

## ¿CARTERA DE SERVICIOS A DEMANDA? ¿TODOS HACIENDO DE TODO?



De izqda. a dcha. Moreno, M. A., Carretero, L., Calatayud, J. y Belda, J.

### Moderador:

D. Manuel A. Moreno

Director Gerente Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia

### Participantes:

D. Josep Belda Sanchís

Servicio Mancomunado de Cirugía Torácica Hospital Universitario Mutua Terrassa. Cataluña

D. Juan Calatayud Pérez

Jefe de Servicio de Neurocirugía HCU de Zaragoza. Aragón

D. Luis Carretero Alcántara

Director General Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Castilla-La Mancha

### Cuestiones planteadas

- Las modificaciones en la cartera de servicios mediante agrupaciones o eliminación de servicios, ¿qué han aportado?
- ¿Cómo se ha medido la demanda? ¿Nos planteamos la estratificación?
- ¿Cómo se han cuantificado las mejoras de la nueva organización?
- ¿Cómo se han reestructurado los recursos tras los cambios introducidos? ¿Hemos seguido creciendo, o realmente nos hemos ajustado?

**MANUEL A. MORENO** La crisis económica, que estamos padeciendo, con mucha intensidad, nos ha obligado a poner en marcha todo tipo de medidas de ahorro y ajuste, y afecta a todos los sectores de la Administración. En nuestro sector, el equilibrio, entre ajustes económicos y oferta de prestaciones de calidad, es francamente difícil pero, no obstante, tenemos que hacer lo posible y necesario. Y esta necesidad de ajuste económico ha hecho dirigir nuestra atención, además de a otras cosas, al paisaje de las prestaciones que ofrecemos en los distintos Sistemas Sanitarios, la efectividad de esas prestaciones, su conveniencia y eficiencia, de modo que, con ese respaldo y justificación, suponga la realidad del ajuste económico, ampliamente asentada en la sociedad y representada por las distintas agrupaciones de ciudadanos.

**LUIS CARRETERO** Me toca contar cómo hemos hecho el abordaje global de los cambios en la Cartera de Servicios, en el conjunto de la actividad, en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en este tiempo, desde la visión macro que intentaremos que sea complementaria con la micro.

---

*“La crisis económica, que estamos padeciendo, con mucha intensidad, nos ha obligado a poner en marcha todo tipo de medidas de ahorro y ajuste, y afecta a todos los sectores de la Administración. En nuestro sector, el equilibrio, entre ajustes económicos y oferta de prestaciones de calidad, es francamente difícil pero, no obstante, tenemos que hacer lo posible y necesario”*

*Manuel A. Moreno*

---

**JUAN CALATAYUD** En Aragón tenemos dos centros hospitalarios, con una distancia de menos de quinientos metros. Se me encargó que, los miembros del Servicio y la Dirección del Hospital, preparáramos el

Servicio por si había un camino que recorrer para acercar esos quinientos metros. La experiencia que contaré es lo que estamos haciendo, y qué modificaciones hemos venido haciendo, en un Servicio de Neurocirugía de tercer nivel, que tiene una población de referencia de unos 400.000 habitantes entre semana y, a partir de ahí, intentaremos acercarnos a lo que será la gestión hospitalaria, recursos y gastos, y cómo hemos enfocado estos cambios.

**JOSEP BELDA** Voy a explicar una experiencia particular, que no pretende ser modelo para nadie, sino más bien poner en evidencia que si se quiere se pueden dar algunos pasos hacia nuevos modelos organizativos, si el contexto es adecuado. En los sucesivos Planes Directores de Oncología, elaborados por el Departamento de Sanidad de la Generalitat de Cataluña, se hace mención a la idea de promocionar las alianzas estratégicas que permitan, entre otras cosas, concentrar procesos que son muy complejos y poco prevalentes, frecuentes, como es el caso de la cirugía del cáncer de pulmón. Y estas alianzas estratégicas tienen que terminar, o se tienen que plasmar, mediante la creación de servicios altamente especializados en hospitales, que pretenden ser de referencia en este tipo de servicios, y servicios prestados, en esto incido y lo dice expresamente, por expertos y motivados.

En el ámbito de la cirugía compleja, la experiencia y el grado de especialización están directamente relacionados con el volumen de casos que se manejan y este, a su vez, con cualquier parámetro que utilicen para medir la calidad de un servicio que hace este tipo de cirugías: estancias medias, mortalidad, tasa de resecabilidad de los pacientes que se presentan al Comité, etc. Y es en este contexto, de concentrar la actividad compleja u oncológica, por lo que se refiere al cáncer de pulmón, que

el Hospital Universitario Mutua Terrassa, el Hospital del Mar y el Hospital la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona expresaron, y esto es muy importante, la voluntad institucional, tanto de la Generalitat como de estos hospitales, de crear una alianza estratégica en cirugía torácica, de tal manera que, en el año 2009, se crea el Servicio Mancomunado de Cirugía Torácica. Un servicio interhospitalario que da atención, por lo que se refiere a los servicios de cirugía torácica, a más de dos millones de personas, y que está constituido por profesionales que, básicamente, comparten protocolos, sesiones clínicas, conocimientos, criterios de calidad, criterios para evaluar los resultados que tenemos y otros aspectos. Su creación fue precedida por un estudio técnico de viabilidad del proyecto, análisis de propuestas, diseño de un plan estratégico en él que se incluyen aspectos organizativos de la asistencia, la docencia y la investigación y algunos relacionados con el seguimiento de la implementación de este proyecto y análisis de los resultados que se iban obteniendo. Además, se creó un marco normativo específico, que contemplara aspectos como la movilidad de los profesionales en los diferentes hospitales, etc.

A mi me gusta decir que, en realidad, somos un servicio que tiene hospitales, más que hospitales que tienen servicios, pero no deja de ser cierto que, a pesar de estar trabajando de esta manera, en este contexto, cada hospital quiere preservar su actividad, su complejidad, y, en la medida en que estos hospitales cumplen los requisitos de la reciente instrucción, referente a la Ordenación Oncológica en Cataluña, y en particular a los requisitos de volumen, recursos, etcétera, que acreditan que la unidad puede seguir funcionando como tal, como una unidad altamente especializada en cirugía del cáncer de pulmón. Basándo-

nos en esto, consideramos que había que respetar también esta voluntad de los hospitales de mantener su actividad y consideramos que había algunos aspectos que debían ser de tipo horizontal como, por ejemplo, los protocolos de práctica clínica, la manera de evaluar los resultados de cada una de las unidades de este servicio y, luego, había algunos otros criterios, que podían ser más verticales, como es la gestión concreta del caso, la complejidad del caso que queda retenida en cada centro.



*Josep Belda Sanchís*

Para nosotros, este modelo de funcionamiento tenía aspectos positivos: mantiene al paciente en su territorio, tiene una relación directa con el grado de satisfacción, en tanto que el paciente es atendido relativamente cerca del territorio en donde vive. En nuestra opinión, mejora la calidad de la cirugía a través de una especie de *benchmark* que hacemos en las sesiones interhospitalarias, en donde analizamos los resultados, fundamentalmente los de tipo asistencial, que cada unidad ha tenido y, en

el contexto del Plan Oncológico de Cataluña, esto nos posiciona mejor para competir con otros hospitales, somos hospitales de gestión no directa, y entramos a competir directamente con los de gestión directa en cuanto a la captación de recursos de todo tipo. Este modelo es mejorable con toda seguridad porque la cirugía oncológica, en cáncer de pulmón, es poco prevalente. ¿Cuántas unidades de cirugía torácica hacen falta para siete millones de personas? Once, lo pueden dividir, de tal manera que es un modelo mejorable, pero es mejor y más eficiente del que partimos, hace ya cinco años que lo hemos constituido, y, de momento, seguimos adelante.

---

***“Lo que abordamos, en Castilla-La Mancha, fue una reestructuración de las Carteras de servicios, y fuimos identificando procesos en los que, claramente, no estaba justificado que se hicieran en hospitales pequeños. La verdad es que el impacto, no sólo de esta medida, sino del conjunto de medidas de micro en gestión asistencial, fue muy importante en el coste pero, no lo hemos explicado lo suficiente, también ha tenido un impacto muy importante en los indicadores globales de calidad”***

*Luis Carretero Alcántara*

---

**MANUEL A. MORENO** Es el momento de ver si esas medidas, que se han puesto en marcha, son o no eficientes, idóneas, viables para la sostenibilidad del sistema. La primera pregunta es las modificaciones en la cartera de servicios mediante las agrupaciones o eliminación de servicios, y si han aportado o no al mantenimiento y sostenibilidad del sistema y su calidad.

**LUIS CARRETERO** La primera reflexión que tendríamos que hacer, y más como gestores sanitarios, es plantearnos que, después de estos años en los que hemos tomado muchas decisiones, medidas, parece que

caminamos con la cabeza baja pensando: “Eso de los recortes es una cosa malísima, hemos tenido que tomar medidas durísimas, pero no había otra salida”. Quiero defender que se han tomado medidas de gestión, que eran necesarias, y que se han atajado ineficiencias, que eran muy graves en nuestro Sistema Sanitario, y que tenemos, no sólo que ir con la cabeza muy alta, sino presumir de las decisiones que hemos tomado con todo el convencimiento.

Por ejemplo, en esta época de medidas un poquito más de aumento de la eficiencia, en Castilla-La Mancha, nos encontrábamos, y seguramente no es un caso aislado, con que los hospitales pequeños habían llevado una época de mucha relajación, en cuanto a cartera de servicios, en la que, como los profesionales salen muy bien formados, muchos de los profesionales de hospitales pequeños, en especialidades que son comunes con hospitales grandes, pues se han formado en el Vall d’Hebron o Doce de Octubre, saben hacer actividad compleja y pretenden hacerla en hospitales pequeños. ¿Qué supone? Un riesgo, un hospital pequeño no tiene los recursos complementarios, la capacidad de responder a complicaciones, que tiene un hospital grande, y un riesgo también en calidad, en el sentido de que ese profesional, que aprendió en su momento, no tiene la “N” necesaria para mantener esa actividad. Y un riesgo, una evidencia y una clara ineficiencia, no podemos hacer cirugía compleja en todos los hospitales de una red sanitaria.

Lo que abordamos, en Castilla-La Mancha, fue una reestructuración de las Carteras de servicios, y fuimos identificando procesos en los que, claramente, no estaba justificado que se hicieran en hospitales pequeños, por ejemplo, cirugía compleja de tiroides, cirugía de mama compleja, prostatetomías radicales, cirugía compleja de hígado, y

muchos más procesos en los que parece que había cierta laxitud en consentir que se hicieran, pero suponían esos dos riesgos. La verdad es que el impacto, no sólo de esta medida, sino del conjunto de medidas de micro en gestión asistencial, fue muy importante en el coste pero, no lo hemos explicado lo suficiente, también ha tenido un impacto muy importante en los indicadores globales de calidad. Por ejemplo, el Índice de Mortalidad Ajustada por Riesgo (IMAR) del SESCAM ha pasado de, en 2010, ser 0,925, a ser 0,8504 en 2013, mientras, cada día, nos encontramos con titulares de que los recortes matan, nuestra mortalidad ha bajado radicalmente en este tiempo, y parece que nos da un poco de vergüenza contarlo. En hospitales comarcales pequeños, como Valdepeñas, el IMAR ha pasado de 1,07, por encima de lo esperable, a 0,88, por debajo de lo esperable. Por eso es muy importante que seamos conscientes del impacto que tienen las medidas de cartera de servicios. Otro cambio importante ha sido en Atención Primaria todo el proceso de integración asistencial, como hemos ido reformando, y vamos, poco a poco, el enfoque asistencial de Primaria tratando de que sea más orientado a la transversalidad, a la continuidad de cuidados y al manejo del enfermo crónico.

**JUAN CALATAYUD** Un servicio como el nuestro, que está inmerso en situación de cambios, parto de que no es lo mismo llegar a una jefatura por una imposición que, cuando tus compañeros, de alguna manera, y con el visto bueno de la Dirección, llegas. Teníamos que plantearnos dos posibles panoramas en el futuro, uno a corto plazo y, otro, un poquito a más largo plazo, qué va a pasar o qué podemos pasar. También había que integrar otros servicios y dar un cambio a las especialidades. En mi opinión, las especialidades se han quedado

viejas, obsoletas y se tienen que adaptar a los nuevos cambios de las tecnologías, etc., que hacen que se vean de otra manera, mi propia especialidad es distinta.



*Juan Calatayud Pérez*

Tenemos que pensar en lo que puede plantearnos el futuro de dos hospitales juntos y lo que tenemos que mejorar en el nuestro. Hay algo que, para nosotros, fue fundamental y es, como decimos, el mejor aparato que ha comprado el Servicio de Neurocirugía en un año, y fue una integración de un internista en el servicio. Ahora no hablo de “y de lo mío qué hay”, lo mío es el enfermo y al enfermo le tengo que dar lo que hay, y eso es una interacción sobre el enfermo de los diferentes órganos que lo van a tratar. Un internista tiene que estar en una plantilla de un servicio quirúrgico, porque nos va a disminuir las estancias medias, las infecciones, y más cuando tenemos una edad más alta en los pacientes. Probablemente el cirujano es muy bueno técnicamente, y para eso se forma, y eso le exigimos a los especialistas, pero somos

flojos en otras cosas, y las hemos de cubrir con otras especialidades que nos apoyan. La integración de los servicios se tiene que dar dentro de los hospitales, cambiando el concepto de lo que es una asistencia médica, y, en este caso, hemos integrado en el Servicio, del que formo parte, un internista, un trabajador social, y hemos creado un equipo de diagnóstico y tratamiento vertebral percutáneo, en el que se está formado por reumatología, radiología, unidad del dolor y oncología para hacer un abordaje de determinadas patologías.

---

***“En 2009 se crea el Servicio Mancomunado de Cirugía Torácica, un servicio inter-hospitalario que da atención, por lo que se refiere a los servicios de cirugía torácica, a más de dos millones de personas, y que está constituido por profesionales que comparten protocolos, sesiones clínicas, conocimientos, criterios de calidad, criterios para evaluar los resultados que tenemos y otros aspectos”***

*Josep Belda Sanchís*

---

¿Qué hemos conseguido? Disminuir las estancias, la mortalidad, los efectos secundarios que alargan y solamente tenemos, en mi opinión, aparte que hay que corregir muchas más cosas, una pequeña laguna que es la posible derivación de los enfermos de larga estancia, una vez estabilizados, siguen faltándonos camas de crónicos, paliativos, o de recuperación de larga estancia, creo que es un déficit importante. Y lo que no hacíamos lo seguimos sin hacer, pero no soy el enemigo del hospital de al lado, mi empresa es la misma, trabajamos en el mismo equipo.

**JOSEP BELDA** Cuando hablamos de modificar la cartera de servicios, mediante agrupaciones o eliminación de servicios, primero hay que decidir qué es lo que se agrupa y qué servicios van a ser eliminados, elimi-

nar servicios es una expresión a la que nosotros nos enfrentamos, cuando hicimos nuestro proyecto, y es extraordinariamente compleja, decir a un hospital que su servicio se va a eliminar. Entonces, hay que saber qué es lo que se concentra, a qué responden las modificaciones de la cartera de servicios, mediante la agrupación o eliminación de servicios, es decir, si responde a aspectos estrictamente de tipo asistencial. Hemos visto que la mortalidad en un grupo de trabajo es el doble que la otra, la idea es mejorar esto, la supervivencia de los pacientes que se intervienen de cáncer de pulmón, mejorar la calidad, la percibida por el enfermo, en fin, lo que se pretende es, en última instancia, llegar a tal grado de excelencia que nos convertimos en referentes, lo cual significa, no sólo una concentración, sino una disponibilidad de recursos probablemente superior a la que, en cada uno de los centros, donde estaban los servicios previamente, existían. Y, una de las cuestiones más importantes a las que nosotros nos enfrentamos, y es si las instituciones estaban preparadas para gestionar este nuevo modelo de funcionamiento en el que se concentran, o se agrupan, determinadas actividades con razón. Es decir, porque son de prevalencia baja, muy complejas y que, en cirugía del cáncer de pulmón, con una incidencia de 45 casos por 100.000 habitantes, en Cataluña hay unos 3.200 casos, si dividimos los 3.200, si consideramos que la tasa de reseccabilidad del cáncer de pulmón ya aceptable es del 20%, significa que hay unos 500 casos quirúrgicos, si dividen por 35 cirujanos torácicos, que hay en Cataluña, salimos entre doce y quince casos de cáncer de pulmón por cirujano y año. Es poca actividad ¿no?, entonces hay que saber si estamos preparados, sesiones telemáticas, trabajar en red, compartir la información, ¿no podemos enviarnos la información entre ciruja-

nos o preguntarnos la opinión vía dropbox? Es decir, qué pasa con la movilidad de los profesionales, que contractualmente son de un centro, pero que la mitad del tiempo o de los días, por razón de complejidad o de necesidades de personal, están operando en otro centro. Qué pasa cuando concentramos aún más y, por ejemplo, trasplantar, en general, desde el punto de vista quirúrgico, es complicado, pero la cirugía del cáncer de pulmón, que afecta la carina, es infinitamente más compleja que un trasplante de pulmón, y quizá los casos de patología tumoral, que infiltra la carina, deban ser operados en sólo uno de estos cuatro hospitales donde se hace cirugía torácica y por una persona. Pero los demás hospitales han de ser conscientes que han de renunciar a estos pacientes, con su grado de complejidad, porque los enviaremos a otro hospital, y en contraprestación ya miraremos qué se puede hacer en este hospital, que deja de tener la cirugía de los tumores pulmonares extendido a la carina, es decir, ¿están preparadas las instituciones para todo esto?

**MANUEL A. MORENO** Vamos a pasar a la segunda pregunta. En una revista especializada hablaba de que la estratificación en Galicia va a poner a todos los mayores de catorce años en una escala, dependiendo de la morbi-mortalidad que presenten, puede ser el camino, algunas Comunidades Autónomas han empezado.

**LUIS CARRETERO** Si hablamos de demanda, hay que partir de dos cosas que están pasando ahora mismo en la atención sanitaria. La demanda, cada vez más, es global y no es sectorizada, no es la demanda del Hospital de Valdepeñas o del de Manzanares sino la demanda global del Sistema, que el Servicio de Salud debe hacer funcionar en red, e ir tratando de equilibrar para que, cada centro, pueda ir asumiendo en

función de su capacidad, y con un paciente que cada vez tiene más que decir en cuanto a donde quiere ser tratado, operado.



*Luis Carretero Alcántara*

La segunda reflexión es sobre la demanda flexible en función de los incentivos que existen en el sistema. Y os cuento una experiencia nuestra, en Castilla-La Mancha, precisamente en estos años, hemos tenido que romper con el sistema de actividad extraordinaria, muy instaurado en todas las Comunidades, y en el que había un sistema de incentivos, claramente perverso, en el que el profesional, que consigue equilibrar su oferta y su demanda en su servicio, queda castigado, al no recibir incentivos, y el profesional, que no consigue ese equilibrio, queda premiado recibiendo una importante cantidad de incentivos para suplir, en horas extraordinarias, ese desequilibrio. Al romper con ese sistema tan arraigado, ¿qué ocurría en Castilla-La Mancha? Efecto inmediato: Reducción de la actividad. Si teníamos un conjunto de quirófanos o consultas o espacios asistenciales y tiempos

asistenciales, el efecto fue hacemos menos actividad, subió la lista de espera. Pero lo más significativo es que, al año siguiente, y consolidado en el tiempo, una vez que el sistema asume que ese incentivo perverso no va a volver, la actividad vuelve a los niveles anteriores sin que exista el incentivo. Vuelve a subir la actividad y ahora mismo tenemos más actividad, sin actividad extraordinaria, que la suma de actividad ordinaria y extraordinaria antes de las medidas. Con lo cual, claramente, había un efecto perverso del incentivo. Evidentemente falta poner un incentivo adecuado a los profesionales que están siendo capaces de equilibrar su oferta y demanda ahora.

---

***“Hay algo que, para nosotros, fue fundamental, es el mejor aparato que ha comprado el Servicio de Neurocirugía en un año, y fue la integración de un internista en el servicio. Un internista tiene que estar en una plantilla de un servicio quirúrgico, porque nos va a disminuir las estancias medias, las infecciones, y más cuando tenemos una edad alta en los pacientes”***

*Juan Calatayud Pérez*

---

Nosotros utilizamos mucho, cuando miramos globalmente el sistema, el Índice de Entrada Salida. Ahora mismo, sin incentivos perversos, ese índice está equilibrado. Y, respecto a la estratificación, en Castilla-La Mancha hemos trabajado sobre un modelo propio de estratificación. No defendería yo que es el camino a seguir hacia el futuro, pero ha sido un buen camino en el sentido de que nos ha permitido trabajar e ir, de alguna manera, evaluando distintos abordajes del proceso de estratificación. Primero el abordaje era más tratar de estratificar la población, en base a indicadores más de actividad y resultados en Atención Primaria, no tuvo los resultados que a nosotros nos hubiera gustado y, en cambio, sí con-

seguimos una buena discriminación de los distintos niveles de complejidad, de necesidad de los pacientes, sumando al modelo de utilización de Primaria el de utilización de Hospitales, ahora mismo estamos en fase de validación de ese modelo y, a medio plazo, la idea es converger, estamos también trabajando con medidas de riesgo poblacional, lo que ya hemos aprendido de estratificación en base a indicadores propios con los ajustes poblacionales.

**JUAN CALATAYUD** ¿Cómo medimos la demanda? Complicado porque, al ser un servicio de último nivel, nuestra demanda viene influenciada, probablemente por la estratificación, hay elementos que, por porcentaje, están ahí y sabemos lo que tiene que haber, es a lo que le tenemos que dar salida. Sabemos que en tumores de fosa posterior hay un porcentaje de un 1% de la población, aneurismas están en un tanto por ciento de la población, si sumamos toda esa patología, que requeriría una atención urgente, ese problema no existe porque se atiende inmediatamente. La demanda sabemos la que puede ser y como le tenemos que dar solución. ¿Dónde viene el problema y lo que aumenta la demanda? Hay algo que falla, es un problema de comunicación entre Primaria Especializada, sobre todo en aquellas patologías que nos generan el mayor coste. En nuestro caso, y somos el servicio que trata toda la patología vertebral, ahí tenemos un grave problema y, sobre todo, hay otro problema, con los hospitales de segundo y tercer nivel, a la hora del traslado de enfermos y de asumir responsabilidades, tal vez, en un foro como estos, falta ese aspecto legal, que muchas veces nos influye en que nuestros gastos y nuestras demandas se vean condicionadas y las respuestas que tenemos que dar a ellas. El sistema tiene que buscar algo para que la estratificación



funcione. ¿Qué tenemos que acercarnos, Primaria a la Especializada o la Especializada a la Primaria? Habrá que empezar a planificar, por determinadas patologías, y teniendo conceptos de no es lo mismo, y tristemente lo voy a decir, tenemos necesidades que hay que cubrir primeras, a lo mejor una población activa, y a todo el mundo nos enseñan a hacer, cuando lo estudiáis, pero no a no hacer, y la vida tiene un gasto de vida, o sea, que eso la sociedad, tal vez, no lo asume, y queremos cubrir todo pero el vivir nos cuesta la vida.

**JOSEP BELDA** Una de las ventajas de que la prevalencia del cáncer de pulmón quirúrgico sea baja es que es relativamente fácil calcular la demanda, si conocemos la tasa de fumadores, es decir, la población expuesta al factor de riesgo más importante. Hay otros factores de riesgo, pero están muy bien localizados, lo que puede representar al asbesto, en Barcelona hay un núcleo de alta prevalencia de mesoteliomas, en las proximidades de Cerdanyola, porque había una fábrica allí, pero si sabemos la tasa de fumadores, sabemos la incidencia, los casos nuevos de cáncer de pulmón por cien mil habitantes, la tasa de resecabilidad, prácticamente es alrededor del 20%, si, además de esto, sumamos que, por el descenso de hombres fumadores y el ascenso de mujeres fumadoras, había un efecto de compensación de tal manera que no hay una tendencia clara, más bien una estabilidad en la incidencia del cáncer de pulmón, desde hace bastantes años, con todo esto la demanda es fácil de calcular. Puede haber algunas variables, en nuestro caso, por ejemplo, cuando analice la tasa de resecabilidad de los pacientes, presentados en los Comités Multidisciplinarios, de cada centro, me di cuenta que había centros en donde no estaba justificada, por la idiosincrasia de la población, que la tasa de

resecabilidad fuera baja, no es igual la población del Vallès Oriental que la de la zona marítima de Barcelona, en todos los aspectos. Entonces, cuando miré estas tasas de resecabilidad, en algunos lugares, casi doblaba la de otros, hay un margen en donde la demanda puede variar hasta que las tasas de resecabilidad se igualan al alza, es decir, hay que intentar operar a los pacientes y no dejar de operar a nadie por un cáncer de pulmón. En este caso nuestro concreto, la demanda fue fácil de calcular y, sobre todo, una vez estabilizada la tasa de resecabilidad de cada centro.



*Manuel A. Moreno*

Cuando digo que la tendencia es estable lo es a lo largo de los años y dentro de un año. Cuando digo que la tasa, el cáncer de pulmón, no tiene estacionalidad prácticamente, hay algún caso más en los periodos en que las personas tienen más enfermedades, que motivan radiografías de tórax, al no tener estacionalidad, los cierres de Navidad, verano, y demás, hacen que haya una cierta desproporción en general entre

la demanda que tenemos y la oferta de quirófanos, y esto lo digo porque la demanda es fácil de calcular pero, ligado con la demanda, está la oferta que tenemos.

---

***“Una de las ventajas de que la prevalencia del cáncer de pulmón quirúrgico sea baja es que es relativamente fácil calcular la demanda, si conocemos la tasa de fumadores, es decir, la población expuesta al factor de riesgo más importante. Hay otros factores de riesgo muy bien localizados. Y, para nosotros, la estratificación, es extraordinariamente sencilla. Son tres pasos: Primaria, Unidades de Diagnóstico Rápido y Comité Multidisciplinar para tomar la decisión terapéutica”***

*Josep Belda Sanchís*

---

Y, para nosotros, la estratificación es extraordinariamente sencilla. Desde hace tiempo tenemos muy bien organizados los criterios por los que un médico de Primaria tiene que enviar, de forma rápida, a las Unidades de Diagnóstico Rápido, un paciente porque tiene unos síntomas, y éstas tienen unos periodos de tiempo para realizar el diagnóstico e iniciar el primer tratamiento. El cáncer de pulmón ha estado incluido entre las enfermedades de las que se exigía menos de 30 días, desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, este año o el anterior se excluyó, porque es muy complejo el proceso de estratificación y valoración de la operabilidad del paciente, es cáncer y paciente, como para no meter prisas si las cosas se estaban haciendo bien. Y la evidencia de que, por esperar, dentro de unos márgenes razonables, no hay ningún artículo que demuestre que la supervivencia empeora, con lo cual, los 30 días ha desaparecido de las exigencias de la Generalitat. Para nosotros la estratificación son tres pasos: Primaria, Unidades de Diagnóstico Rápido y Comité Multidisciplinar para tomar la decisión terapéutica.

**MANUEL A. MORENO** Continuamos con la tercera pregunta.

**LUIS CARRETERO** En el macro hablamos antes de la reducción del índice de mortalidad ajustada por riesgo, a nivel global, que es importante. Se ha reducido también el índice de complicaciones ajustadas por riesgo en ese periodo, lo que quita la duda de si es un problema de codificación, si bajan los dos es que están ocurriendo cosas en la asistencia. Tenemos un buen nivel de satisfacción de los pacientes, están muy contentos con la atención que reciben de los profesionales, porque son los mismos profesionales los que están haciendo todo lo que pueden por atenderlos bien. Y, luego, hay un indicador, que siempre nos llamamos, parece que nos da un poco de vergüenza decirlo, pero es muy importante, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha cuesta un 22,4% menos ahora que hace tres años, cada año, y eso es un buen indicador de resultados de un cambio de la organización. ¿Por qué? Pues porque, si hacemos las cuentas, una familia de cuatro personas en Castilla-La Mancha tiene, cada año, que pagar 1.380 euros menos de impuestos, o de deber en deuda pública. O, dicho de otra manera, tiene 1.380 euros más para gastar en Sanidad y Servicios Sociales eficaces cuando tengamos esa renta en el futuro. Por tanto, es muy importante también hablar de resultados en eficiencia, y defenderlos en público.

Estamos evaluando un pilotaje hecho, de nuestro Plan de Crónicos, en un área de población concreta. Si seguimos la literatura, cualquier experiencia de integración asistencial es bueno que la diseñemos pensando también en la evaluación, porque si integramos sólo de boquilla o sólo juntamos las gerencias, pero luego no llegamos a modificar la asistencia, poco impacto vamos a tener en la realidad. Y, a la hora de

plantear el modelo de integración, dijimos: “Hacemos un pilotaje, evaluamos y, sobre eso, extendemos”. Nuestro modelo de evaluación es el que cualquiera hubiera planteado: aplicar el modelo, sobre una población determinada, un conjunto de pacientes; hacer un grupo de control, y medir cómo afecta la demanda en Urgencias, hospitalización, su seguimiento, y actividad en Atención Primaria. Pero hemos aplicado el modelo de evaluación sobre un periodo, el verano, que, cuando hemos visto qué ha pasado, nos hemos encontrado con que había unos efectos muy cortos sobre los indicadores de resultados y, además, había más efectos estacionales en los indicadores de resultados que los que podía tener el modelo, el grupo de control y de intervención se movían, de manera estacional, más que por lo que habíamos aplicado del modelo. La reflexión que hemos sacado, y que quería compartir, es que, cuando vas a hacer un pilotaje, en un periodo corto, sobre un cambio que tiene que ocurrir en un periodo más largo, fijaros más en la evaluación en variables de implantación: si los médicos utilizan el software implantado, les parece adecuado, cuánto acceso hay a esas herramientas nuevas de integración asistencial, qué opinan los profesionales, es útil, qué quitarían o cambiarían, qué opinan los pacientes. Por eso, aún cuando es imprescindible que sigamos con ese modelo global de evaluación, hay que pensar en qué tiempo se producen los impactos, y no tratar de recoger la fruta antes de que haya madurado.

**JUAN CALATAYUD** La cuantificación de las mejoras, que hemos podido hacer, es relativamente sencillo, en el medio nuestro, porque, si comparamos lo que estábamos haciendo con el histórico, no porque antes se hubiera hecho mal, sino porque, a veces, un nuevo cambio de visión hace que la

gente cambie su aptitud y pueda modificar su trabajo diario, pues ayuda a que nuestros datos de estancia media hayan bajado, ha aumentado la rotación de las camas y la actividad quirúrgica. Y, con eso, hemos conseguido una satisfacción personal. Para hacer esto, tiene que ser así, tanto la Gerencia como la Dirección Médica tienen que estar implicadas y, en mi opinión, dejar un poquito de gestión a ese servicio. Si nos quitan los incentivos habrá que buscarlos por otro lado, y el responsable de que se den al servicio, solamente hay una persona, tendrá que justificar su aptitud delante de la Dirección Médica en la gestión, y si un médico tiene que ir a un congreso, y no tiene días, tendrá que ir, y es responsabilidad del jefe de Servicio, dando por los números y justificando su gestión sanitaria.

---

***“Hay un indicador, que siempre nos llamamos, parece que nos da un poco de vergüenza, pero es muy importante, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha cuesta un 22,4% menos ahora que hace tres años, y eso es un buen indicador de resultados de un cambio de la organización.”***

*Luis Carretero Alcántara*

---

Muchas veces, todo lo que hacemos bien, por otro lado, nos lleva a no ver otro defecto. Nos piden que mejoremos nuestros indicadores, los mejoramos, pero, a su vez, generamos otro problema: si opero más gasto más, si aumento mi actividad de consulta generó más lista de espera quirúrgica, estamos en una pescadilla que se muerde la cola. Si consigo demostrar que lo puedo hacer mejor, más rápido, aumento mi actividad, disminuyo mi tiempo quirúrgico, prémieme, con qué, fidelice mis trabajadores, créeme más puestos de trabajo. No podemos estar dependiendo de no poder hacer una programación, para evaluar nuestras mejoras, si no sé con cuánta gen-

te voy a contar dentro de dos meses. A veces el peor patrón es la Administración, cuando le exige a las empresas ciertas cosas, pero la Administración las normas las cumple de otra manera. La cuantificación de las mejoras, en nuestro caso, ha sido sencilla, con los parámetros que controla el hospital y los cambios que hemos visto y esto se ha hecho porque todos, desde Gerencia, Dirección Médica, Enfermería, hemos ido implicados en estos cambios.

---

***“Hay algo que falla, es un problema de comunicación entre Primaria Especializada, sobre todo en aquellas patologías que nos generan el mayor coste. En nuestro caso, y somos el servicio que trata toda la patología vertebral, ahí tenemos un grave problema”***

*Juan Calatayud Pérez*

---

**JOSEP BELDA** Más que de la cuantificación de la productividad o los balances de costes y demás, voy a hablar de cómo intentamos cuantificar los resultados de esta alianza estratégica. Lo primero que decidimos fue hacer revisiones periódicas gerentes y responsables económicos de los cuatro hospitales, anualmente, y donde hago una exposición de todos los aspectos del Servicio, los estrictamente asistenciales pero también docentes y de investigación. Cuando digo docentes me refiero a los aspectos de acreditación para la formación MIR, es decir, somos cuatro hospitales, dos están acreditados y dos no, y no podemos acreditar al Servicio como tal, se acreditan hospitales. El marco para la formación de un residente, en un servicio de este tipo, con más de mil intervenciones al año, y cerca de doce catorce quirófanos semanales, es idílico, pero los residentes no pueden irse a pasar una semana, en el hospital que quieran, porque dos no están acreditados y los otros dos, entre ellos, excepto

los acuerdos legales, vía comisiones de docencia, no permiten que se muevan. Desde el punto de vista asistencial, entre los cirujanos, hacemos unas sesiones, como de *benchmark*, interhospitalario, en aquellas cuestiones, frente a las que estamos particularmente sensibilizados los que hacemos asistencia, que es mortalidad, mejoras en las técnicas quirúrgicas, etc.

Los hospitales han hecho algunos controles de satisfacción de los pacientes y, durante los dos primeros años, un estudio, resultado del cual concluyeron que había habido un incremento de intervenciones superior al coste de gastos comunes que hubieran representado estas mismas intervenciones si cada uno las hubiera hecho repartidas entre todos los hospitales. Esto, en conjunto, deriva de racionalizar algunos aspectos como, por ejemplo, las compras de materiales, nos rebajan el precio cuando un producto lo implantamos en uno, dos, tres o cuatro hospitales. Y las rebajas con racionalizar las guardias localizadas, tan sencillo como: estos cuatro hospitales están ubicados dos en Barcelona, dos en el Vallès, con dos puntos de guardias localizadas, uno para el Vallès y otro en Barcelona, es suficiente. Y cuantificamos otros aspectos, más intangibles, no sé hasta qué punto a los gestores les interesa, pero a mí, como responsable, mucho, las publicaciones, las tesis, los trabajos que se desarrollan particularmente, entre todas las unidades, porque es la única forma de tener un número de casos suficiente, como para poder decir algo respecto de determinadas patologías. Más o menos está es la manera en que cuantificamos cómo nos ha ido.

**MANUEL A. MORENO** La cuarta pregunta, que me parece la más importante, pone el dedo en la llaga, yo les pediría sinceridad a la pregunta de si hemos seguido creciendo o nos hemos ajustado.

**LUIS CARRETERO** El gasto, por ahora, en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, no ha seguido creciendo sino que sigue bajando, casi anecdóticamente acercándose a cero, me explico. Creo que hemos conseguido convencer a los responsables de Hacienda que, porque bajemos un 16% un año no se puede bajar un 16% el siguiente, se pueden eliminar deficiencias, las que existen, pero siempre que seamos conscientes de que el núcleo de recursos, necesarios para dar un nivel de calidad adecuado a nuestros pacientes, necesita de unos recursos y, por tanto, no existe una flexibilidad a la baja infinita. Efectivamente, una vez que las grandes ineficiencias han desaparecido, seguimos reduciendo, muy poco a poco, y acercándonos a la estabilidad en el gasto. ¿Significa que tenemos que estar tranquilos? No, porque somos conscientes de que hemos tomado muchas medidas de reducción de ineficiencias, en el corto, pero el modelo no ha cambiado, y no hay nada que impida que las tropelías que se hicieron, en la primera década de 2000, se vuelvan a hacer dentro de un año, dos o tres. Por lo tanto, aún cuando seguimos en esa estabilidad en el gasto, en esa sostenibilidad razonable, no hay ninguna garantía de que no vuelva a ocurrir.

Voy a poner un ejemplo, el complemento de IT inicial en el SESCAM, el Índice de Absentismo de Profesionales Sanitarios, es el doble, en 2011, que en el conjunto de la población de Castilla-La Mancha, el profesional sanitario se pone el doble de malo que el resto de la población. Como no tenemos otro componente genético resulta raro. Actuación: Reducir radicalmente el incentivo a la IT, que es complementar el sueldo durante la baja. Resultado en los dos primeros años: Se iguala el Índice de Absentismo del Personal Sanitario al del resto de la población. Deterioro: Hace un

año, viniendo desde otra medida global en todo el país, se decide volver a aumentar el complemento de IT. Resultado: La situación de IT vuelve a ser exactamente la anterior a las medidas. Eso va a ocurrir en el Sistema Sanitario si no somos capaces de introducir cambios estructurales, por la dinámica de la vida política y social del país, podemos encontrarnos con que, ese esfuerzo tan grande, que hemos hecho todos, profesionales, gestores y pacientes en este tiempo, se nos puede quedar en nada.

---

***“Una revista especializada hablaba de que la estratificación en Galicia va a poner a los mayores de catorce años en una escala, dependiendo de la morbi-mortalidad que presenten, puede ser el camino, algunas Comunidades han empezado”***

*Manuel A. Moreno*

---

**JUAN CALATAYUD** Nosotros probablemente hemos podido gastar un poquito más pero el gasto en el Servicio, en este tiempo, se ha mantenido o estabilizado. Todos los servicios tienen que seguir creciendo, crecer es crecer en investigación, calidad, docencia, tenemos que enseñar lo que sabemos, si no mal profesores seremos. Tenemos que crecer y eso puede suponer un gasto, tenemos que aprovechar los recursos que tenemos en nuestro servicio, esa gente que tiene experiencia hay que aprovecharla. Hablamos de guardias unificadas, nadie tiene que cerrar ningún Servicio, quiero que sigan los dos hospitales, pero el médico no puede depender, su salario, de las guardias y menos cuando se tiene una experiencia acumulada, que hay que transmitir, aprovechar a esa persona a los 60 años, que, a lo mejor, físicamente no está igual que a los 40, pero puede enseñar mucho. Una de las formas de contener el gasto, y nosotros hemos intentado ir por ahí, es la unificación de los criterios quirúr-

gicos con sesiones clínicas diarias para discutir todos los casos, el asesoramiento por la experiencia y, en ese sentido, podemos controlar el gasto, desde un punto de vista técnico, pero hay que seguir creciendo, por lo tanto, tenemos que seguir gastando.

**JOSEP BELDA** Se hicieron algunas reestructuraciones. La principal, para que esto funcionara, era la reestructuración del modelo organizativo y de la cabeza de las personas que iban a estar implicadas en éste. El nuevo modelo organizativo era simple, un anexo al documento fundacional del Servicio, habría un gestor líder, jefe del Servicio, y todo lo demás eran adjuntos, gente que su papel era trabajar en determinados centros, con mucha autonomía, intenté imbuirles de mucho sentido de la responsabilidad sobre casi todo lo que se hacía en aquellos centros, hace falta gente de calidad, si no hubiera tenido la mayor parte de personas de mi total confianza, no hubiera aceptado este proyecto. El primer modelo era el cambio organizativo, la gente tenía que aceptar que este modelo nos venía dado, había un interés más allá, incluso de los propios hospitales, institucional y, en este sentido, tuvieron que aceptar el compromiso, la movilidad, etc., aceptar este nuevo modelo de funcionamiento.

Luego hubo que hacer algunas reestructuraciones, aspectos prácticos de las guardias, relacionados con la movilidad y los horarios de las personas, es decir, qué pasa con una persona que se va a otro hospital y termina a media mañana, se va a casa o se vuelve al hospital, donde en realidad, en el contrato, debe acabar la jornada, o se queda en aquel hospital y lee un rato y, cuando llegue la hora, pues, se marcha, es decir, aspectos un poco para esto. En todos los hospitales se nos dio un grado de independencia y confianza, que es de agradecer, por mi parte, a los gestores. No estoy segu-

ro de que crecer *per se*, en mi caso concreto, sea el objetivo último, porque cánceres de pulmones hay los que hay, no equivocamos el número de pacientes que, finalmente, son candidatos a un tratamiento quirúrgico en Cataluña. Y, cada año, vienen a ser lo mismo, de tal manera que es muy difícil crecer en volumen, se puede crecer en calidad, eficiencia, excelencia, y todos los ámbitos de la excelencia, docencia, investigación, asistencia, pero crecer en volumen, estrictamente hablando, en cirugía del cáncer de pulmón, llega un momento que es prácticamente imposible.

Y luego hubo algunos pequeños cambios estructurales, que prácticamente era aprovechar recursos del hospital, como la posibilidad de hacer sesiones telemáticas, aspectos relacionados con los códigos, que permiten el acceso físico a los hospitales y a las historias clínicas de cada uno de los hospitales, que no son estrictamente el hospital en donde el adjunto está contratado, etc., de tal manera que estos fueron cambios, un poco ad hoc, reestructuraciones en las que no hubo ningún problema. Aspectos relacionados, por ejemplo, puedo entender que, los que hacen guardia en Barcelona, por ejemplo, no siempre son de un hospital, de tal manera que estas guardias las paga alguien, que es su hospital de contrato, y luego, entre los hospitales, no han tenido nunca ningún problema para que, entre los hospitales, yo firmo un papel certificando que las guardias, que ha hecho un señor de un hospital, que le paga aquel hospital, son las que son, para que el otro hospital le abone la factura y, bueno, son cambios que permiten que todo funcione de momento bien.

## *Turno de preguntas*

**MAITE ALONSO**, directora de Continuidad Asistencial del Hospital Fundación Alcorcón de Madrid. Hay un concepto que he sentido flotando en la mesa, que no se ha explicitado como tal, y es el de flexibilidad. Me llama la atención que, frente a esta necesidad de flexibilidad, nuestras relaciones laborales siguen teniendo bastante de rigidez, y prevéis que vayamos hacia modelos en los que sea posible esta situación adaptativa, en un futuro, sin esas tensiones que se producen dentro de las relaciones laborales y de las Direcciones de Recursos Humanos, ¿tenemos luz en esta línea?

**JUAN CALATAYUD** La estabilidad laboral es muy importante a la hora de ejercer tu trabajo, me parece fundamental, pero tiene que haber otras formas de que la gente tenga capacidad de ser o no reconocida. Después la empresa, muchas veces, va a requerir cambios estructurales y los puestos de trabajo, dentro de esa estabilidad laboral, se tienen que reajustar, o ajustar para seguir creciendo. Sí, creo que hay que ser flexibles, los contratos dependen de la Administración, ya me gustaría que cumpliera como una empresa privada, o se le aplicaran las mismas normas.

**LUIS CARRETERO** Estoy convencido de que, si queremos ser excelentes, necesitamos un marco más flexible. La excelencia necesita flexibilidad, estamos hablando de profesionales que agrupan servicios, que se mueven de un hospital a otro, que se autoevalúan, que se exigen resultados para poder seguir trabajando, eso no es compatible con café para todos o un sistema de gestión que incentiva la mediocridad. Tenemos que romper eso. Problema, llevo veinticinco años diciéndolo, vamos a buscar la manera de poner sensatez en el sistema, de aplicar incentivos donde tienen

que estar, de que los profesionales estén bien pagados, pero estén pagados los que más aportan, y los que no aportan estén bien empujados a que aporten, y esos son los retos. Y están ahí y tenemos que ser capaces de ponerlos encima de la mesa.

**JOSEP BELDA** Nosotros no podríamos funcionar en un marco rígido, en mi caso, pero flexibilidad es perfectamente compatible con control y evaluación de actividades y de resultados, son dos conceptos, cuanto más flexiblemente trabajas, si tu compromiso con el proyecto es alto, mejores resultados tendrás. Y a mí, los que tengo por arriba, casi siempre me han preguntado por los resultados y por las necesidades que tengo, no dónde está alguien o si se ha ido aquí o allá, es decir, flexibilidad y control de la actividad, y resultados y auditoría de la actividad, a cada nivel, es perfectamente compatible.

## Otros posibles sumarios

---

**“Quiero defender que se han tomado medidas de gestión, que eran necesarias, y que se han atajado ineficiencias, que eran muy graves en nuestro Sistema Sanitario, y que tenemos, no sólo que ir con la cabeza muy alta, sino presumir de las decisiones que hemos tomado con todo el convencimiento”**

Luis Carretero Alcántara

---

---

**“La demanda, cada vez más, es global y no es sectorizada, no es la demanda del Hospital de Valdepeñas o del de Manzanares sino la demanda global del Sistema, que el Servicio de Salud debe hacer funcionar en red, e ir tratando de equilibrar para que, cada centro, pueda ir asumiendo en función de su capacidad, y con un paciente que cada vez tiene más que decir en cuanto a donde quiere ser tratado”**

Luis Carretero Alcántara

---

---

**“Lo que se pretende es, en última instancia, llegar a tal grado de excelencia que nos convertimos en referentes, lo cual significa, no sólo una concentración, sino una disponibilidad de recursos probablemente superior a la que, en cada uno de los centros, donde estaban los servicios previamente, existían”**

Josep Belda Sanchís

---

---

**“Una de las cuestiones más importantes a las que nosotros nos enfrentamos, es si las instituciones estaban preparadas para gestionar este nuevo modelo de funcionamiento en el que se concentran, o se agrupan, determinadas actividades con razón”**

Josep Belda Sanchís

---

---

**“En el ámbito de la cirugía compleja, la experiencia y el grado de especialización están directamente relacionados con el volumen de casos que se manejan y, a su vez, con cualquier parámetro que utilicen para medir la calidad de un servicio que hace este tipo de cirugías”**

Josep Belda Sanchís

---

---

**“Qué pasa cuando concentramos aún más, la cirugía del cáncer de pulmón, que afecta la carina, es infinitamente más compleja que un trasplante de pulmón, y quizá deban ser operados en sólo uno de estos cuatro hospitales y por una persona. Pero los demás hospitales han de ser conscientes que han de renunciar a estos pacientes, con su grado de complejidad, porque los enviaremos a otro hospital, y en contraprestación ya miraremos qué se puede hacer en este hospital, ¿están preparadas las instituciones para todo esto?”**

Josep Belda Sanchís

---

---

**“Voy a explicar una experiencia particular, que no pretende ser modelo para nadie, sino más bien poner en evidencia que si se quiere se pueden dar algunos pasos hacia nuevos modelos organizativos, si el contexto es adecuado”**

Josep Belda Sanchís

---

---

**“Lo que no hacíamos lo seguimos sin hacer, no soy el enemigo del hospital de al lado, mi empresa es la misma, trabajamos en el mismo equipo”**

Juan Calatayud Pérez

---