



¿Hacia la desaparición del modelo gerencial?

Martín Caballero Gómez
Área de Salud de Badajoz
Director Gerente

Introducción

El Decreto 521/1987 de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, establece en su sección segunda cuatro divisiones en las que se agrupan los servicios y actividades de los hospitales, siendo la División de Gerencia, con un Director Gerente al frente, la máxima responsable del Centro, teniendo el resto de divisiones (Médica, Enfermería y Gestión y Servicios Generales) una dependencia orgánica y funcional de aquélla.

Con estas reglas de juego, el extinto Instituto Nacional de la Salud, desarrolló toda una serie de órdenes, circulares e instrucciones que hacían que la organización de los hospitales adscritos a su ámbito de competencia girase en torno a la figura de la Dirección Gerencia, convirtiéndose en una estructura piramidal aglutinadora de la Atención Especializada prestada a los usuarios del sistema, acentuándose esta estructura con lo establecido en los R.D. 347/1993 y 348/1993, de 5 de marzo, sobre organización de los Servicios Territoriales del INSALUD y

del Ministerio de Sanidad y Consumo respectivamente.

El R.D. Ley 10/1996, de 17 de julio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD y la ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, abrieron las puertas en el ámbito del Instituto a la prestación sanitaria de forma indirecta a través de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, a su vez este desarrollo se había producido en otras Comunidades Autónomas que ya gozaban de competencias en materia de sanidad.

Como decía el Gerente del Servicio Extremeño de Salud, en esta misma publicación, hemos asistido probablemente, una vez finalizado el proceso de transferencias sanitarias, al más importante proceso de descentralización acaecido en nuestro país.

Las diferentes Comunidades Autónomas que han recibido las referidas transferencias sanitarias están desarrollando y empezando a consolidar nuevos modelos de gestión y ordenación sanitaria, planificados en la gran ma-

yoría de los casos de antemano y acuerdos con las necesidades geográficas y de demanda asistencial existentes en cada Comunidad.

Gestión de la Demanda

La mayor parte de las reformas sanitarias hablan poco de las perspectivas y estrategias de mejora de la salud y gestión de la demanda. En vez de ello, se concentran en el lado de la oferta. Tales enfoques no sirven para mejorar la salud y, en cambio, se convierten en impopulares con el paso del tiempo.

Hoy en día hay suficiente evidencia de que se puede mejorar la salud de una población, y al mismo tiempo, reducir los costes por encima del 20%. **La estrategia se basa en la reducción de la necesidad y la demanda.**

Estadísticas nacionales bien desarrolladas como las establecidas en Health and People 2000 y Health United States 1995, documentan claramente que *las enfermedades evitables suponen el 70% de morbilidad y de los costes de asistencia, representando 8 de cada 10 causas principales de muerte. Asimismo, más del 80% de la morbilidad son enfermedades crónicas aparecidas después de los 55 años de edad.*

La demanda está relacionada pero no es paralela a la necesidad, existiendo una gran variabilidad de respuesta a la misma necesidad. La demanda médica está inducida en parte por el proveedor del servicio.

Hay 6 razones que nos llevan a pensar en que es posible la reducción de la necesidad y de la demanda:

- Comprensión de la morbilidad: es posible retrasar el comienzo de las enfermedades crónicas.

- Autorresponsabilidad: mediante implicación personal en el mantenimiento del propio estado de salud.
- Valoración de los resultados a largo plazo versus corto plazo.
- Papel de los autocuidados, educando al consumidor con información y Guide Lines.
- Nuevos planteamientos de la asistencia en fases terminales de la enfermedad: existe una gran potencialidad de disminución de demandas innecesarias si se actúa sobre los tratamientos intensivos para enfermos terminales.
- Papel de la Promoción de la Salud mediante acciones que educan, guían y motivan al individuo a llevar a cabo acciones personales que mejoren la posibilidad de una buena salud mantenida y aumente la correcta utilización de Servicios Médicos.

Un Sistema Sanitario organizado hacia los resultados debe de considerar como principal propósito ser una defensa de la salud de su población asignada.

**Nuevo planteamiento en cuanto a la utilización de recursos:
Gestión Integral de Prestación de Servicios Sanitarios**

La Gestión Integral de Prestación de Servicios Sanitarios es el proceso fundamental para lograr y mantener un estado de salud óptimo de la población asignada mediante un conjunto de servicios integrados, monitorizados y con evaluación clínica, con el objetivo de mejorar los servicios reduciendo los costes.

Tabla I: Actualmente los recursos sanitarios son utilizados de la siguiente manera

Población	40%	50%	10%
Enfoque	Mantenimiento de la salud	Atención a Episodios Agudos	Gestión de Procesos Crónicos
Gastos en Salud	10%	50%	40%

Tabla II: En un planteamiento de futuro, creemos debe tender a

Población	60%	30%	10%
Enfoque	Mantenimiento de la salud	Atención a Episodios Agudos	Gestión de Procesos Crónicos
Gastos en Salud	35%	40%	25%

Esto requiere la utilización de una serie de herramientas, que básicamente son:

- Coordinación Asistencial, mediante la identificación de casos de riesgo (riesgo y no enfermedad) con el fin de situarlos en circuitos específicos.
- Gestión de episodios agudos mediante la utilización de guías y protocolos para procesos no recurrentes de enfermedad, básicamente aplicados a la hospitalización.
- Disease Management: guías y protocolos para el seguimiento prolongado de enfermedades crónicas.
- Gestión de la demanda, favoreciendo, mediante la adecuada información, la mejor utilización de recursos.

La culminación de la estrategia de Gestión Integral de Servicios sanitarios requiere medición del estado de salud e introducción de elementos de respon-

sabilidad de la población con su estado de salud.

Lo que se plantea hoy día en nuestro Sistema Sanitario es, más bien, en estos términos ¿cómo avanzar de una gestión institucional, basada en Centros, sean éstos Hospitales o Centros de Atención Primaria, a la filosofía de Gestión Integral de Servicios sanitarios?

La cuestión no es sencilla, cuando en ocasiones los Centros son financiados por actividad, no hay asignada población a cubrir o viven al margen del resto de la Red Sanitaria.

En una visión de futuro, el sistema sanitario concentrará sus esfuerzos en una estrategia de Salud, por lo que serán muchos más los recursos dedicados a promocionar la salud, prevenir enfermedades y estimular los autocuidados. Evidentemente solo conseguiremos aproximarnos a esta realidad mediante la eficiente utilización de todos los recursos disponibles (trabajar en red), lo

cual será una utopía si no asistimos a la integración de los distintos niveles asistenciales, que a nuestro modo de entender, se facilitará mediante la creación de la Gerencia Única de Área, que englobará todos los recursos sanitarios disponibles en un Área de Salud.

En nuestro caso, y así se ha entendido en nuestra Comunidad Autónoma, estando recogido en la Ley 10/2001 de Salud de Extremadura, el Área de Salud es la estructura básica del Sistema Sanitario Público en Extremadura, constituyendo el ámbito de referencia para la financiación de todas las actuaciones sanitarias que en ella se desarrollen. De hecho, ya se ha llevado a efecto la eliminación de las demarcaciones provinciales anteriores, y se ha procedido a la integración de sus recursos (Salud Pública, Promoción de la Salud, Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias y Emergencias, Salud Mental y Atención Sociosanitaria) en las distintas Áreas de Salud, ocho en nuestra Comunidad. El Área de Salud es en esencia la encargada de la provisión de servicios sanitarios a los ciudadanos, y se engloba dentro del Servicio Extremeño de Salud, constituido como Organismo Autónomo de carácter administrativo dotado de capacidad jurídica propia y claramente diferenciada del financiador.

Igualmente el Plan de Salud de Extremadura 2001-2004 establece que los servicios sanitarios deben situar al usuario como objetivo prioritario del Servicio Sanitario Público de Extremadura, orientando los servicios a sus necesidades, y fomentando un trato personalizado y satisfactorio. Para ello

y reflejo de los condicionantes demográficos, Extremadura se ha ordenado sanitariamente en 8 Áreas de Salud, casi el doble de las que le corresponderían según el ratio de la propia Ley General de Sanidad, en aras de acercar los servicios a la población. El Área de Salud se configurará como la estructura fundamental del Sistema Sanitario Público de Extremadura y por tanto como ámbito de referencia para la gestión sanitaria; garante de la continuidad de la atención sanitaria en sus distintos niveles (especializado, primario y sociosanitario); y marco fundamental para el desarrollo de los programas de protección y prevención de la salud y de prevención de la enfermedad. El Área de Salud garantiza que la provisión de servicios se realice de conformidad con criterios de calidad y eficiencia. Por su parte, la Zona de Salud constituirá una unidad básica de organización y funcionamiento de la atención primaria, desde la que se desarrollarán de forma especial las estrategias de promoción, prevención y provisión de servicios asistenciales de primer nivel a la población asignada. Cada Área de Salud dispondrá al menos de un Hospital de Área. Siguiendo criterios de eficacia, eficiencia y equidad en atención especializada del área, se podrá disponer la existencia en la misma de otros recursos como son: los Hospitales de Alta Resolución, los Centros de Especialidades y las consultas de especialistas en los centros de salud.

Hasta ahora, y aunque el nuevo modelo sanitario extremeño comenzó su andadura hace pocas fechas, los resultados son alentadores.