



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y DEL TRABAJO DE
SORIA

Grado en Administración y Dirección de Empresas

TRABAJO FIN DE GRADO

Análisis de eficiencia en la integración de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

Presentado por Jorge Reoyo Rebollar

Tutelado por: José Luis Ruiz Zapatero

Soria, Mayo de 2017

CET

FACULTAD de CIENCIAS EMPRESARIALES y del TRABAJO de SORIA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción.....	Pág. 3
-------------------	--------

CAPÍTULO 1

LOS SISTEMAS SANITARIOS MUNDIALES

1.1 Los sistemas sanitarios Mundiales.....	Pág. 8
1.1.1 Características de los sistemas sanitarios mundiales.....	Pág. 8
1.1.2 Tipos de sistemas sanitarios mundiales.....	Pág. 10
1.2 Los modelos sanitarios Europeos.....	Pág. 15
1.2.1 Tipos de modelos sanitarios en Europa.....	Pág. 15
1.2.2 Características de los modelos sanitarios europeos.....	Pág.17
1.2.3 Diferencias operativas entre los modelos sanitarios europeos.....	Pág.19
1.3 El sistemas sanitario español.....	Pág.22
1.3.1 Historia del Sistema Nacional de Salud.....	Pág.22
1.3.2 El traspaso de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas.....	Pág.28
1.3.3 Estructura operativa del Sistema Nacional de Salud.....	Pág.31

CAPÍTULO 2

LA GERENCIA INTEGRADA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA

2.1. Historia y nacimiento de la Gerencia Integrada de Soria.....	Pág.38
2.1.1. La sanidad en Soria desde la Constitución Española.....	Pág. 38
2.1.2. Formación de la Gerencia Integrada de Soria.....	Pág. 39
2.1.3. Valores y objetivos de la Gerencia Integrada.....	Pág. 41
2.2. Entorno Sociodemográfico.....	Pág. 43
2.3. Recursos Humanos.....	Pág. 44

2.3.1. La gestión por procesos.....	Pág. 46
2.4. Recursos Materiales.....	Pág. 48
2.5. Recursos económicos.....	Pág. 49
2.5.1. Gastos.....	Pág. 49
2.5.2. Ingresos.....	Pág. 54
2.6. La Gestión Clínica.....	Pág. 56

CAPÍTULO 3

ESTUDIO ECONÓMICO DE LA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO SORIANO

3.1. Presupuesto de la Gerencia Integrada de Soria.....	Pág. 60
3.1.1. Gastos de Personal.....	Pág.60
3.1.2. Aprovisionamientos e inversiones.....	Pág. 62
3.1.3. Cumplimiento presupuestario de la Gerencia.....	Pág. 63
3.2. Actividad asistencial.....	Pág. 64
3.2.1. Las listas de espera.....	Pág.66
3.2.2. Reclamaciones.....	Pág. 66
3.2.3. Satisfacción de la población.....	Pág. 67
3.3 Estudio comparativo autonómico y nacional de la Gerencia.....	Pág. 69
3.3.1. Comparativa autonómica y nacional.....	Pág. 73
3.3.2. Comparativa internacional.....	Pág. 76
Conclusiones.....	Pág. 79
Futura líneas de Investigación.....	Pág. 83
Bibliografía.....	Pág. 85

ANEXO I

Cuestionario al Gerente de la Gerencia Integrada de Soria.....	Pág. 91
--	---------

Introducción

El sistema sanitario de un país o una zona concreta se determina por la organización establecida entre los recursos materiales y humanos, destinados para la prestación de servicios de salud en dicho área geográfica. Las diferentes áreas en el mundo, así como las diferentes sociedades que componen en éste, provocan sistemas sanitarios muy dispares unos de otros, dado que la organización de los recursos varía dependiendo de la sociedad y orografía del terreno en el que encuadramos dichos sistemas. La evolución de la situación económica y social, provoca que los sistemas sanitarios deban adaptarse correctamente a estos cambios y evolucionar en la medida necesaria.

Nos encontramos alrededor del mundo gran multiplicidad de sistemas sanitarios, pudiendo asemejar éstos, en aquellos países que poseen características económicas y sociales similares. La forma de Gobierno de dichas regiones, también provocan similitudes en los sistemas sanitarios de una y otra zona. La sanidad privada jugará un papel muy importante dentro de cada territorio, ya que estará más presente en aquellas zonas en las que la sanidad pública no sea suficiente, ó no esté correctamente desarrollada en el ámbito de los profesionales o de la tecnología.

La estructura del sistema sanitario español es fruto de la evolución continuada a lo largo del tiempo en una misma dirección, dependiente en todo momento de la situación económica, política y social, pero con una premisa inamovible, la satisfacción de las necesidades sanitarias de los ciudadanos independientemente de su situación económica o social, es decir, garantizando la universalidad del sistema. Con el traspaso de competencias sanitarias a las comunidades autónomas se produce un efecto heterogéneo entre las distintas áreas geográficas, divergentes en muchos casos, presentando claras diferencias entre la población de un mismo Estado. De la misma manera, la problemática económica también surge por diferentes causas intrínsecas del territorio, surgiendo multiplicidad de soluciones y con ello, encontrando diferentes consecuencias de la evolución

La problemática de los sistemas subyace en la capacidad de respuesta de éstos ante cambios repentinos en la economía o en la sociedad, variaciones que afectan a más de un sistema sanitario, y por tanto, la capacidad de respuesta, así como la posibilidad de ésta, es comparable y otorga al sistema un valor añadido.

La crisis financiera mundial produjo un freno para el desarrollo económico y social, que hasta el momento venía produciéndose en todos los países del mundo. Es entonces cuando los sistemas sanitarios se ven obligados a evolucionar, cambios organizativos que produzcan mejoras en el funcionamiento de los sistemas, para poder seguir suministrando salud entre la población objetivo. Dada la multitud de sistemas, los cambios organizativos que éstos sufren, también serán muy numerosos.

Introducción

Los sistemas de gestión existentes quedaron obsoletos, siendo en su mayoría deficitarios para el Estado, surgiendo así la necesidad de evolucionar de estos sistemas para que las administraciones continuaran con su actividad. Al encontrar en España un sistema sanitario público, surge la necesidad de evaluar los cambios que el sistema ha realizado en su estructura para combatir en un nuevo escenario económico y social. El sistema sanitario español, por su estructura segmentada, autonómica ó provincial, provoca un control central por parte del Gobierno de la equidad del sistema. Por contrapartida, existe la posibilidad de que se desarrollen pioneros sistemas de gestión y de prestación de servicios sanitarios que se adecuen a las necesidades sanitarias de la población y a la situación económica del país. Nuevos sistemas que pueden ser desarrollados por los profesionales dentro de la administración, o que pueden ser introducidos de otros países, como en el caso soriano, dada la demostrada efectividad de esos cambios en zonas con características homogéneas.

Como consecuencia intrínseca del desarrollo, encontramos necesario estudiar los cambios que han experimentado los sistemas sanitarios desde el cambio sufrido en la situación económica mundial. Buscando las consecuencias de estos cambios, evaluar su implantación en el tiempo y sobre todo, evaluando los resultados obtenidos tanto económica como sanitariamente, pudiendo comparar los resultados entre distintas zonas, ya que su eficiencia es medida con las mismas variables, para poder demostrar cuales son los sistemas que más prestaciones sanitarias realizan con una partida de recursos menor.

En Soria encontramos uno de los más ambiciosos cambios organizativos a nivel mundial, dado que el sistema soriano se desmarca en su evolución de zonas de similares características económicas y sociales, así como del plan de ruta de su propio Estado. Busca reinventarse y ser pionero en tiempos difíciles para las organizaciones sanitarias, un hecho arriesgado, teniendo en cuenta que son los propios ciudadanos los que sustentan el sistema con impuestos.

Se produce una integración dentro del sistema de la posición superior del organigrama operativo de la administración. Desde ese punto de partida se produce una integración en cascada, hacia los niveles inferiores de la jerarquía, en primer lugar en el área de gestión y posteriormente en la rama sanitaria, con la problemática existente en el desarrollo de cada uno de los procesos de integración. El objetivo no es otro que acercar a los profesionales a los pacientes y destruir las barreras de entrada existentes en el sistema, haciendo accesible la sanidad a un mayor número de ciudadanos con mayor facilidad.

El fin de este estudio es demostrar los beneficios de éstos cambios organizativos y evaluar, comparando con el resto, la capacidad adaptativa de los sistemas ante el cambio de variables económicas. La capacidad adaptativa de los sistemas depende directamente de la posibilidad de éstos para realizar cambios organizativos que produzcan un mejor funcionamiento del sistema con menos recursos, es decir, aumenten su eficiencia para que la salud de la población no esté directamente relacionada con el gasto económico del sistema, por tanto un menor gasto no suponga menor salud.

Introducción

Las comparativas de los resultados se realizan a nivel nacional e internacional, pudiendo encontrar similitudes dentro del territorio nacional, pero buscándolas en el ámbito internacional, pudiendo encontrar desarrollo de sistemas similares en otros países, dando lugar éstos a encontrar en una fase posterior de la evolución a otro sistema, pudiendo evaluar en un futuro próximo las consecuencias del desarrollo del sistema sanitario soriano. En la comparativa nacional se empareja la evolución de ambos sistemas para demostrar que los cambios organizativos han tenido consecuencias demostrables en la mejora de la eficiencia.

CAPÍTULO 1

LOS SISTEMAS SANITARIOS EN EL MUNDO

1.1.-LOS SISTEMAS SANITARIOS MUNDIALES

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en 1978, en la conferencia realizada en Alma-Ata (Kazajistán, 1978), define la salud como: “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”. (Organización Mundial de la Salud (1946): “Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud”).

Por tanto, la sanidad de las naciones del mundo ha de estar regida por un sistema sanitario, compuesto por todos aquellos órganos que se encargan de prestar servicios de tipo sanitario, entre los que podemos encontrar, hospitales, funcionarios, centros de atención y los servicios de salud pública, así como los ministerios, redes, sectores e instituciones especializadas, que velan por un correcto funcionamiento e influencia en el área de salud de una nación.

El principal objetivo de un sistema sanitario, independientemente de quién los gestione, es la promoción, el mantenimiento y restauración de la salud de un país. El sistema sanitario, a su vez, se divide en subsistemas más pequeños, como el financiero, la administración de recursos humanos... “la idea es que todos los sistemas de atención sanitaria, cualesquiera sea su política y financiación, practiquen y breguen por principios tales como la accesibilidad, la solidaridad, eficiencia, universalidad, eficacia y la ética” (Elena Arias Menéndez, 2003;7)

1.1.1.-Características de los sistemas sanitarios mundiales

El sistema de salud más básico que podemos definir estaría compuesto por un profesional sanitario, por ejemplo un médico, el cual encontraríamos del lado de la oferta, ya que satisface las necesidades de servicios asistenciales requeridos por la demanda. En este caso, tendríamos un único demandante, el individuo que requiere los tratamientos o servicios médicos necesarios para solventar sus dolencias o patologías, es decir, demanda de servicios sanitarios.

Claro está que al extrapolar este sistema básico a la realidad, las relaciones entre oferta y demanda se complican y mucho, dado que el elevado número de demandantes existentes en todo el mundo, la población mundial, ha de ser atendida por los profesionales sanitarios encargados de cada población. Por esto será de gran importancia la estructura que nos presenta la demanda, su localización geográfica, su estructura demográfica, su economía, su cultura... así como la oferta tendrá otros factores determinantes como los recursos materiales, la tecnología, la financiación...

En el caso de la demanda, encontramos que la población, por lo general, desea que el dinero no sea un inconveniente en materia de salud, y cuando sufran alguna dolencia, demandan la mayor calidad, eficacia de los profesionales, capacidad de elección y rapidez en la solución de sus patologías.

Del lado de la oferta, encontramos a los profesionales sanitarios, así como las diferentes instalaciones para la prestación de servicios y las instituciones encargadas de gestionar estos. El Gobierno de la nación es el encargado de asignar los nuevos recursos, en base siempre a las necesidades de la población que no están cubiertas como deberían o instalando nuevos servicios para sectores de población a los que surgen nuevas demandas. Por tanto, es el Estado el encargado de la regulación del sistema sanitario mediante reglas y normas, si esta regulación es llevada a cabo por parte de la administración pública, se realizará mediante leyes y reales decretos.

Otra de las diferencias que surge en los sistemas sanitarios repartidos por todo el mundo, provienen de la fuente de financiación del sistema, que muchas veces, está estrechamente relacionada con el sentido político que se le quiere dar a las decisiones tomadas por el Gobierno. Por tanto diferenciamos cuatro tipos de financiación de los sistemas sanitarios dependiendo del origen de los recursos necesarios para la prestación de los servicios a la población:

- **Sistemas Liberales:** su principal característica es el pago directo y voluntario del usuario al proveedor por el servicio que le han prestado, sin ningún tipo de intermediario. La utilización de los servicios se fundamenta en la ley de oferta y demanda.
- **Sistemas de Seguros Voluntarios:** en los que ya encontramos un intermediario entre los demandantes y los oferentes, las aseguradoras. Los pacientes contratan un seguro con una entidad privada, mediante el cual cubren los servicios sanitarios que pueda demandar la población. Las compañías aseguradoras, como intermediarias, son las encargadas de retribuir económicamente al profesional sanitario tras la prestación de los servicios a sus asegurados.
- **Sistemas de Seguros Sociales Obligatorios:** la financiación de los servicios sanitarios se produce mediante cuotas proporcionales a los salarios de los trabajadores y a las cuotas de los patronos por sus trabajadores. De tal manera que encontramos de nuevo un intermediario, los encargados de recaudar dichas cuotas, para pagar a los profesionales sanitarios tras los servicios prestados a los asegurados. Todos los trabajadores sujetos al pago de esta cuota proporcional encuentran la misma cobertura asistencial.
- **Servicio Nacional de Salud:** la financiación de los servicios sanitarios se hace mediante una partida económica procedente de los Presupuestos Generales del Estado. Los profesionales sanitarios son empleados del sistema, por tanto, la distribución de los recursos es llevada a cabo por los directivos políticos.

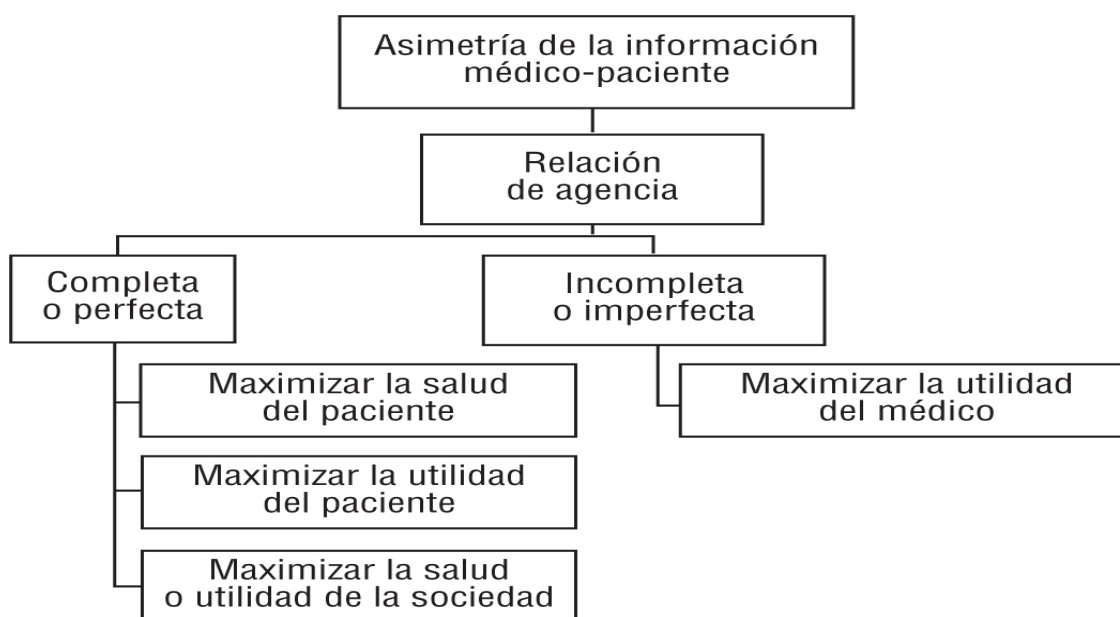
En el escenario descrito, es en el que se mueven los diferentes participantes de un sistema sanitario, estableciéndose entre ellos relaciones de agencia.

Una relación de agencia puede ser definida como “todo acuerdo ó contrato en función del cual una persona, principal, acuerda con otra, agente, que este

último realice algún servicio en su nombre, delegando en él cierta autoridad o poder de decisión”(Jensen y Meckling, 1976 : 8).

El sector sanitario es una de los mejores ejemplos de multiplicidad y complejidad de las relaciones de agencia, el médico con el centro, con otros profesionales sanitarios, con los suministradores... pero lo verdaderamente importante, es la relación de agencia existente entre el médico y el paciente, dado que el profesional posee los conocimientos técnicos que su profesión requiere, y el paciente carece de conocimiento necesario para conocer su estado de salud, enfermedad, su tratamiento... por tanto el paciente delega la autoridad en el médico, para que éste le oriente sobre cómo debe reaccionar y actuar para contrarrestar su patología o para evitar la aparición potencial de alguna de ellas. Por tanto, el médico de familia es una pieza clave en el correcto funcionamiento de las relaciones de agencia existentes en un sistema sanitario, dado que éste es el punto de conexión entre el paciente y los diferentes especialistas que resolverán en ultima instancia su patología. Por tanto, serán siempre la última referencia que tendrán los demandantes cuando no sepan donde acudir o no sepan qué problema de salud tienen.

Figura 1.1: Relaciones de agencia en los sistemas sanitarios



Fuente: Bellón Saameño JA. (2006) “Demanda Inducida por el Profesional: Aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica”.

1.1.2.-Tipos de sistemas sanitarios mundiales

Los resultados en salud obtenidos por el sistema sanitario en la población, dependerán mucho del modelo en el que se encuentre el sistema. Dado que la organización y la financiación llevada a cabo por las instituciones priorizara unos objetivos sobre otros. Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema sanitario óptimo debería conseguir los siguientes objetivos:

- **Universalidad**, es decir, la cobertura sanitaria al total de la población sin distinción ninguna.

- **Atención integral:** el sistema sanitario no sólo debe centrarse en la prestación del servicio sanitario en sí, sino que debe atender también a la promoción, a la prevención, al tratamiento y a la rehabilitación de las patologías sufridas por la población, así como debe de fomentar los hábitos de vida saludable entre los ciudadanos.
- **Equidad:** dando a la población igualdad y accesibilidad a los servicios sanitarios, así como igualdad en el rendimiento de estos.
- **Eficiencia:** obtener los máximos resultados en salud a coste óptimo.
- **Flexibilidad:** teniendo el sistema capacidad adaptativa a las nuevas necesidades que puedan surgir en la población.
- **Participación** de la población en la gestión del sistema sanitario, dado que las prestaciones cubiertas por el sistema también tienen responsabilidad en la sociedad y no sólo en los profesionales médicos.

Partiendo de la premisa que el sistema sanitario óptimo es una utopía, encontramos que los sistemas sanitarios existentes en el mundo quedan definidos por características propias, como la evolución histórica de éste ó los valores predominantes en la cultura y la sociedad de cada país.

Para realizar una distinción de los diferentes sistemas sanitarios mundiales, hemos de darnos cuenta que no existen sistemas puros, sino que todos los sistemas sanitarios, en alguna característica de las anteriormente comentadas, tienden a diferenciarse entre sí de sus semejantes. Encontramos en el mundo tres diferentes modelos en los que agrupar la multitud de sistemas sanitarios existentes, siendo:

Tabla 1.1: Características de los modelos sanitarios mundiales

MODELOS SANITARIOS MUNDIALES	DEPENDIENTE DE LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO	EQUIDAD Y UNIVERSALIDAD	PROPIEDAD PÚBLICA DE LOS SERVICIOS	SANIDAD PRIVADA	LA SANIDAD ES CONSIDERADA UN BIEN DE CONSUMO	GRADO DE DESARROLLO DE LOS SERVICIOS
MODELO LIBERAL	NO	NO GARANTIZADA	NO	SI (FUERTE)	SI	MUY ALTO
MODELO SOCIALISTA	TOTAL	GARANTIZADA	SI	NO	NO	MEDIO

MODELO MIXTO	SI	GARANTIZADA	SI (NO TODOS)	SI	SI	ALTO
--------------	----	-------------	---------------	----	----	------

Fuente: Elaboración Propia

1. **Modelo Liberal:** también es denominado “modelo de libre mercado”. Es el modelo implantado, por ejemplo, en los Estados Unidos. Goza de las siguientes características:

- La salud es considerado de la misma forma que un bien de consumo, por lo tanto la distribución de los servicios sanitarios entre la sociedad esta regido por las leyes de la oferta y de la demanda.
- El Estado no tiene que velar por la salud en toda su amplitud, sino que hace una pequeña aportación, proporcionalmente muy pequeña, con el fin de velar por los grupos sociales más desfavorecidos.
- El usuario de los servicios sanitarios paga directamente al proveedor de éstos, o más frecuentemente son las compañías aseguradoras quien lo hacen en este modelo. El Estado simplemente ha de velar por controlar a los profesionales para el ejercicio sanitario mediante licencias profesionales u otros sellos similares. La utilización de los servicios se rige por las leyes de la oferta y de la demanda.

En este modelo encontramos como característica principal, la gran competitividad que surge entre los distintos proveedores de servicios sanitarios, lo que provoca que el desarrollo tecnológico y médico-científico sea muy superior al de otros modelos. Esto genera una sanidad más cara, pero mucho más avanzada.

Por contrapartida, encontramos que el modelo genera grandes desigualdades sociales en materia sanitaria, dado que aquellos usuarios que no tienen dinero para pagar a los proveedores ó para contratar seguros con entidades privadas, no gozan de la posibilidad de obtener prestación sanitaria, lo que genera una grave falta de equidad.

También encontramos en este modelo unas relaciones de agencia imperfectas, entre el médico y el paciente, dado que hay grandes diferencias en la información que ellos poseen. En un mercado en el que la distribución de recursos se rige por las leyes de la oferta y de la demanda, los factores no deberían tener asimetrías en la información.

2. **Modelo Socialista:** el modelo socialista puro lo encontramos en los países comunistas, de los que hoy en día solo quedan Cuba y Corea del Norte. Sus principales características son:

- La financiación del sistema sanitario se produce mediante una partida económica en los Presupuestos Generales del Estado, basándose en la solidaridad financiera de todos los habitantes de la nación.
- Los valores de equidad y universalidad están presentes gracias al libre acceso de la población a los servicios sanitarios, todos ellos de forma gratuita.
- Los medios de producción de servicios son propiedad pública, el Estado se dedica a su gestión y distribución entre la población.

La principal ventaja del modelo es la atención a la medicina preventiva y al continuo desarrollo de la educación sanitaria, para el aumento de los niveles de salud de la población, en detrimento de proyectos sanitarios complejos o costosos medicamentos.

Por el contrario, presenta excesiva rigidez, en aspectos como la universalidad de los servicios, lo que genera que el grueso de la población mejore sus niveles de salud, pero los problemas con índices pequeños de incidencia, así como las patologías de difícil diagnóstico, sean los grandes problemas del sistema, afectando al colectivo de la población.

3. **Modelo Mixto:** es el modelo que impera en la mayoría de los países occidentales. Su característica fundamental es la separación entre la financiación y la provisión de los servicios sanitarios, además de las siguientes:

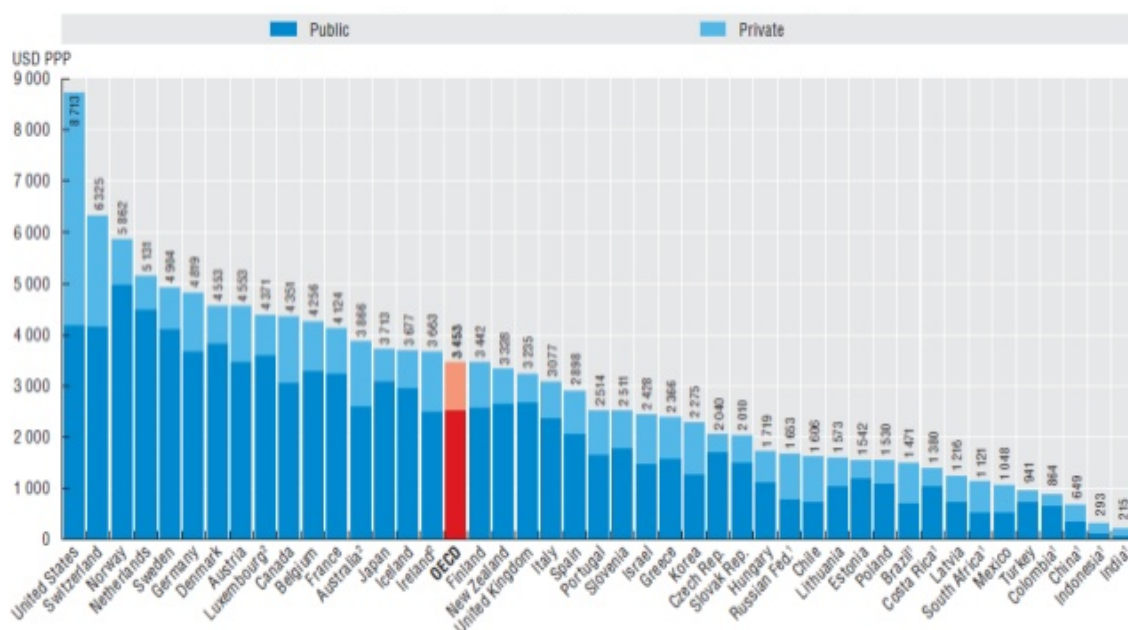
- La financiación de la mayoría de los servicios sanitarios proviene de las arcas públicas mediante los impuestos, pero hay lugar para que el sector privado incluya en el sistema aquellos servicios sanitarios que la población demande directamente.
- La provisión de los servicios sanitarios a la población podrá ser en este caso tanto pública como privada, pero el Estado velará por una calidad asistencial pública, asegurando a unos estándares.
- Los impulsos del sistema para la promoción de la salud y la prevención de patologías son grandes, así como la atención primaria sanitaria. Ejes sobre los que se asienta la distribución de recursos sanitarios.

El sistema mixto otorga a la población mayores niveles de equidad y universalidad de la sanidad, así como los niveles de calidad de vida y bienestar de la población son superiores, gracias a los fuertes impulsos en promoción y prevención de problemas sanitarios poblacionales.

Capítulo 1

Por el contrario, las prestaciones sanitarias alcanzan un elevado coste, poniendo en tela de juicio la viabilidad económica del sistema, por ello es necesario que los encargados del sistema intenten mejorar la eficiencia de éste, utilizando los recursos óptimos para las prestaciones que se realizan, así como introduciendo nuevos modelos de gestión. Muchas veces se recurre a la empresa privada para la prestación de determinados servicios.

Figura 1.2: Gasto sanitario como porcentaje del PIB (2015). Público y privado.



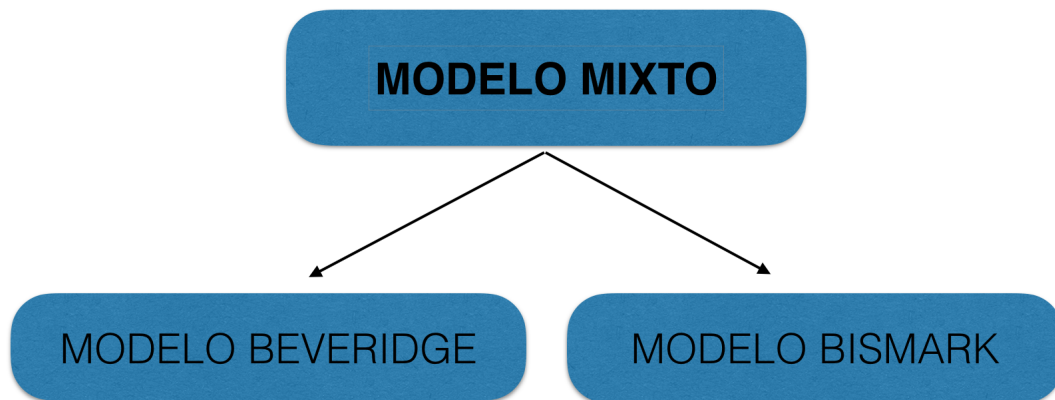
Fuente: “Health at a Glance.” (2015). OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.

A la vista de la cobertura que ofrecen los distintos modelos sanitarios mundiales, observamos que hay independencia entre el tipo de modelo llevado a cabo por un país y la cobertura de su población. Ya que entre Europa y Estados Unidos encontramos modelos claramente diferenciados, pero la cobertura de su población es igual de elevada en ambos lugares, algo que muestra claramente que un modelo no sea definido como mejor que otro. Lo que si podemos afirmar es la dependencia entre la cobertura sanitaria de la población y el desarrollo económico del país, dado que la menor cobertura la encontramos en aquellos países más pobres de África y Asia. En el caso de Sudamérica encontramos un desarrollo “inteligente” de los sistemas sanitarios, ya que con muy pocos recursos se consigue llegar a un elevado porcentaje de la población, en países como Argentina se consiguen niveles de cobertura similares a las potencias mundiales, sin ser éste una de ellas. Encontramos casos preocupantes como el de Rusia con amplios sectores de la población sin una cobertura sanitaria, ó Chino, una de las economías más crecientes en este siglo que no es capaz de fijar un modelo sanitario que otorgue cobertura suficiente para el país mas poblado del planeta. Es clara la dependencia entre las variables de crecimiento económico y cobertura sanitaria poblacional, inversamente relacionadas.

1.2.-LOS MODELOS SANITARIOS EUROPEOS

Vista la diversidad de características que nos surgen en el estudio de los sistemas sanitarios punteros a nivel mundial, dado que, como hemos visto, la consecución del éxito se produce a través de caminos muy dispares. Nos centramos en Europa, donde encontramos una clara diferenciación entre los sistemas sanitarios de los diferentes países que componen la Unión Europea, diferenciando claramente dos modelos sanitarios, que derivan del modelo sanitario mixto visto anteriormente:

Figura 1.3: Distribución de los sistemas sanitarios europeos.



Fuente: Elaboración Propia

1.2.1.- Tipos de modelos sanitarios en Europa

1. **El modelo Beveridge:** En la Unión Europea, los sistemas sanitarios se configuran mediante dos diferentes patrones. Uno es el “Sistema Nacional de Salud” (SNS), por el cual todos los residentes del país tienen derecho de accesibilidad a los servicios sanitarios, estos se financian mayoritariamente, ya que la presencia de la sanidad privada es posible en un modelo mixto, por impuestos. Son sistemas que se basan en la solidaridad y en la redistribución de la riqueza, por ello se facilita el acceso universal a la sanidad. Estos sistemas son posibles en países cuya estructura fiscal este bien organizada para ello, ya que una parte muy importante de los impuestos se recauda mediante las rentas y de forma progresiva, de tal forma que quienes más tienen más pagan. La otra parte de la financiación se consigue con impuestos sobre el valor añadido (IVA), o grabando otros recursos necesarios como puede ser la electricidad o los hidrocarburos, pero también grabando artículos concretos como el alcohol o el tabaco.

Por lo tanto, tenemos un sistema sanitario con alta implicación del Estado en su gestión, encontramos el copago de los pacientes en algunos servicios ó sistemas concretos. La presencia del sector privado es latente como alternativa al sistema público. Los recursos humanos y materiales, necesarios para el correcto funcionamiento del sistema, son

financiados mediante impuestos a través partidas relevantes en los Presupuestos Generales del Estado.

Bajo este sistema encontramos en Europa a países como Dinamarca, Finlandia, España y Reino Unido, el cual es pionero de este patrón, ya que fue en 1948 cuando estrenó su National Health Service (NHS), inspirado en el llamado “Informe Beveridge”. (NHS Reino Unido 2016; 16)

Dentro de la UE-15 encontramos ocho países que se rigen por el modelo Beveridge: Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia, de los cuales seis, menos España y Suecia, poseen una cobertura sistema sanitario, financiado con impuestos, del 100% de la población. (European Health Consumer Index 2016;27)

En el caso de España, casi la totalidad de la financiación proviene de impuestos, un 99.3%, ya que un 0.4% se cubre con la cobertura de seguros obligatorios, y un 0.3% con seguros voluntarios. (Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015;26)

2. **El modelo Bismarck:** Los sistemas sanitarios de este modelo se configuran mediante el “Sistema de Seguridad Social”, y se encuentran financiados en este caso, por cotizaciones sociales obligatorias. Estas cotizaciones sociales, son abonadas por las empresas y sus trabajadores, por tanto, la riqueza de las empresas y de las rentas son las que financian los sistemas de salud, y son los beneficiarios de éste. Los impuestos generales en estos modelos también desempeñan un papel fundamental, ya que se destinan a financiar la cobertura de los sectores más desfavorecidos o sin cobertura, y permitiendo financiar también asistencia básica pública, como pueden ser las campañas de vacunaciones o los servicios sanitarios maternos. Los recursos financieros van dirigidos a “fondos”, entidades no gubernamentales, regidas por la ley y encargadas de la gestión de los recursos, por lo que son ellos los que contratan los médicos, gestionan los hospitales... para que sean éstos los que atienden a los asegurados, mediante contratos basados en un presupuesto o un copago por servicio recibido.

En estos países, la frontera entre un seguro de salud público y uno privado es difusa, ya que en aquellos países donde están regulados por ley, para buscar la universalidad de la sanidad y repartir las cotizaciones de los asegurados, bien podría definirse como un seguro público de salud.

Entre los países europeos que adoptan este modelo, encontramos a Francia, Grecia, Austria y Alemania, en el cual se implantó por primera vez en 1881, por el canciller Bismarck.

Entre los países que se rigen por el modelo de Bismarck, encontramos un mayor porcentaje de población sin cobertura sanitaria, ya que países como Bélgica tienen un 1% de la población sin cobertura sanitaria.

Países como Francia o Alemania, aun siguiendo un modelo diferente, poseen el 100% de la cobertura sanitaria de la población. (European Health Consumer Index 2016 : 28).

1.2.2.- Características de los modelos sanitarios europeos

Las principales diferencias que surgen de la adaptación de un modelo u otro por los diferentes Estados europeos, surgen en variables como las listas de espera, su dependencia con la política de Estado o no, la cartera de servicios que el sistema pone a disposición de sus ciudadanos y el modo de aprovisionamiento de recursos predominante en el sistema. Las variables quedan recogidas en la siguiente tabla:

Tabla 1.2: Resumen de las características de los sistemas sanitarios de la UE-15

	Tipo Sistema	Cartera de servicios definida a nivel central	Modo de provisión predom. en AP	% de Provisión pública en Hospitales	Libertad elección médico AP	Filtro para acceso a especialistas	Listas de espera com problema político
Dinamarca	SNS	NO	Privada	97	Limitado	SI	SI
España	SNS	SI (positiva)	Pública	75	Limitado	SI	SI
Finlandia	SNS	NO	Pública	89	Limitado	SI	SI
Irlanda	SNS	NO	Privada	100	SI	Parcialmente	SI
Italia	SNS	SI (positiva)	Pública	81	SI	SI	SI
Portugal	SNS	NO	Pública	86	Limitado	SI	SI
Reino Unido	SNS	SI (negativa)	Privada	96	SI	SI	SI
Suecia	SNS	NO	Pública	98	Limitado	NO	SI
Alemania	SSS	SI (negativa)	Privada	49	SI	SI	NO
Austria	SSS	NO	Privada	72	SI (incentivos para no cambiar)	NO	NO
Bélgica	SSS	SI (positiva)	Privada	34	SI (incentivos para no cambiar)	NO	NO
Francia	SSS	SI (positiva)	Privada	66	SI	NO	NO
Grecia	SSS	NO	Pública	69	SI (incentivos para no cambiar)	NO	SI
Luxemburgo	SSS	SI (positiva)	Privada	68	SI	NO	NO
Países Bajos	SSS	SI (positiva)	Privada	0	SI	SI	SI

Observaciones: Sistema Nacional de Salud
 Sistema de Seguros Sociales

Fuente: Health in transition. O.M.S

A la vista de la tabla, observamos que dentro de Europa, es difícil distinguir entre países que se rijan por los modelos sanitarios puros, Beveridge y Bismark, ya que la evolución a lo largo del tiempo, que éstos han sufrido, les han acercado hacia un modelo u hacia otro, teniendo hoy en día los modelos bastante cruzados entre sí, pero permitiéndonos seguir diferenciando entre

países cuyo sistema sanitario funciona bajo la regulación del Sistema Nacional de Salud ó bajo el Sistema de la Seguridad Social.

La variable “Cartera de Servicios definida a nivel central” se refiere a la presencia de la fuerza política de un país a la hora de suministrar a la población los servicios sanitarios. Encontrando tres posibilidades diferentes en ella:

1. **Si Positiva:** Encontramos servicios sanitarios repartidos demográfica y geográficamente, mediante una legislación que asegure la calidad y accesibilidad de los pacientes a los servicios. Encontramos servicios sanitarios, tanto de atención primaria como de atención especializada, de forma adecuada a la distribución geográfica de la población, teniendo estos una accesibilidad correcta en torno a sus necesidades de salud, por ello se considera positiva.

2. **Si Negativa:** En este caso también encontramos una distribución de servicios proporcional a la población, pero no encontramos una repartición igualitaria de los servicios de las dos diferentes ramas asistenciales, es decir, no toda la población posee un acceso a todos los servicios sanitarios, por ello es considerada negativa. No quiere decir que esté mermada la accesibilidad o la satisfacción de la necesidades de salud, solo que el desarrollo del sistema sanitario produce que la atención primaria no esté presente en todos los lugares, dando paso a una atención especializada desde un primer contacto del paciente con el sistema, algo que reduce más aún el recorrido de éste, hasta la resolución de su necesidad sanitaria y eleva el coste para el sistema. Por tanto, como veremos más adelante con la financiación, es un efecto positivo en el funcionamiento sanitario del sistema, ya que el diagnóstico complejo esta más cercano al paciente, perjudicando al efectivo funcionamiento económico.

3. **No:** En este caso no encontramos una organización reglada de los servicios sanitarios, sino que encontramos que los servicios sanitarios se colocan en el mercado como cualquier otro bien o servicio, y será la oferta y la demanda quien ubique dichos servicios en el tiempo y forma adecuados para las necesidades de la población. Este hecho provoca grandes desigualdades sanitarias, no en cuanto a la accesibilidad, pues toda la población posee la satisfacción de unas necesidades sanitarias básicas, garantizadas en mayor parte por el Estado, sino que se producen diferencias en la calidad ó en el desarrollo de los servicios. En los grandes núcleos urbanos, se produce un desarrollo mayor que en núcleos de población más pequeños, dado que al ser la demanda menor, la oferta también lo será. La calidad de vida y el bienestar de las zonas más despobladas, se ve influenciado por los desplazamientos y por los aumentos temporales en la solución de las necesidades sanitarias, es decir, los costes indirectos de su salud.

La variable “Modo de Provisión predominante en Atención Primaria”, es un indicador claro de este cruce entre los modelos. Como observamos en los países con un sistema regido bajo el Sistema Nacional de Salud, es más frecuente que sea un modo de provisión pública, ya que es el Estado el que aprueba el gasto sanitario a través de los Presupuestos Generales del Estado, y con ello, lo lógico sería que la provisión viniese de fondos públicos. Pero encontramos excepciones, como en el caso de Reino Unido ó Irlanda, en los cuales encontramos una provisión en Atención Primaria privada mayoritariamente. Este hecho es producido por un mayor peso de la rama sanitaria de Atención Especializada, es decir, por una mayor proximidad de los servicios asistenciales especializados y especialistas, hacia los ciudadanos, careciendo la Atención Primaria de tanto peso como puede tener en otras naciones como España. Por ello nos hemos de fijar en el indicador “Provisión Pública en los Hospitales”, observando que los países cuya provisión predominante en Atención Primaria es privada, poseen un porcentaje muy cercano al 100% de provisión pública en los hospitales, mientras que aquellos que poseen una Atención Primaria financiada públicamente, no obtienen porcentajes tan altos en la contribución del Estado a los hospitales. Se trata de sistemas sanitarios más avanzados, dado que la Atención Primaria se ubica prácticamente en un segundo plano, el Estado no la aprovisiona prácticamente, pero refuerza la Atención Especializada haciéndola más cercana al paciente y eliminando la aparición del sector privado en este ámbito.

Al observar los mismo indicadores en los países cuyo sistema se rige por el Sistema de Seguridad Social, vemos que la mayoría, salvo Grecia, poseen una provisión predominante privada, dada la estructura de su sistema, y que el porcentaje de provisión en los hospitales es inferior al 75% en todos los casos. Es algo totalmente diferenciador entre un modelo y otro, ya que el peso de las entidades privadas es mayor dado el modelo sanitario por el que se rigen. En Países Bajos, vemos que no hay acceso a la sanidad para una persona que no sea trabajadora o que posea un seguro mediante una entidad privada, algo que si se ajusta a un modelo Bismark puro, sin intervención estatal.

1.2.3.- Diferencias operativas entre los modelos sanitarios europeos

Los demás indicadores, son consecuencia del funcionamiento de cada uno de los modelos sanitarios, ya que mientras el modelo Bismark no posee, en general, ni filtros para el acceso a especialistas, ni tampoco las listas de espera son un problema político, ya que el Estado esta distanciado en gran medida de la Atención Especializada. Pero en el modelo Beveridge, sí encontramos estos indicadores, siendo las listas de espera un problema político de difícil solución, dada la universalidad de la sanidad, y si se poseen filtros para el acceso a los especialistas, estando en gran parte ubicados en los médicos de atención primaria, los cuales, evalúan la necesidad de tratamientos o diagnósticos más complejos para las diferentes patologías.

Las diferencias encontradas en casos como el de Grecia, Reino Unido o Dinamarca, no son más que fruto de la evolución del sistema, y en la mayoría de los casos, las divergencias con su modelo han surgido por problemas sociales, políticos ó económicos. En el caso Griego, encontramos que el Estado tuvo que asumir la provisión de Atención Primaria, así como tuvo que

Capítulo 1

augmentar la dotación presupuestaria hospitalaria, dado que la falta de cotizaciones a la Seguridad Social y el bajo nivel salarial medio de los trabajadores, puso en peligro la universalidad y la equidad de su sistema sanitario, tras el estallido de la crisis financiera en 2007. Por ello, el Gobierno tuvo que “intervenir” el sistema sanitario, dotando de mayor cantidad de dinero público para garantizar el bienestar de la población. Hecho que consideramos más propio de un modelo sanitario Beveridge, pero necesario en la nación, dado que la sociedad y la economía no se desarrollaron tal y como el Gobierno había vaticinado en sus previsiones de crecimiento.

En el caso de los países bálticos y del Reino Unido, encontramos una evolución superior a la esperada, tanto de la sociedad como de la economía del país, por ello se obtienen sistemas sanitarios más avanzados y que dotan a la población de mayores garantías. El Estado, centra más sus presupuestos en el desarrollo de la Atención Especializada, en una sanidad más desarrollada y sobre todo más cercana al paciente. Los estándares de calidad son mucho más elevados y el bienestar poblacional aumenta, dado que la accesibilidad a los servicios sanitarios complejos es más cercana. Esto provoca un claro decrecimiento de la importancia de la Atención Primaria, ya que podemos decir, que “los especialistas engullen a los médicos de familia”, algo que compensa las partidas presupuestarias estatales, dado que se produce un transvase de competencias, con ello de costes, entre las dos ramas asistenciales.

Figura 1.4: Comparación entre los modelos sanitarios de la UE

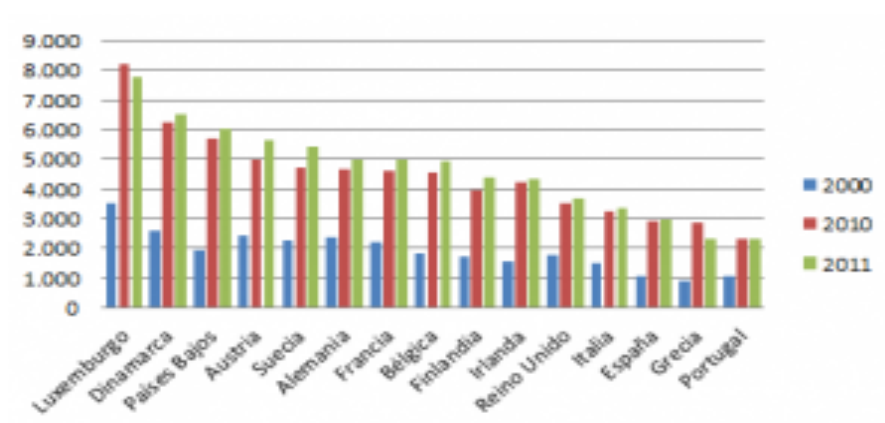
	Sistemas de Seguridad Social 	Sistemas de impuestos 
Contratos	Sistema-proveedor público y privado	Sistemas integrados
Organización	No planificación ni coordinación asistencial	Planificación territorial Continuidad asistencial
Atención Primaria	No puerta de entrada	Gatekeeping
Pago a Profesionales	Por Acto Médico	Empleados públicos o Profesionales autónomos
Elección de médico	Libertad de elección	Cupos médicos
Listas de espera	Prácticamente inexistentes	Habituales (varía mucho)
Satisfacción usuarios	Alto nivel	Grandes variaciones
Gasto sanitario	Más alto	Menor

Fuente: “El SNS español en perspectiva comparada europea”. JM Freire.

Observamos que las diferencias entre modelos son sustanciales en diferentes variables a tener en cuenta:

- Desde el punto de vista de la organización asistencial, vemos que la Atención Primaria es la determinante desde el primer momento, dado que en el Sistema de Impuestos, dicha rama asistencial funciona como “Gatekeeping”, es decir, como puerta de entrada del paciente al sistema sanitario. En el sistema de Seguridad Social, no realiza esa función de filtro de entrada al sistema. Por tanto los caminos del paciente por el sistema son dispares desde el primer momento. En los países con un modelo Beveridge, la organización territorial y la continuidad asistencial son posibles, dado que la Atención Primaria está presente en los lugares necesarios para la población, pudiendo asignar a los médicos cupos de tarjetas sanitarias (cupos médicos), para la correcta distribución de la población y del trabajo de los profesionales sanitarios. Por el contrario, los países con un modelo Bismarck, tienen una menor presencia de Atención Primaria, así como libertad en la elección del médico, algo que genera un mayor coste para el sistema y una peor distribución de los recursos. Dota a los profesionales, principalmente a los médicos de un mayor poder, algo que favorece mucho a los servicios sanitarios prestados, mayor calidad, rapidez... pero eleva el coste.
- Desde el punto de vista económico, queda claro que los países con un Sistema de Seguridad Social poseen un mayor gasto que los Sistemas de Impuestos, dado que no poseen una estructura jerarquizada que organice a los pacientes dentro del sistema, por tanto, se centran más en la salud que en el aspecto económico, algo que les reporta grandes beneficios en salud, pero no poseen un sistema eficiente.

Figura 1.5: Evolución del Gasto Sanitario en países Europeos. (US \$ per cápita)



Fuente: E. Ripoll Ros (2014). “Datos sobre la evolución del gasto sanitario en la UE”

Desde el punto de vista sanitario, el Sistema de Seguridad Social crea una gran competitividad entre profesionales, dado que la retribución del personal tiene lugar por servicio prestado, mientras que en el Sistema de Impuestos, son

empleados públicos. Por tanto, la organización del sistema regula el trabajo de los profesionales mediante los cupos médicos, algo que asegura la productividad de los servicios. Mientras que el modelo Bismark, puede derivar en una concentración masiva de profesionales en los grandes núcleos de población, olvidando a la población repartida geográficamente en medios rurales, lugares con una menor población y menor actividad asistencial.

1.3.-EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

1.3.1.-HISTORIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El sistema sanitario español, al igual que la mayoría de los existentes en cualquier país europeo, es la consecuencia de una evolución paulatina a lo largo del tiempo, con diferentes reformas, cambios organizativos y jerárquicos, propios de la casuística económica y social del país, así como de necesidades sanitarias poblacionales de cada momento del tiempo, como epidemias, gripes o cambio en los hábitos de vida.

Veámos en el apartado anterior, que el sistema sanitario español se ubicaba dentro de un modelo Beveridge, con las características intrínsecas de éste. Pero no ubicamos a España en este modelo hasta finales del siglo XX, ya que anteriormente a la promulgación de la Carta Magna, podíamos incluir el sistema sanitario en un modelo Bismark, ya que en los años de la II Guerra Mundial y posteriores, era la tónica dominante en Europa.

“La Seguridad Social española tiene como característica formativa y evolutiva la realización, a lo largo de distintas etapas, de diversas medidas políticas, jurídicas y organizativas, pudiendo distinguirse tres etapas evolutivas” [Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada, 2010;43]:

- 1.La etapa precursora del sistema actual, que abarca desde el 1900 hasta el año 1962.
- 2.La etapa de cristalización: que comprende los años desde 1963 a 1972.
- 3.La etapa de reordenación y racionalización, que se encuadra desde 1972 hasta el día de hoy.

Figura 1.6: Cronograma de la evolución del Sistema Sanitario Español.



Fuente: Elaboración propia.

En esta **etapa Precursora** se establecieron diferentes mecanismos de cobertura de riesgos laborales y situaciones de necesidad. Se constituyeron los primeros seguros sociales laborales, creándose la primera “Ley de Accidentes de Trabajo”, aprobada el 30 de enero de 1900, que configura: “como social el accidente de trabajo y posibilita al empresario la opción de asegurar su responsabilidad”[BOE del Lunes 30 de Julio de 1900, Tomo III, Pág. 411]. También en esta etapa se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP) (1908), dando inicio a las medidas reales de protección social, que habrían de ser precursoras de la actual Seguridad Social. “En 1919 se crea el Retiro Obrero Obligatorio, gestionado por el INP y destinado a asalariados entre 16 y 65 años cuya retribución no superara un cierto límite. Este seguro protegía la vejez por considerarla una invalidez por razones de edad” (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2009: 14), lo que se considera como la “semilla” de la jubilación actual. La financiación del Seguro era bipartita: participaban tanto las empresas como el Estado. En 1931 fue creada, “a fin de administrar los fondos estatales, la Caja Nacional contra el Paro Forzoso” (BOE del 8 de enero de 1932, núm. 8, pág. 210), mediante la concesión de abonos a las entidades aseguradoras por el importe de los subsidios a los desempleados. En 1938 se creó el Fuero del Trabajo (BOE de 10 de marzo de 1938, núm. 505, págs. 6178-6181), y con esta medida se propició la implantación de un seguro que terminara con la dispersión existente, que hasta 1938 con la Ley de Bases: “En el período de 1932 a 1935 el gobierno de la II República encargó al INP la elaboración de un proyecto de unificación y coordinación de los seguros sociales preexistentes, que no llegó a cristalizar ni pudo aplicarse como consecuencia de la Guerra Civil. Dicho proyecto contemplaba un sistema de Seguridad Social laboral de carácter integrador y gestión participada” (Secretaría de Estado de la Seguridad Social 2009: 14), no terminó de ser ejecutada. La gestión de estos seguros y subsidios, fue asumida por el INP a través de la Caja Nacional de Subsidios Familiares. En 1947, el subsidio se transformó en Seguro de Vejez e Invalidez y solamente podría ser gestionado por el Instituto de Reformas Sociales. De 1953 a 1962 fueron creados también diversos regímenes especiales ó seguros sociales de base profesional, como los del sector agrario y del mar, el de los estudiantes y del servicio doméstico, que tuvieron su cobertura reglamentada por Leyes en el sector agrario y marítimo, Mutualidades de los trabajadores y Montepío en el caso de los servicios domésticos. Todos ellos, fueron contemplados como especiales en la citada Ley de Bases. Por último, de esta etapa precursora merecen destacarse, además, “la Protección de la Viudedad” en el año 1955 (BOE de 23 de Octubre de 1955, núm. 296, pág. 6390); “la incorporación de los trabajadores autónomos al Mutualismo Laboral” en 1960 (BOE de 27 de junio de 1960, núm.53, pág. 8815); la generalización, en el año 1961, del “Seguro de Enfermedades Profesionales” (BOE de 24 de abril de 1961, núm. 97, pág. 6167) a la totalidad de las enfermedades profesionales conocidas; y la creación en el año 1961 del “Seguro Nacional de Desempleo”(BOE de 24 de Julio de 1961, núm. 175, pág. 11006 a 11009).

En España, por tanto, a mediados de siglo, encontrábamos un sistema sanitario regulado por los Seguros Obligatorios de Enfermedad, los cuales surgieron en 1919, como aportaciones de los trabajadores y las empresas a un ente público gestor, pero no fueron regulados por Ley hasta 1942, Ley de 14 de

diciembre. El Instituto Nacional de Previsión, el cuál se fundó en 1908, era un ente gestor de dichas aportaciones. El sistema sanitario español mantuvo durante estos años una estructura fragmentada y basada en la Leyes de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. Las administraciones públicas estatales tenían como objetivo la salud física y mental de los pacientes, siendo competencia de éstos la atención a la enfermedad. La beneficencia, se encargaba de los sectores de población sin recursos.

La segunda etapa, comprendida entre 1963 y 1972 se suele llamar de «cristalización». En estos años se articuló jurídicamente la Seguridad Social como protección conjunta de situaciones de necesidad y fueron sentados determinados principios que hoy perduran. En esta etapa se aprueban las bases de un sistema cada vez más integrado, de mayor alcance profesional. “La Ley de Bases de la Seguridad Social y sus textos articulados I y II (1966 y 1974), unifican e integran los distintos seguros sociales y emerge un nuevo sistema de Seguridad Social que reordena la acción protectora desde parámetros eminentemente contributivos hacia el colectivo de los trabajadores por cuenta ajena y sus familias, y sólo parcialmente compartida por otros sectores profesionales de menor capacidad contributiva” (Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2009: 15).

Asimismo, tuvo lugar un proceso de ampliación a lo largo del cual se instauró una Seguridad Social de índole corporativa, sindical, con tendencia a la universalización bajo la responsabilidad del Estado español, siendo entonces cuando se desarrolló la actual estructura legislativa y jerárquica de la Seguridad Social.

“La **tercera etapa** comprende desde el año 1972 hasta la actualidad. En esta etapa se tomaron importantes medidas de reordenación y racionalización de la acción protectora; por la reforma de la estructura organizativa y, sobre todo, por la consagración constitucional de la Seguridad Social y la extensión de su ámbito subjetivo a todos los ciudadanos” [Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada, 2010 ; 45].

En 1977, con el primer gobierno democrático de la UCD de Adolfo Suárez, se creó el primer “Ministerio de Sanidad” (BOE de 5 de Julio de 1977, núm. 159, pág. 15035 a 15037), desdoblando la prestación de servicios sanitarios para la población en un ente único. Fue éste el germen de un sistema sanitario y de una organización que cubría gran parte de la población trabajadora, y que se transformó en 1978 en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSALUD), entidad gestora de la provisión de servicios sanitarios al conjunto de la población, independientemente de su situación económica o legal, como un Sistema Nacional de Salud.

Antes de promulgarse la vigente Constitución Española de 1978, se aprueba el “Real Decreto Ley sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, poniendo fin al Instituto Nacional de Prevención, sobre el que se levanta el nuevo sistema, y al Mutualismo Laboral.” (BOE de 18 de Noviembre de 1978, núm. 276, pág. 26246 a 26249). Surgieron en este momento los diferentes entes públicos gestores del sistema, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de Empleo y como ente gestor común, la

Tesorería General de la Seguridad Social, encargada de mantener estrecha colaboración con la aseguradoras, Mutuas Patronales de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, hasta el momento actual.

Por lo tanto, tenemos una etapa temporal que asienta las bases de la estructura de la Seguridad Social, que hoy en día todavía persiste, quedando articulada en las siguientes entidades:

1. Secretaría de Estado de la Seguridad Social: a la cabeza de la cual encontramos al Ministro, que desempeña las siguientes funciones:
 - a. Las funciones de dirección y tutela de las Entidades Gestoras y de los Servicios Comunes de la Seguridad Social.
 - b. La dirección de ordenación jurídica de dicho sistema de Seguridad Social.
 - c. La coordinación y gestión de sus recursos financieros y gastos.
 - d. La planificación y tutela de la gestión ejercida por las Entidades colaboradoras
2. Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS): es una Entidad Gestora que goza de personalidad jurídica propia, adscrita al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Su competencia genérica se limita a la gestión y administración de las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social, excepto aquellas prestaciones cuya gestión está atribuida al Instituto de Mayores y Servicios Sociales, como las pensiones, o a los servicios competentes de las comunidades autónomas.
3. Tesorería General de la Seguridad Social: que constituye un servicio común del sistema de Seguridad Social, con personalidad jurídica propia, al que se le atribuyen las funciones de gestión de los recursos económicos y la administración financiera del sistema, basado en los principios de solidaridad financiera y caja única.
4. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad: de la que destacamos, dentro de ella, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Entidad Gestora de la Seguridad Social, incorporada en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, dotada de personalidad jurídica propia, a la que se encomienda la función de gestionar las pensiones no contributivas y las de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social, orientadas principalmente a los colectivos de la tercera edad, minusválidos, discapacitados y otros sectores poblacionales antiguamente amparados por la beneficencia del sistema.

Figura 1.5: Estructura organizativa de la Seguridad Social en España



Fuente: juntadeandalucia.es

Con la aprobación de la Constitución Española en 1978 (BOE de 29 de Diciembre de 1978, núm. 311, págs. 29313 a 29424), desarrolló una profunda transformación del Estado y de su estructura política. Territorialmente, la organización política del Estado Español es a través de un gobierno central parlamentario y 17 comunidades autónomas descentralizadas, con sus respectivos gobiernos y parlamentos. Dicha reforma, sustentada principalmente en la transferencia de competencias sanitarias a los gobiernos de las Comunidades Autónomas, siendo el INSALUD el ente gestor de los servicios sanitarios en un total de diez comunidades autónomas, quedando las otras siete restantes bajo la autonomía de gestión de sus Organismos Autónomos de carácter Administrativo, con independencia en materia económica y presupuestaria, como por ejemplo, el Instituto Catalán de Salud en Cataluña.

Con la promulgación de la Constitución Española en 1978, comenzaron a producirse cambios, principalmente el de la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas. La normativa que regula el sistema sanitario español se basa en tres leyes fundamentales:

- La Constitución Española:
 - En el Título I, artículo 43, recoge "el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos a organizar la salud pública a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios" (BOE, núm. 128, de 29/05/2013).
 - El artículo 41, "los poderes públicos deben mantener un régimen público de seguridad social que garantice la asistencia y las prestaciones sociales a todos los ciudadanos, especialmente en caso de desempleo" (BOE, núm. 128, de 29/05/2013).
- La Ley General de Sanidad: la cual crea el Sistema Nacional de Salud, el cual deriva de pensar que la sanidades un elemento básico

para todos, funciona como una forma de redistribuir la riqueza, con las siguientes características:

- Carácter público, universal y gratuito.
- Define los derechos y deberes de los ciudadanos y de los poderes públicos.
- Descentralización de los servicios sanitarios.
- Integración de todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud.
- Se produce la organización mediante áreas de salud.
- Se desarrolla un sistema de atención primaria que integre las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

Las administraciones públicas pueden establecer acuerdos de colaboración con instituciones de titularidad privada para la prestación de determinados servicios.

- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003): “esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”.(BOE, núm. 128, de 29/05/2013).

Por esta normativa, el sistema sanitario español queda organizado de la siguiente forma:

- En el nivel superior encontramos la Administración del Estado, a cargo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con las siguientes competencias:
 - Bases y coordinación de la Sanidad
 - Sanidad exterior
 - Política del medicamento
 - Gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), entidad que gestiona la prestación sanitaria pública en Ceuta y Melilla.
- En el nivel intermedio, encontramos a las comunidades autónomas, a cargo del Servicio Regional de Salud (por ejemplo, SERMAS en Madrid), con las siguientes competencias:

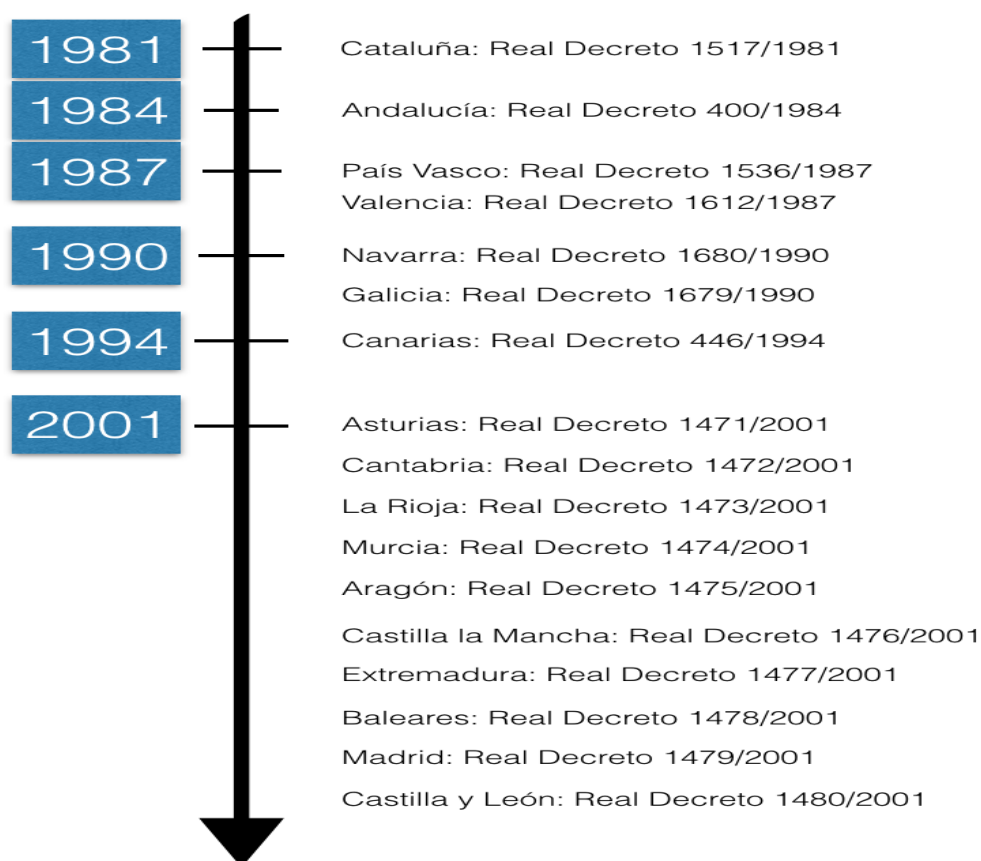
Capítulo 1

- Planificación Sanitaria
 - Salud pública
 - Gestión de servicios de salud
- En el nivel inferior, encontramos a las corporaciones locales, los ayuntamientos, con las siguientes competencias:
 - Salubridad
 - Colaboración en la gestión de los servicios públicos

1.3.2: El traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas.

El traspaso de funciones y servicios a las comunidades autónomas comenzó en el año 1981 con Cataluña y concluyó en el año 2001, según los Reales Decretos siguientes, por los que se establecieron las competencias sanitarias en los Gobiernos Autonómicos:

Figura 1.6: Cronología del traspaso de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas en España



Fuente: Elaboración Propia

Observamos que la transferencia de competencias no se realizó en toda las Comunidades Autónomas simultáneamente, sino que hay una diferencia de 20 años desde que el Estado Español aprobó el traspaso de competencias a la Generalitat de Cataluña en 1981, hasta que finalizó el proceso con la transferencia de competencias a las Islas Baleares, entre otras, en el año 2001. Un largo proceso producido por las diferencias económicas, sociales ó geográficas, de cada una de las Comunidades, en los que la Administración Central del Estado tuvo que coordinarse muy bien con los Gobiernos Autonómicos para mantener la equidad y calidad de los servicios en cada uno de los territorios, durante el proceso de cesión de competencias.

En 2013 Asturias, la líder, gastó 1.714 euros per cápita, 532 más que Andalucía (un 45% más) que fue la colista. También es un 34% mas que Baleares o un 29% más que Cataluña. Incluso Madrid está un 24% por debajo (contando con que la aportación del Gobierno central a Madrid en esta partida casi triplica la media nacional per cápita). No es que Asturias tenga un presupuesto alocado. El País Vasco sólo está un 5,8% por debajo. De hecho, la media de todas las comunidades juntas es de 1.356 euros. Por encima de ese gasto también están Aragón, Cantabria, Castilla y León, Galicia, Extremadura, Murcia, Navarra, La Rioja e incluso Ceuta y Melilla. (Fundación BBVA (2015): “Distribución territorial del gasto”)

El Gobierno Central del Estado, mediante el Ministerio de Sanidad, tiene la responsabilidad de fomentar la coordinación y cooperación de todos los componentes del sector sanitario. A partir del año 1986 se realiza la transformación paulatina de un Sistema de Seguridad Social (modelo Bismarck), el imperante en Europa hasta el momento, de financiación de los servicios sanitarios por medio de cuotas de las empresas y trabajadores, a un modelo Beveridge con financiación y responsabilidad estatal, a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado, siguiendo a potencias como la vecina Francia.

Figura 1.7: Reparto de competencias entre Estado y CC. AA.



Fuente: Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

Capítulo 1

Con el desarrollo de la “Ley General de Sanidad” en el año 1986, se busca “combatir contra la diversidad surgida tras la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas, y se busca dar universalidad a la asistencia sanitaria y se transforma el Sistema de Seguridad Social en el Sistema Nacional de Salud” (BOE de 29 de abril de 1986, núm. 102). Esta reforma provocó un cambio radical de la estructura del sistema sanitario, reorganizando el sistema sanitario en dos ramas asistenciales bien diferenciadas para la prestación de servicios sanitarios a la población.

Por tanto, en cada Comunidad Autónoma se constituye un Servicio de Salud, que dirige todas las instituciones de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos... Cada servicio de salud comunitario se divide en diferentes áreas geográficas, las áreas de salud, en la que cada área se responsabiliza de las instituciones sanitarias en su zona geográfica, de la atención sanitaria y de los programas de salud que en ella se puedan desarrollar. Los individuos han de ser atendidos en su área de salud, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada (como mínimo un hospital por área). A su vez las áreas de salud se dividen en zonas básicas de salud, donde se presta la atención primaria, llevada a cabo en los centros de salud, por colectivos de profesionales, denominados equipos de atención primaria.

Las dos ramas asistenciales quedan definidas como Atención Primaria y Atención Especializada, distinguiéndose entre ellas:

Tabla 1.3: Ramas asistenciales del Sistema Nacional de Salud

	Atención Primaria	Atención Especializada
Funciones	<ul style="list-style-type: none">-Resolución técnica de los problemas de salud más frecuentes.-Promoción de la salud-Prevención de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none">-Diagnóstico de mayor complejidad (coste y técnica)-Tratamientos de mayor complejidad (coste y técnica)
Acceso	<ul style="list-style-type: none">-Más libre y espontáneo	<ul style="list-style-type: none">-Restringido-Por indicación de los facultativos de A.P.
Dispositivo Asistencial	<ul style="list-style-type: none">-Centros de Salud	<ul style="list-style-type: none">-Centros de especialidades-Hospitales

Régimen de Atención	-En el centro	-Ambulatoria
	-En el domicilio	-Hospitalización

Fuente: Elaboración Propia

- Atención Primaria: una rama asistencial “abierta” a toda la población, encuadrada en los consultorios locales y centros de salud, teniendo como figura principal el Médico de Familia, un personal profesional formado científicamente en todos los campos sanitarios en su carrera profesional, funcionando como un “filtro” para el sistema sanitario, clasificando la necesidad de un especialista e indicando el campo médico de ésta.
- Atención especializada: una rama asistencial cerrada y acotada por su rama asistencial paralela, encuadrada en los Hospitales, donde encontramos al personal sanitario especializado en campos sanitarios concretos, Cardiología para patologías de corazón, Oftalmólogo para patologías de visión...

1.3.3.-Estructura operativa del Sistema Nacional de Salud

La estructura organizativa es, desde la Ley General de Sanidad, un Gobierno Central a través del Ministerio de Sanidad, que asume la responsabilidad de áreas estratégicas como:

- La coordinación general y la legislación sanitaria básica.
- La definición de la cartera de servicios básica del Sistema Nacional de Salud.
- La política farmacéutica.
- La educación sanitaria de pre y posgrado de los profesionales de la salud.

El Ministerio de Sanidad ostenta el poder legislativo, establece los sistemas de información y asegura la cooperación entre las diferentes Comunidades. Las Comunidades Autónomas tienen, a su vez, poderes de planificación y capacidad para organizar sus servicios de salud, respetando la cartera de servicios básica fijada por el Gobierno Central. Dentro del Ministerio, con participación de todas las Autonomías, se crea el Consejo Interterritorial de Sanidad, con la finalidad de promover la cohesión y la calidad del sistema, principios básicos de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud del año 2003. El Ministerio es responsable directamente de la planificación, gestión y administración de la comunidades autónomas de Ceuta y Melilla, en materia sanitaria por medio del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que surge a raíz del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, y considera imprescindible la adaptación del INSALUD en una

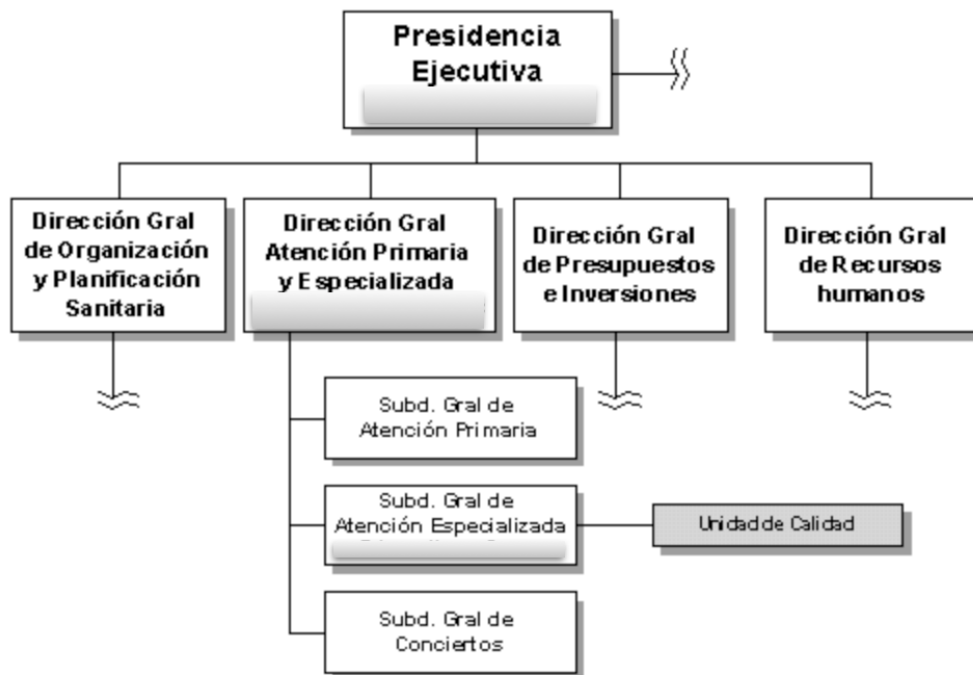
entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

Figura 1.7: Estructura del sistema sanitario español en niveles asistenciales



Fuente: Universidad Nacional de Cuyo

Figura 1.8: Organigrama Instituto Nacional de Gestión Sanitaria



Fuente: <http://www.ingesa.msssi.gob.es>.

Las comunidades autónomas deciden cómo organizar y proporcionar los servicios sanitarios, así como configuran su mapa sanitario con divisiones territoriales en las mencionadas Áreas Sanitarias, que tienen la responsabilidad de dar cobertura sanitaria a la población adscrita a su Área. Esta distribución recientemente está siendo cambiada en alguna de las comunidades autónomas, como la de Madrid, a favor de la creación de un Área Única Sanitaria de gestión y planificación.

En cuanto a la financiación, todos los gastos sanitarios públicos, a excepción de los fondos mutuales de los funcionarios, como MUFACE, se cubren con los Impuestos Generales del Estado. Existe copago farmacéutico, a excepción de los jubilados. La cobertura es universal, con cobertura al 99,8% de la población (INE 2015), incluyendo indigentes y población inmigrante. Los funcionarios pueden optar libremente a la asistencia, dentro de la asistencia pública del Sistema Nacional de Salud ó por la asistencia sanitaria privada, a través de alguna de las aseguradoras concertadas. Existen aseguradoras privadas que ofrecen cobertura adicional complementaria, que a menudo, se utiliza para paliar las largas listas de espera diagnóstica y quirúrgica del sistema público. En algunos casos concretos, también para sufragar la falta de aparatos diagnósticos o tecnologías sanitarias más avanzadas. “En el 2014 el 25,0% de la población tenía contratado algún tipo de seguro sanitario privado” (Centro de Investigaciones Sociológicas 2017 : 7).

En las Comunidades Autónomas, las dos principales fuentes de financiación son los impuestos y las asignaciones del Gobierno Central. Los fondos mutuales de los funcionarios, se financian con un 70% a cargo del Estado y un 30% con contribuciones de los propios funcionarios. Otra fuente

complementaria de financiación y totalmente vital para el sostenimiento del sistema, son los ingresos privados, bien directos o a través de los seguros privados. Esto supone en 2015, el 14,70% del gasto público total, que fue del 6,29% del PIB, con un gasto per cápita de 1.1464 € por habitante. En el sector público en España no hay oficialmente copago, por el momento, a excepción del copago por medicamentos y en las prótesis cubiertas en medida por las arcas públicas, como las prótesis de rodilla o cadera.

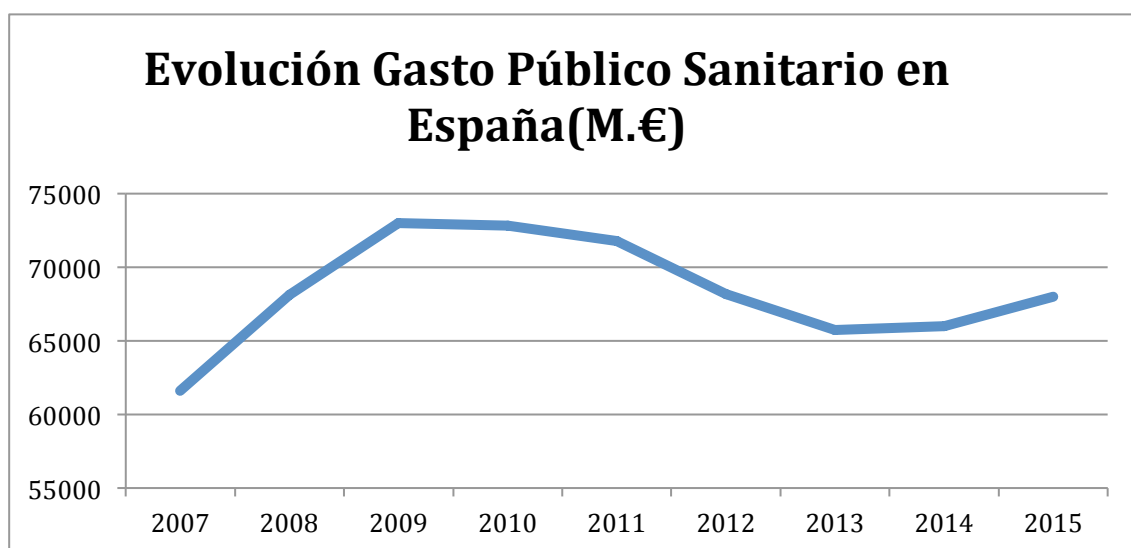
Tabla 1.4: Gasto Público en Salud en España 2007-2015.

España - Gasto Público Salud					
Fecha	G. Público Salud %G.Salud Total	Gasto Salud (M.€)	G. Salud (%G. Público Total)	G. Salud %PIB	G. Público Salud Per Capita
2015	69,90%	68.007,1		6,29%	1.464€
2014	69,79%	65.975,7	14,50%	6,34%	1.419€
2013	70,89%	65.718,7	14,50%	6,37%	1.410€
2012	71,94%	68.174,9	14,09%	6,54%	1.458€
2011	73,78%	71.783,7	15,31%	6,71%	1.536€
2010	74,76%	72.835,1	15,49%	6,74%	1.564€
2009	75,37%	73.017,1	15,61%	6,77%	1.575€
2008	73,64%	68.130,4	15,73%	6,10%	1.483€
2007	72,73%	61.597,8	15,58%	5,70%	1.362€

Fuente: *datosmacro.com*

Vemos a la vista de los datos, que no podemos afirmar que la crisis económica que comenzó en el 2007 afectara en la sanidad, dado que el gasto sanitario no se redujo, sino que aumentó durante estos años. Pero es a partir de 2010 cuando las entidades gestoras reaccionan, y se registran los mayores recortes en sanidad producidos en toda la historia del sistema sanitario español.

Figura 1.9: Evolución del Gasto Público Sanitario en España (Millones de €)



Fuente: Elaboración Propia

Como hemos visto en la organización jerárquica del sistema, los fondos son gestionados directamente por el Estado a través de los Presupuestos Generales, dotando a cada comunidad autónoma a una partida presupuestaria para la gestión financiera de éstas en materia de sanidad. El hecho de dotar con una partida presupuestaria menor, puso a prueba a la gestión autonómica, dado que las entidades gestoras autonómicas se vieron obligadas a mejorar la eficiencia y eficacia de sus recursos. Este hecho tuvo graves problemas en comunidades como Madrid, dado que derivó en un empeoramiento de la sanidad pública y una transferencia de pacientes hacia la sanidad privada. Este hecho se denomina como “privatización de la sanidad” por parte de las asociaciones de enfermos y sindicatos de trabajadores.

“El principal problema del SNS es la falta de coordinación entre Asistencia Primaria y especializada, con duplicidad de historias clínicas y archivos, retrasos y duplicidad de pruebas diagnósticas y tiempos largos de espera en diagnósticos y tratamientos especializados hospitalarios”. [Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada, 2010 ; 27].

CAPÍTULO 2

LA GERENCIA INTEGRADA DE ASISTENCIA

SANITARIA DE SORIA

2.1. Historia y nacimiento de la Gerencia Integrada de Soria.

2.1.1. La sanidad en Soria desde la Constitución Española

La Gerencia Integrada de Soria es una organización de reciente creación, dado que se constituye en Noviembre del año 2011, desde la fecha en la que empieza a funcionar como tal. Pero la sanidad en Soria, al igual que en España, es a día de hoy fruto de una evolución, de un esfuerzo pasado, que se mantiene a día de hoy con la esperanza de mejorar la calidad de los servicios y sobre todo, la salud de la población.

En 1978 como consecuencia de la aprobación de la Constitución Española se crea el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), una entidad responsable de la gestión y administración de los servicios sanitarios del sistema de Seguridad Social. En Soria, ya contaban con un hospital, el Hospital Virgen del Mirón, en funcionamiento desde el año 1970 y continúa prestando servicios sanitarios a la población. Pero la creación del INSALUD trajo consigo la construcción del Hospital General del INSALUD de Soria, el cuál se inauguró en 1980, siendo en este momento el referente de la población de la provincia en el ámbito hospitalario, lo que provocó el declive del Hospital Virgen del Mirón.

En 1984 se publica el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, (BOE de 1 de Febrero de 1984 núm. 27, págs.. 2627 a 2629) en el que se establece “la normativa mediante la cual se proceda a la creación de la Zonas de Salud en Atención Primaria”. Seguido, al año siguiente, de la publicación del Decreto 60/1985, (B.O.CYL de 20 de julio, núm. 51/1985), en el que “se establece la organización funcional de las zonas de salud de Castilla y León y la normativa para la puesta en marcha de los equipos de Atención Primaria. El inicio de la actividad asistencial en las zonas básicas de salud que quedaron definidas por la normativa expuesta”. Siendo éstas:

Figura 1.2: Distribución zonas básicas de salud en Soria.



Fuente: Memoria EFQM 500+, GIS

- Centros de salud de la provincia, ubicados en Ágreda, Almazán, Arcos de Jalón, Berlanga de Duero, el Burgo de Osma, Gómara, Covalada, Ólvega, San Esteban de Gormaz, San Leonardo de Yagüe y San Pedro Manrique.
- Centros de salud de la capital, Soria Sur, Soria Norte y Soria Rural, en el cual recibirán asistencia médica los pacientes residentes en la capital pero con centro de salud en la provincia, dependiendo de su procedencia.

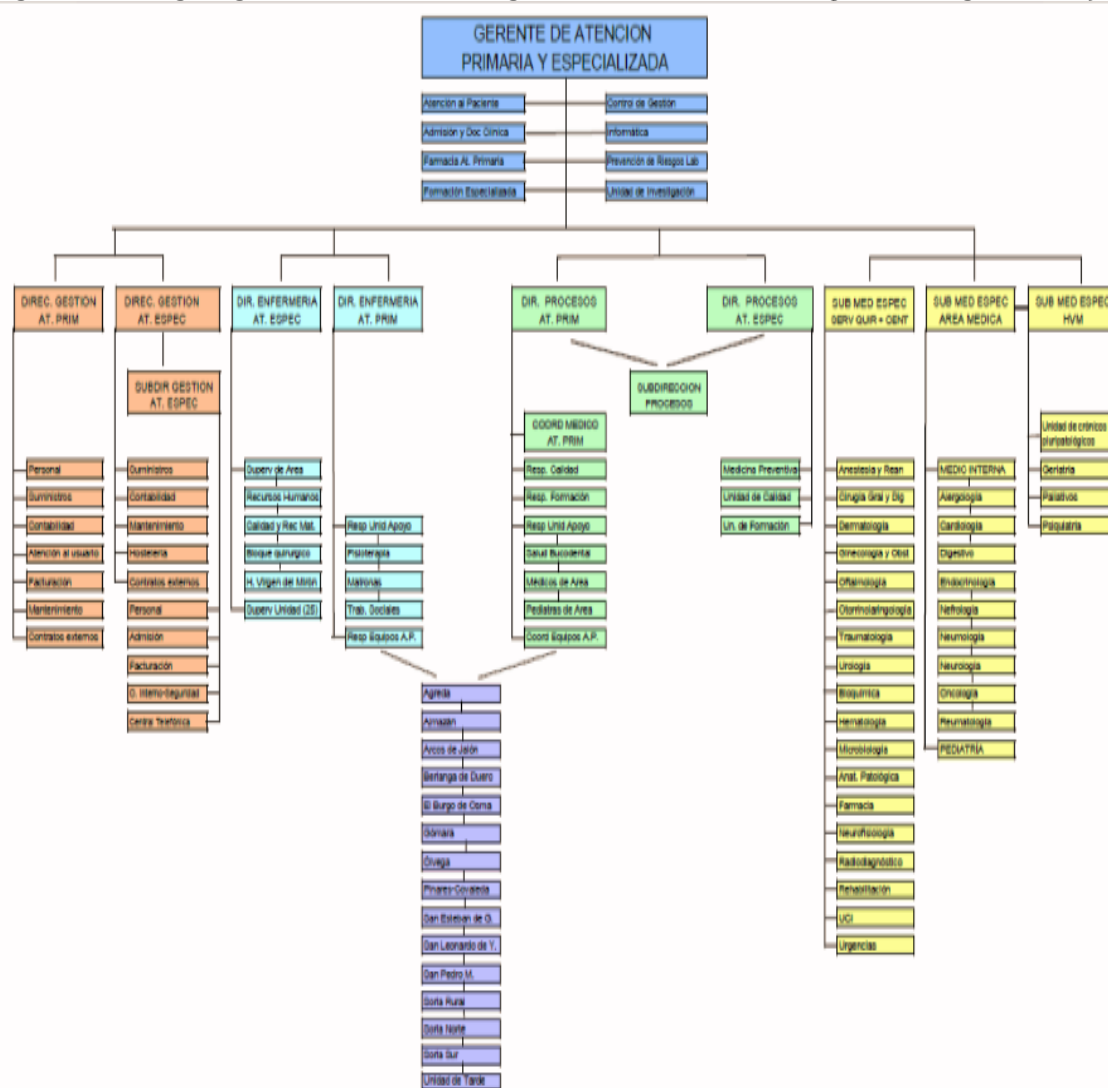
Posteriormente, ya en 1993, se publica la Ley 1/1993, de 6 de abril, (B.O.CYL, núm. 77/1993) de Ordenación del Sistema Sanitario, con objeto de regular las actividades sanitarias en Castilla y León. Se instaura el Sistema de Salud de Castilla y León, teniendo como consecuencia la creación de la Gerencia Regional de Salud, institución de gestión y administración de recursos sanitarios. Años después, en 1996, la Diputación Provincial de Soria cede el Hospital Virgen del Mirón, el cual estaba en declive, a la Gerencia Regional de Salud para su integración en la estructura. No sería hasta 2003 cuando las gerencias de ambos hospitales se integrasen en un ente común, dado que hasta 2001 no se aprobó el funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, con la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas por parte del Estado Español.

2.1.2. Formación de la Gerencia Integrada de Soria

En 2005 se firma el primer Plan Anual de Gestión conjunto entre la Gerencia de Atención Primaria y Atención Especializada, quedando destacado este momento por ser el primer contacto entre las dos ramas asistenciales. Puede destacarse como el punto de partida de un proceso de integración, que acabaría en 2011 por concluir, surgiendo la Gerencia Integrada de Soria (G.I.S.), la cual fusiona ambas gerencias en una misma, para afianzar la integración total de ambas ramas asistenciales. Este proceso es producido por una jubilación, la del Gerente de Atención Especializada, José Antonio Martínez Peña, momento aprovechado por el Gerente de Atención Primaria, Enrique Delgado, que contaba con el apoyo pertinente por parte de la Gerencia Regional de Salud, para presentar su candidatura al puesto, y poder formalizar, en el más alto nivel del organigrama, la integración de ambas ramas.

Este proceso deja a Soria en un momento ideal para afrontar dicho proyecto, una iniciativa pionera en la sanidad pública y en nuestro país, que viene producida por hechos puntuales en el tiempo, espontáneos, pero que principalmente surge por un esfuerzo continuado de un gran grupo de personas, una iniciativa y una motivación general para conseguir un nuevo modelo de gestión. A partir de este momento, se constituye la Gerencia Integrada de Soria, y comienza el proceso de integración administrativa y de gestión del sistema sanitario, así como de una integración asistencial posterior. Un proceso en cascada, ya que se producirá la integración a partir de la fusión del nivel más alto de la jerarquía, la Gerencia, el punto de partida.

Figura 2.2: Organigrama Gerencia Integrada de Soria en 2012 (fusión de gerencias)



Fuente: Plan Estratégico GIS

El año 2012 no supuso grandes cambios en la estructura organizativa de la Gerencia, dado que la fusión de las gerencias no supuso cambios inmediatos, ya que la ley que rige el sistema sanitario no está preparada para ello, ya que trata ambas ramas asistenciales de forma separada, estableciendo jerarquías y formas organizativas distintas, dado que el servicio sanitario es diferente. Por lo tanto, ambas ramas asistenciales completaron los objetivos que se había impuesto en sus diferentes planes estratégicos. En el caso de Atención Especializada, el Plan Estratégico del Complejo Asistencial de Soria 2010-2013, y en el caso de Atención Primaria, el 2º Plan Estratégico Atención Primaria de Soria 2008-2013. Por ello, el año 2013 fue encaminado a conseguir la acreditación EFQM, siglas en inglés del Modelo Europeo de Excelencia Empresarial. Un modelo no normativo, cuya pieza fundamental es la autoevaluación por parte de la dirección para la consecución conjunta de metas y objetivos por parte de cualquier empresa, ya sea pública o privada. No es un modelo destinado a las organizaciones públicas, pero el buen hacer del equipo directivo de la Gerencia, y por supuesto, el gran trabajo de planificación estratégica que venían desarrollando, les impulsó a perseguir la consecución de este reconocimiento. Por tanto, elaboraron una Memoria EFQM, siguiendo

los controles que establece el modelo y posteriormente la presentaron ante el tribunal auditor. Tras la formación de una comisión de evaluación, la cual evaluaría la veracidad de los objetivos conseguidos, finalmente obtuvieron dicha acreditación, la más alta posible, el sello de calidad EFQM 500+.

El trabajo de evaluación y preparación de la memoria, sirvió para recabar muchos indicadores tanto sanitarios como económicos, podemos decir que hicieron una revisión y tratamiento de toda la información que habían recabado a lo largo de los planes estratégicos. Esta información fue utilizada, en 2014, para la elaboración de un nuevo plan estratégico, el Plan Estratégico 2015-2020 de la Gerencia Integrada de Soria, en el cual se establecen los procedimientos y objetivos a conseguir durante los sucesivos años, por parte de todos y cada uno de los departamentos. Al finalizar este periodo, se fija obtener una Gerencia totalmente integrada, es decir, una integración horizontal entre dichas ramas asistenciales, mayoritariamente, y vertical, en algunos casos, de los correspondientes departamentos. La nueva orientación estratégica introduce las siguientes estrategias transversales:

- **Integración asistencial:** Modelo asistencial orientado a la persona y la atención de sus necesidades asistenciales con eficiencia, eficacia, rapidez y calidad.
- **Gestión por procesos:** Modelo asistencial ágil, basado en la evidencia científica, seguro y donde la variabilidad clínica se deba exclusivamente a las diferencias individuales de los pacientes.
- **Descentralización de la Gestión:** Modelo asistencial basado en la Gestión Clínica en el que la toma de decisiones se acerque cada vez más y sea responsabilidad de los profesionales.
- **Mejora continua:** buscando la excelencia en todas las actividades y actuaciones, siguiendo el modelo EFQM o a través de planes de mejora.
- **Mejora del conocimiento:** Donde la docencia, formación continuada, investigación e innovación sean objetivos claves de la organización.
- **Sostenibilidad y solvencia:** Estructura perdurable en el tiempo, financieramente y en la adecuación a las necesidades de los ciudadanos, comprometida con la sociedad y con el medio ambiente.

2.1.3. Valores y objetivos de la Gerencia Integrada.

Por tanto, la Gerencia Integrada de Soria afronta este lustro con objetivos más ambiciosos aún que los anteriores. Para la consecución de éstos, necesitará el apoyo de todos y cada uno de sus departamentos, personal y sobre todo de su población, la cual ha de ser crítica y cooperante para mejorar todos aquellos aspectos que sea posible.

Capítulo 2

La Gerencia Integrada de Soria (GIS) es una institución pública encargada de dotar a la población de sus necesidades sanitarias, detección de patologías, tratamiento y seguimiento de sus pacientes, así como la correcta gestión de los recursos económicos y humanos para el correcto funcionamiento y sostenibilidad del sistema.

La Gerencia Integrada de Atención Sanitaria de Soria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), tiene como misión atender de manera global e integrada las necesidades sanitarias de la población de la provincia de Soria, contribuyendo a promover, cuidar y mejorar su salud con carácter de universalidad, equidad, eficiencia y accesibilidad, así como formar los futuros profesionales del sistema sanitario y generar conocimiento en la sociedad a través de su labor investigadora.

Es una organización que aspira a ser líder por la excelencia de sus profesionales y resultados, orientada a la mejora continua y reconocida por la calidad de la asistencia y su aportación científica y docente. Al mismo tiempo, sostenible y perdurable en el tiempo, siempre teniendo claro los valores que le impulsarán a ello, siendo estos:

- Capital humano emprendedor. Trabajo en equipo y sentido de pertenencia.
- Integración asistencial orientada hacia el paciente y su entorno.
- Gestión clínica basada en la descentralización de la gestión, a través de liderazgos compartidos y motivadores.
- Búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua y la innovación.
- Autosuficiencia
- Implicación en la sociedad y compromiso con el medio ambiente.
- Participación de profesionales y usuarios.
- Planificación con objetivos a medio y largo plazo.
- Sostenibilidad financiera y asistencial.

Los factores claves para el éxito de la organización son los siguientes:

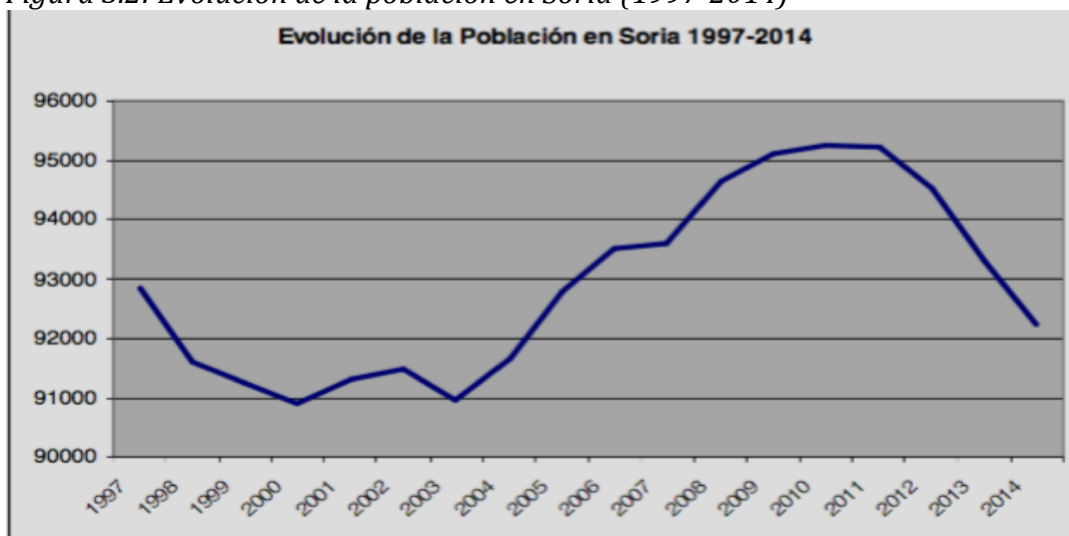
- Adaptación a las condiciones sociodemográficas de la provincia.
- Autosuficiencia asistencial y sostenibilidad financiera.
- Gestión a través de Procesos Asistenciales Integrados.
- Estrategias globales de mejora de calidad y seguridad del paciente.

- Desarrollo tecnológico adaptado a la capacidad resolutive.
- Investigación e innovación.
- El trabajo en equipo y la participación y motivación de los profesionales.
- Implicación bidireccional con la comunidad y el entorno.

2.2. Entorno sociodemográfico

El entorno sociodemográfico que afecta a la Gerencia Integrada de Soria, en el que encontramos a todos los habitantes residentes de forma habitual en cualquiera de las poblaciones de la provincia de Soria. Según el Padrón Municipal, a 1 de Enero de 2016, la población ascendía a 90.040 individuos, con una distribución del 43,50% de población urbana, y un 56,50% de población rural. La densidad de población es de 8,96 hab./km², la más baja de España, y de las menores de Europa.

Figura 3.2: Evolución de la población en Soria (1997-2014)



Fuente: I.N.E. -> Plan Estratégico GIS 2015-2020

Observamos que la población en la provincia tuvo un periodo de crecimiento entre los años 2004 a 2010, en el cual llegó a superar los 95.000 habitantes, pero posteriormente ha vuelto a la tónica dominante, la del decrecimiento poblacional.

Pero no nos hemos de fijar en la cantidad de población como dato fundamental, sino que nos centraremos en la construcción de este número poblacional, es decir, los diferentes rangos de edades en los que se distribuye esta población. Ya que la proporción de mayores de 65 años de la población soriana es del 25,21%, un dato elevado con respecto al 18,2% que es la media regional y el 23,75% que se corresponde con la media nacional. Por lo tanto, la provincia es la quinta española con mayor número de mayores de 65 años, la cuarta si hablamos de mayores de 75 años, la segunda si hablamos de

mayores de 85 años, y la primera provincia con mayor número de personas superior a los 100 años. Por ello, estamos ante una de las provincias con mayor envejecimiento de la población de España. Si acotamos el estudio al ámbito regional, contamos en la provincia con la mayor proporción de mayores de 65, 75, 85 y 100 años en toda Castilla y León.

La Gerencia Integrada de Soria realiza un estudio asistencial de la población, con el fin de conocer el grado de riesgo que encuentra entre sus pacientes, estratificando dicha población en diferentes niveles de riesgo, siendo G0 el de menor riesgo, hasta G3, nivel de más riesgo, y dependencia de servicios sanitarios. Con este método de segmentación, el sistema se puede preparar tanto asistencial, como financieramente, estimando a través de ellos los servicios, y con éstos, el gasto que puede generar la población en conjunto dependiendo de sus patologías. Se producirá un mayor gasto si el segmento G3 es más numeroso que los demás, lógicamente.

El número de tarjetas sanitarias a cargo de la sanidad de Soria continúa pareja al descenso poblacional, situándose en los 88.738 tarjetas sanitarias en 2014 (Base de Tarjeta Sanitaria SACYL 2015), pero aumentando el número de aseguradoras independientes, MUFACE, MAPFRE... a las que se factura el servicio prestado a sus asegurados, ascendiendo en 2014 en 2.045 asegurados. También aumentando el número de servicios prestados a pacientes con tarjeta sanitaria procedente de otras áreas de salud, mayoritariamente las colindantes, Aragón, La Rioja, Navarra y País Vasco, esta última muy frecuente en verano por motivos turísticos. Por lo que la Gerencia no ha de centrarse únicamente en el control de su población objetivo, dado que posee también una numerosa población potencial.

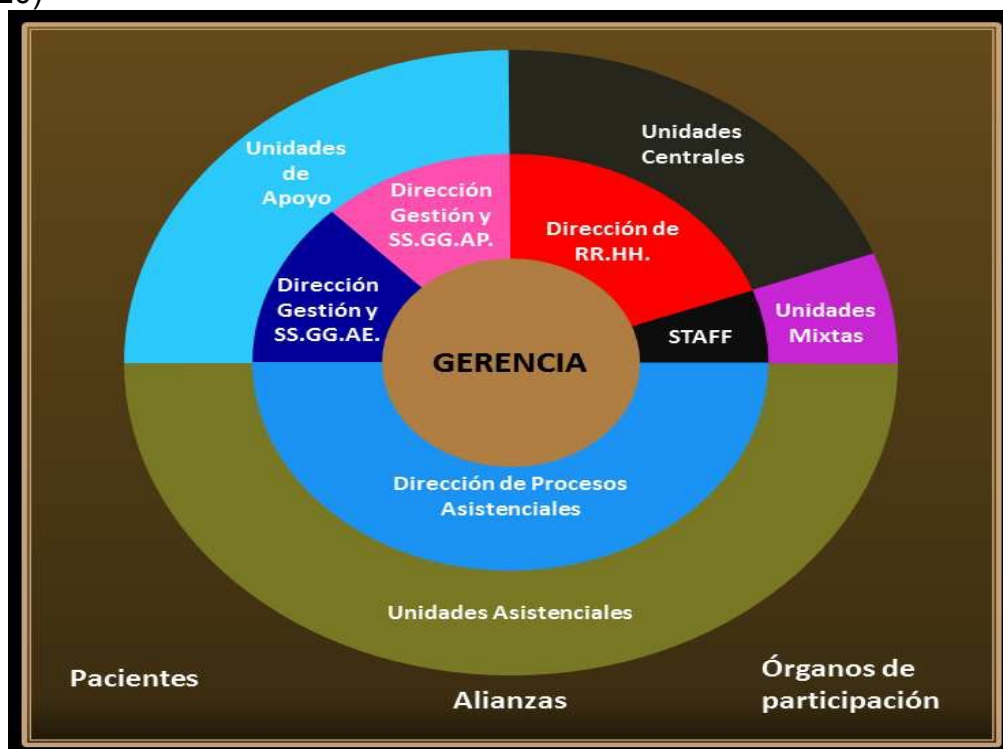
2.3. Recursos Humanos

El organigrama directivo persigue la integración asistencial y organizativa, consiguiendo aumentar la capacidad resolutive en los equipos de Atención Primaria, aumentando la efectividad en las actuaciones de Atención Especializada, con el fin de que la percepción de paciente de la sanidad es Soria sea un todo, dedicado a sus necesidades de salud.

Es un organigrama que antepone las necesidades de apoyo de las unidades centrales del sistema, las que prestan el servicio sanitario al paciente, a los niveles jerárquicos, de tal forma que el sistema se organice en torno a las decisiones de los profesionales, no a los procesos burocráticos y formales por los que venía funcionando el sistema. El organigrama define diferentes Unidades, grupos de profesionales que llevan a cabo unas determinadas tareas del conjunto que supone la Gerencia. Cada Unidad posee su responsable, un pacto de actividad, y si poseen actividad asistencial, un pacto de objetivos, en el que se define su nivel de descentralización y autonomía de gestión.

En Atención Primaria, las unidades asistenciales son los Equipos de Atención Primaria, los encargados de los servicios sanitarios a los pacientes. Dichas unidades asistenciales reciben apoyo técnico de las Unidades de Apoyo, y la labor de administración es llevada a cabo por Unidades Organizativas.

Figura 4.2: Organigrama objetivo de la Gerencia Integrada de Soria (2015-2020)



Fuente: Memoria EFQM Gerencia Integrada de Soria (2013)

En Atención Especializada, el ámbito de prestación de servicios es más amplio, y la especialización de sus profesionales es más elevada, por lo que las unidades asistenciales las denominamos como Servicios, y pueden ser de tres tipos:

- Asistenciales, lo que prestan directamente servicio al paciente.
- Centrales, los cuales llevan a cabo las pruebas diagnósticas requeridas por los Servicios y por los Equipos de Atención Primaria.
- De apoyo, con apoyo técnico específico a los Servicios, realizan una labor asistencial pero no tratan a pacientes, por ejemplo, Laboratorio.

También tenemos unidades sin atención directa a los pacientes:

- Organizativas, con apoyo administrativo al resto.
- Centrales no asistenciales, las cuales prestan servicios específicos de mantenimiento de infraestructuras.
- De apoyo no asistenciales, que prestan apoyo técnico a los servicios centrales.

Por tanto, las unidades asistenciales son las finales de Atención Primaria. En tareas de investigación y docencia, cualquier unidad puede ser final, mientras

que en tarea de atención sanitaria, solo lo son las unidades asistenciales. En total, la Gerencia Integrada de Soria esta compuesta por 61 unidades, las cuales están debidamente acotadas a su labor asistencial, recogiendo también el catálogo de servicios prestados, su estructura organizativa y directiva para un correcto funcionamiento del sistema.

El personal de la Gerencia Integrada de Soria viene disminuyendo en los últimos años, entorno al 1% en 2014 y cercano al 2% en 2015. Algo que se produce por la no cobertura de las jubilaciones existente, intentándolo compensar no con un sobreesfuerzo del resto de empleados, sino con un sistema mas eficaz y sostenible, dado que los recortes en las instituciones públicas son necesarios debido al déficit publico nacional. El desglose de personal empleado lo encontramos en la siguiente tabla:

Tabla 1.2: Número de empleados Gerencia Integrada de Soria (2014). Por ramas.

Trabajadores	A. Especializada	A. Primaria	TOTAL
Gestión y Administración	100	58	158
Servicios Generales	206	27	233
Personal Sanitario	797	347	1144
Facultativos	191	176	367
ATS	310	128	438
Aux. Enfermería	234	15	249
Otros	62	28	90
Personal en formación	16	23	39
TOTAL	1119	455	1574

Fuente: Elaboración propia. Datos Asistenciales GIS.

Queda claro a la vista de los datos el volumen asistencial, así como de administración, de cada rama asistencial, siendo más del doble en Atención Especializada. A la vista del total de empleados, podemos afirmar que el la empresa soriana con mayor volumen de empleados, muy por encima de Norma Doors o Huf España, que cuentan con 350 trabajadores aproximadamente.

2.3.1. La Gestión por Procesos

La definición clara de lo que es un proceso es el punto de partida imprescindible para su desarrollo y gestión. Es aspecto controvertido y con diversas interpretaciones en las distintas organizaciones que los usan.

Desde un punto de vista práctico y sin renunciar a las formulaciones técnicas de “proceso” para nosotros un proceso será:

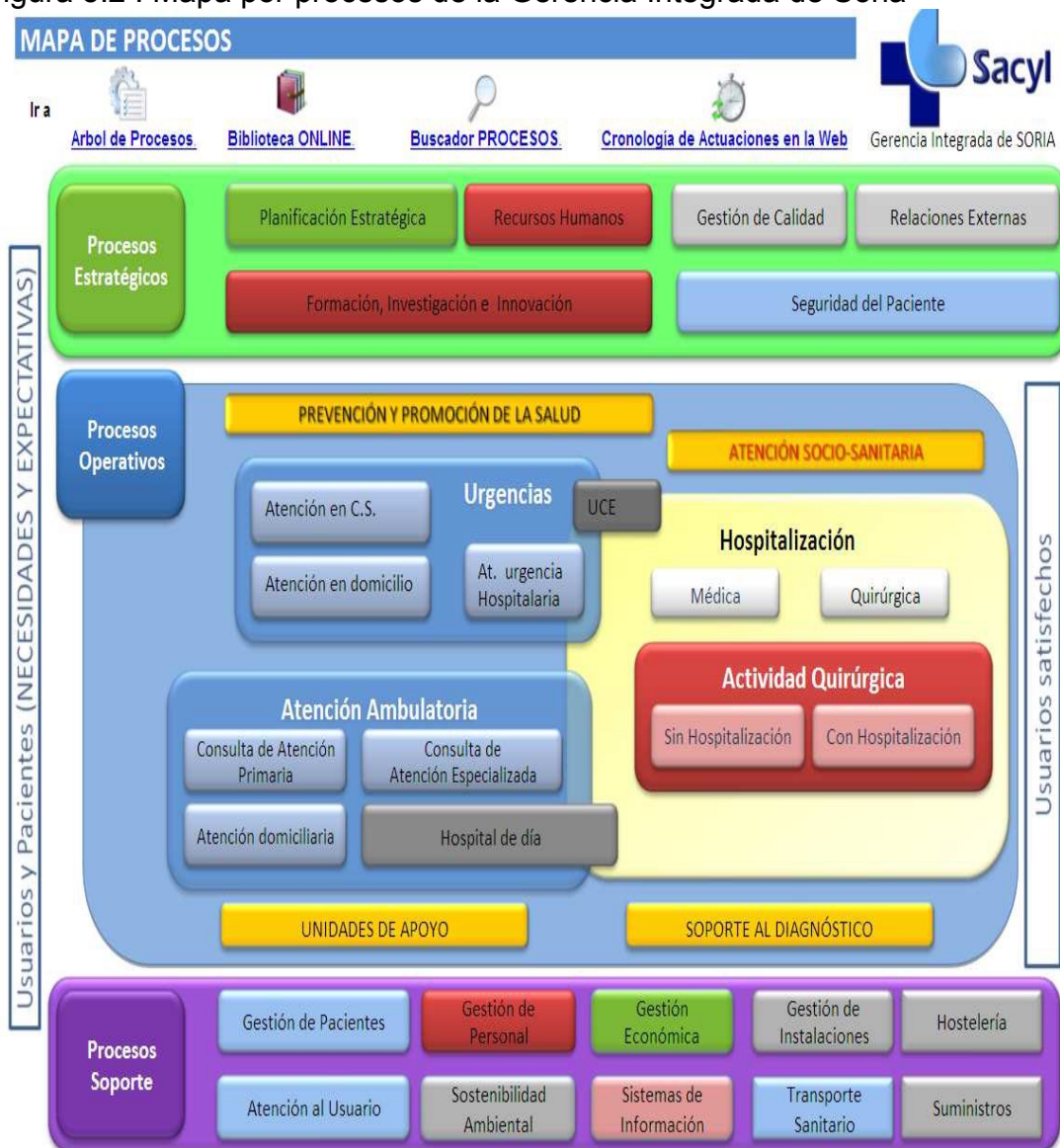
“Conjunto de actividad que con carácter sistemático realizan los profesionales de la Gerencia Integrada de Soria con un propósito claro de mejorar o

mantener aspectos generales o concretos del nivel de salud de la población a la que atienden o de la gestión y organización de la propia gerencia y sus unidades". (José Luis Vicente, 2014 : 12)

La formulación del conjunto de procesos que constituyen nuestra actividad constituirá el Mapa de Procesos de la GIS de Soria, sobre el que se articularán las medidas y herramientas de mejora que constituirán la propia gestión por procesos del Área.

El Mapa de Procesos del Área tiene vocación inicial de exhaustividad, abarcando todas las actividades posibles, pero es un documento abierto que permite en cualquier momento la incorporación de nuevos procesos o eliminación de los existentes según los profesionales lo determinen. Así mismo, debe permitir la elaboración de subprocesos si alguna actividad de las recogidas en el proceso requiere una mayor pormenorización.

Figura 5.2 : Mapa por procesos de la Gerencia Integrada de Soria



Fuente: Plan Estratégico 2015-2020 de la Gerencia Integrada de Soria

Capítulo 2

Todo proceso debe reunir los siguientes requisitos previos:

1. Disponer de un propietario del proceso, un flujo de actividades y una determinación de entradas o salidas.
2. Posibilitar la mejora incremental continua, determinando los tiempos y recursos humanos consumidos en cada actividad y el valor añadido de cada uno de ellos, de tal manera que cualquier profesional implicado pueda hacer propuestas concretas para mejorar el cociente: “valor añadido/tiempo” y recursos empleados en cualquier actividad del proceso.
3. Estar dotado de carácter dinámico para ser una verdadera herramienta para la actividad y la gestión clínica diaria de los profesionales
4. Responder a las actividades asistenciales: Procesos operativos, o a actividades de apoyo: Procesos de soporte.

Incluiremos Procesos estructurales aunque a través de la Planificación Estratégica de la Gerencia y de su previsión en gestión de calidad, el Área canalizaría el desarrollo estructural adecuado.

2.4. Recursos Materiales

La estructura física de Área de Salud esta compuesta por:

- **Hospitales:** El Hospital Santa Bárbara y el Hospital Virgen del Mirón, en el primero encontramos el grueso de las instalaciones, con los quirófanos, el material quirúrgico de alta tecnología, aparatos de Rayos X, arcos quirúrgicos... así como la práctica totalidad de consultas externas, y hospitalizaciones corrientes. En el Virgen del Mirón, encontramos servicios asistenciales continuados, es decir, cuidados intensivos, como psicología o cuidados paliativos.
- **Centros de Salud:** encontramos uno en cada Zona Básica de Salud en las que esta dividida la provincia, más los tres consultorios de la capital para la asistencia sanitaria de los residentes en la capital. Los recursos materiales de estos van acorde a la población objetivo a la que se destinan, así como a las necesidades de salud requeridas por los pacientes de la zona. En los centros de salud de la capital se poseen aparatos de diagnostico de rayos X, con el fin de no engordar las listas de espera de A. Especializada, ya que la necesidad de diagnostico por parte de Atención Primaria lo requería.
- **Consultorios Locales:** de los que disponen de 344, ubicados en los municipios colindantes de los centros de salud, con visitas periódicas de los profesionales en salud para restringir la movilidad del paciente a

las urgencias y poder prestar los servicios necesarios a las poblaciones mas pequeñas y alejadas de los grandes núcleos de población.

La Gerencia Integrada posee edificaciones, ambos hospitales y los centros de salud, que en total llegan a superar los 50 millones de euros en la suma de sus valores catastrales, siendo el grueso de este valor, el Hospital Santa Bárbara, valorado en más de 30 millones de euros.

Tabla 2.2: Valores Catastrales 2014 de construcciones de la GIS.

Centro	Valor Catastral (€)
Hospital Santa Bárbara	30.728.629,00
Hospital V. Del Mirón	12.694.583,00
La Milagrosa	3.562.707,33
C. Salud Soria Norte	2.565.289,57
C. Salud Almazán	404.041,92
C. Salud Burgo de Osma	907.446,80
C. Salud Arcos de Jalón	320.957,31
C. Salud Ágreda	103.656,46
C. Salud Ólvega	509.870,35
C. Salud Gómara	67.317,74
C. Salud Covalada	784.925,03
C. Salud San Leonardo de Yagüe	299.834,19
C. Salud San Esteban de Gormaz	198.780,37
C. Salud Berlanga de Duero	150.000*
C. Salud San Pedro Manrique	52.992,55
Total	53.351.031,62

Fuente: Memoria Final 2014 Gerencia Integrada de Soria

2.5. Recursos económicos

2.5.1. Gastos

La Gerencia Integrada de Soria no deja de ser un organismo público, como ya conocemos, dependiente del Sistema Regional de Salud, y a su vez del Ministerio de Salud, por lo tanto ha de adecuar sus gastos a los Presupuestos Generales del Estado, es decir, que recibe una partida presupuestaria a la que se tiene que adecuar, por lo que podemos considerar que sus ingresos provienen de la partida presupuestaria que ese año tenga asignada, y solamente se tendrá un control exhaustivo de los gastos generados. Por ello podemos afirmar que desde la administración apenas tiene relevancia la contabilidad financiera, simplemente llevada a cabo como un ejercicio de transparencia y correcta conjunción con los servicios centrales de SACYL ubicados en Valladolid. La realmente importante es la contabilidad analítica, la cual será elaborada con gran cuidado de respetar la estructura de costes, así como de los centros y los procesos, con el fin de conseguir un funcionamiento eficaz para los servicios prestados.

Capítulo 2

La estructura de gasto de la institución se lleva a cabo diferenciando los gastos en cuatro capítulos diferentes, agrupando cada uno gastos homogéneos en su formación, siendo estos:

- Capítulo I: Gastos de personal
- Capítulo II: Gastos en bienes corrientes y servicios
- Capítulo IV: Farmacia extra hospitalaria. Se posiciona en la Gerencia de Salud de Área, pero ya que son los médicos de la Gerencia los que generan dichas prescripciones, así como la calidad de estas, se incluyen en dicha estructura. Además, diferenciamos el gasto en farmacia con receta y sin ella, con el fin de velar por la calidad de las prescripciones médicas.
- Capítulo VI: Inversiones Reales.

El presupuesto empleado por la GIS entre los años 2011 y 2014 queda recogido en la siguiente tabla, diferenciando cada uno de los apartados de gasto comentados:

Tabla 3.2: Presupuesto GIS (2011-2014)

PRESUPUESTO EJECUTADO (GASTO REAL)				
Concepto	2011	2012	2013	2014
Capítulo I	82.357.578,97	75.804.748,97	76.028.419,86	76.766.067,52
Capítulo II	27.221.304,01	27.384.064,73	26.248.408,20	26.639.909,10
Capítulo IV	25.420.050,47	22.020.620,30	21.023.754,53	21.051.975,69
Farmacia sin receta	832.097,78	884.871,24	1.118.437,62	1.099.660,89
Gasto en recetas farmacia	24.587.952,69	21.135.749,06	19.905.316,91	19.952.314,80
Capítulo VI	1.245.351,97	221.146,87	81.501,20	380.169,07
Total Capítulos I, II y VI	110.824.234,95	103.409.960,57	102.358.329,26	103.786.145,69
TOTAL	136.244.285,42	125.430.600,87	123.382.083,79	124.838.121,38

Fuente: Memoria 2014 Gerencia Integrada de Soria

En primer lugar, observamos que el gasto real de la Gerencia Integrada decreció mucho del año 2011 a 2012, un 8%, un recorte muy significativo. Al igual que se venía produciendo desde 2008, como consecuencia de la crisis financiera mundial y el gran déficit de las administraciones públicas. Esta bajada se manifiesta concretamente en el gasto farmacéutico, Capítulo IV, el cual disminuye un 13,37% con respecto al año anterior. El Capítulo I, como consecuencia de los recortes en los salarios de los profesionales, así como por los puestos que se amortizan por jubilaciones, los cuales no se cubren con nuevo personal, lo que genera un ahorro del 8% en esta partida de gasto. En los años posteriores, podemos afirmar que el presupuesto mantiene unos niveles constantes, ya que dichas desviaciones, pueden ser por partidas presupuestarias excepcionales, tal y como ocurre en el año 2015, con el famoso caso de la Hepatitis C, el cual acarrea grandes gastos para el sistema, por el elevado coste del tratamiento, unos 23.600 € de media por paciente.

La evolución de los gastos en Capítulo I, tras el recorte salarial y de personal comentado, mantiene una tónica creciente en los siguientes años, producidos en su mayoría por la presión ejercida por los sindicatos de profesionales con motivo de los agresivos recortes, lo cual hace repuntar hasta 2014, pero la administración sigue sin poder contratar personal nuevo, es decir, crear nuevas plazas a la vista de necesidades asistenciales. En el año 2014 encontramos un crecimiento reseñable, debido principalmente a la contratación temporal en periodos festivos, como Navidad o verano, los cuales años atrás se solventaba con ampliaciones de jornada o sobre atención de los profesionales, y que debido a la mejora en el presupuesto se han podido cubrir con contrataciones de personal eventual en las bolsas de trabajo, las cuales estuvieron prácticamente congeladas con motivo de los recortes.

En el Capítulo II encontramos una evolución muy singular, dado que los dos primeros años de estudio, la partida crece, al contrario que todas las demás partidas presupuestaria. Pero en el año 2013 encontramos un decrecimiento del 4%, el cual debemos a la integración del Departamento de Suministros y del Departamento de Contratación de las dos ramas asistenciales, Atención Primaria y Especializada. Ésta integración buscaba un ahorro en la compra de los bienes corrientes, material de oficina, material quirúrgico... y en los servicios, mantenimiento, correspondencia... Este proceso de integración lo que hace es juntar ambos departamentos en uno para un funcionamiento global, por lo tanto, podemos decir que integran la “central de compras” de la Gerencia. Con esta integración, los contratos van a ser mucho más voluminosos, dado que se compra conjuntamente lo que antes se hacía por separado, y el poder de negociación con los proveedores va a ser mayor. También un funcionamiento conjunto hace que el material sea mucho mas controlado y no se desperdicie, no se compre sin necesidad de hacerlo, y sobre todo que la oferta sea mucho mayor, ya que los intereses económicos por parte de las empresas van a ser mayores ya que estamos hablando de contratos mucho mas jugosos para éstas.

En cuanto al Capítulo IV, encontramos las variaciones mas significativas y también las mas características en su evolución. Por un lado vemos que el gasto global farmacéutico desciende de media 1.000.000 € al año. Su mayor bajada se produce en el año 2012, ya que disminuye un 13,4%, producido por

la desaparición de los fármacos provenientes de laboratorios particulares, “de marca”, y financiando el Estado únicamente fármacos genéricos, los cuales son más reducidos en precio, porque simplemente se componen del principio activo que el paciente necesita. Por lo que el Estado ha de proveer menor partida presupuestaria para esta partida de gasto. En segundo lugar, la progresiva tendencia decreciente de este gasto, se debe principalmente a los programas impulsados por la Gerencia para disminuir el número de hospitalizaciones, “Programa de medicación de paciente ambulatorio”, mediante el cual se da el alta a los pacientes que simplemente necesiten seguir un tratamiento concreto para su patología, disminuyendo el número de fármacos utilizados en el caso de que fuese hospitalizado. También destacamos procesos como la “Unidad de Corta Estancia”, creada para las urgencias que no necesiten ingreso hospitalario, o el “Programa de Medicación de Pacientes Crónicos”, a los que se les dispensa los tratamientos en la farmacia del hospital para controlar su evolución y no hacer necesario un ingreso hospitalario. También se producen actos formativos sobre los profesionales con motivo de concienciar a estos sobre el gasto farmacéutico, siendo más responsables a la hora de concretar una patología y su posterior tratamiento, así como poniendo a su disposición mejores activos para el diagnóstico de patologías de salud. Un efecto conjunto que produce la disminución de este gasto.

El gasto en medicamentos sin receta también sigue un progreso creciente en los años a estudio, como consecuencia de la estandarización de los fármacos genéricos en la distribución mediante receta. Pero también contribuye a este fenómeno, los intereses particulares de los médicos y los laboratorios farmacéuticos, ya que aunque no existan casos en la provincia, a nivel nacional se han producido investigaciones policiales por las prescripciones médicas de medicamentos de laboratorio, con el fin de beneficiar al profesional mediante comisiones, regalos... También se produce el incremento como consecuencia de la fidelidad que determinados pacientes han adquirido hacia medicamentos “con nombre”, como puede ser Frenadol, Gelocatil... Fármacos que son sustituidos por sus genéricos, solo el principio activo, ibuprofeno generalmente, pero dado el buen resultado de estos los pacientes tienden a resolver los problemas de salud menores, catarros o malestar general, mediante estos fármacos.

En los gastos del Capítulo VI, las inversiones reales, encontramos los valores más dispares. Ya que la partida del año 2011 supera el millón de euros, representando un 1% del presupuesto para ese año. Pero el año contiguo disminuye en más de un 80%, para el año 2013, continua bajando un 63% con respecto al año anterior. Las inversiones reales llevadas a cabo por la Gerencia se producen por el “Plan de Ampliación y Mejora del Hospital Santa Bárbara”, el cual constaba de dos fases de desarrollo. La primera era la de mayor volumen, mediante el cual se construyeron el recinto de Urgencias y se amplió la capacidad de camas y de aparatos de diagnóstico, resonancia magnética, helipuerto... entre otras. Fue una gran inversión por parte de la Consejería, contando que se realizó en pleno estallido de la crisis financiera, y no por ello se dejó de invertir en dicho plan, hasta que se finalizó. Algo que no fue fácil por las dificultades económicas, y por el esfuerzo de los profesionales y pacientes, ya que el funcionamiento del sistema se resintió durante este proceso. Una vez finalizado éste, las inversiones decrecieron en 2012 y 2013, ya que finalizado el

proyecto en su primera fase, se retrasó la segunda, dadas las incertidumbres políticas y el endeudamiento de las administraciones públicas. Por lo que no fue hasta 2014 cuando comenzaron esta segunda fase, y las inversiones volvieron a crecer. En este año encontramos la mitad de la partida presupuestaria, ya que en 2015 se produce una partida en la misma cuantía para finalizar el proyecto, quedando instalados los nuevos quirófanos, nuevas instalaciones de Consultas Externas y nuevas instalaciones para la administración. En enero de 2016 aún no funcionan dichas instalaciones como tal, ya que tras la construcción, queda provisionar el material correspondiente, muchas veces de alta tecnología y precisión, así como recolocar a los trabajadores para comenzar la actividad de manera inminente.

Las inversiones también se ven disminuidas, aunque en un porcentaje pequeño, por el cambio en la organización del sistema, ya que en años anteriores, las inversiones también eran mayores, y a veces existentes, en programas de investigación, y en la adquisición de aparatos sofisticados de radiodiagnóstico, así como existía la facilidad de sustituir estos por otros nuevos cuando existían problemas, eran años de bonanza. Tras el gran endeudamiento de la administración, el presupuesto disminuyó, y con ellos cesaron las inversiones en investigación, así como los equipos se buscan adquirir en compras pequeñas, intentando renovar lo necesario, pero abusando de los servicios de mantenimiento de forma habitual.

En conclusión, el gasto en sanidad en Castilla y León supone un 6,3% del PIB de la región, situándose por encima de la media nacional, que es de 5,4%. Por ello vemos que el presupuesto gestionado por estos profesionales es una partida muy cuantiosa de dinero público, el cual ha de estar gestionado por un sistema organizado y planificado para garantizar su sostenibilidad en el tiempo. Gestionan y utilizan inventario valorado en casi 18 millones de euros a finales de 2014. Por lo tanto, existe la necesidad de un progreso del sistema, un cambio de modelo organizativo que garantice el buen uso y buena gestión, tanto del presupuesto anual, como de todos los recursos disponibles a día de hoy, fruto de la buena gestión de presupuestos anteriores.

Tabla 4.2: Distribución presupuestaria por Capítulos (Partidas de Gasto)

	2011	2012	2013	2014
Capítulo I	60,44%	60,43%	61,62%	61,5%
Capítulo II	19,98%	21,83%	21,27%	21,34%
Capítulo IV	18,65%	17,56%	17,04%	16,86%
Capítulo VI	0,93%	0,17%	1,07%	0,03%

Fuente: Elaboración Propia

Por último, observamos que independientemente de la disminución presupuestaria, la distribución del presupuesto es prácticamente similar en los años a estudio. Vemos, como se aumentan los gastos en bienes corrientes y servicios, Capítulo II, con la disminución de las inversiones, Capítulo IV. Pero lo verdaderamente fundamental es fijarse en la evolución del gasto farmacéutico, ya que disminuye su cuantía y su proporción del presupuesto, un doble efecto

producido por la nueva legislación y por el cambio de modelo. Los gastos en personal son difícilmente modificables, dado que en los organismos públicos no hay posibilidad de despido, ya que la mayoría de personal es estatutario.

2.5.2. Ingresos

Hemos de hacer también relevancia a los ingresos que posee sanidad mediante su Departamento de Facturación, ya que estos no revierten directamente en la Gerencia Integrada de Soria, pero es competencia de ésta el cobro de la prestación de los servicios sanitarios a personas no beneficiarias de la Seguridad Social, accidentes laborales, de tráfico... Pero los ingresos motivados por ella se envían a la Gerencia Regional de Salud, la cual distribuye uniformemente estas partidas entre las distintas áreas de salud. Algo injusto, dado que sería lógico que cada área disfrutase de los ingresos que consigue recaudar, ya que se benefician aquellas áreas que menos cobros realicen sobre las que mayor porcentaje de lo facturado consigan.

Estas prestaciones no son asumidas por el sistema, ya que son responsabilidad de las mutuas aseguradoras, como MUFACE para los funcionarios, o cualquier mutua privada de seguros laborales, MAPFRE, ASISA... o también el responsable puede ser el particular, el paciente, en el caso de que no sea beneficiario de la Seguridad Social. En todos los casos la prestación sanitaria se producirá, dada la universalidad de ésta, pero posteriormente se producirá el cargo a tercero correspondiente en cada caso. Vemos en la siguiente tabla la evolución de estos cobros, sabiendo que representan un 1,5% del presupuesto de la Gerencia Integrada:

Tabla 5.2: Facturación y cobro en Cargos a Terceros (2008-2014)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Facturado asistencia sanitaria	1.402.581	1.545.461	1.941.871	1.896.867	2.001.518	1.935.942	1.706.604
Cobrado asistencia sanitaria	1.174.990	1.456.669	1.773.530	1.830.586	1.765.303	1.767.907	1.685.970
% Cobrado/ Facturado	83,77%	94,25	91,33	96,51	88,20	91,32	98,79

Fuente: Memoria GIS 2015.

En cuanto a los datos de facturación encontramos una fluctuación que no tiene condicionantes fijos, podemos afirmar que existe un nivel residual de

facturación debido a la población asistida, a la cantidad de mutualistas, a la cantidad de accidentes... que un año u otro haya más o menos accidentes, o estos sean más o menos costoso, es algo que no depende del sistema en sí.

Lo verdaderamente importante en el sistema, es el porcentaje de cobro sobre lo facturado, ya que el ideal sería el 100%, cobrar todas las asistencias prestadas, vemos que la realidad no es así. Desde 2008, venia aumentando el porcentaje, debido a los esfuerzos de los administradores y profesionales, a una mejora de la recogida de datos para una posterior localización del paciente, tanto en los servicios sanitarios como en los administrativos. Por supuesto, también mejorando la comunicación entre el sistema sanitario y las mutuas de seguros, mediante la firma de convenios y acuerdos. En el ejemplo en que el la aseguradora y el asegurado no lleguen a un acuerdo, la aseguradora deberá abonar la cuantía oportuna al sistema sanitario, para posteriormente resolver el problema con su cliente mediante la vía oportuna, pero el impago no se produce, algo que supuso el encarecimiento de los seguros sanitarios y laborales.

Pero vemos que en 2012 el dato se desploma más de un 8%, debido al cambio de legislatura, dada la presión ejercida por las aseguradoras, por el cual se solicitaba mejores condiciones de financiación para éstas, así como una revisión de los precios de los servicios sanitarios, con los cuales no estaban de acuerdo. Tras esta remodelación de la Ley, la Gerencia Integrada mejoró la captación de datos en admisión de pacientes, informatizando estos y manteniendo un contacto casi instantáneo con los terceros. También involucrando a los profesionales en el proceso de cobro de prestaciones, dado que ellos son los que tienen contacto con el paciente, y los mejores testigos de lo sucedido, algo clave para solucionar las diferencias. Vemos como en el año 2014, la remodelación surge efecto, y alcanzan el mayor porcentaje, seguido del de 2015, el cual se coloca dos décimas por encima.

El único problema existente a día de hoy son las asistencias prestadas a extranjeros, ya que tras muchas negociaciones con las aseguradoras, el sistema logró conciliar ambos intereses. El caso de los extranjeros que reciben asistencia sanitaria es más complejo, dado que a nivel europeo las diferentes políticas se han puesto de acuerdo a través de la Tarjeta Sanitaria Europea, mediante la cual se puede identificar a cualquier sujeto y facturarle el servicio pertinente. Pero los ciudadanos externos a la Unión Europea, los más frecuentes son los ciudadanos de países del Caribe y Suramérica, los cuales no disponen de dichos servicios en su país. Al necesitarlos en España, se les presta, pero los documentos de identidad con los que ellos disponen no sirven para más que identificarles, siendo rechazada cualquier factura por sus países, produciéndose un vacío legal de difícil solución. Un problema político y social conocido como “turismo médico”.

Por tanto, la solución necesaria para la excelencia es un trabajo bastante difícil, por el cual el Gobierno ya trabaja, dado que si en la provincia de Soria se ubica en el 1% de lo facturado, provincias con más inmigración como las andaluzas, o provincias más pobladas, aumentarían mucho ésta cifra, creando un gasto bastante ostentoso en sanidad para no buscarle una solución.

2.6. La Gestión Clínica

Para acercar la toma de decisiones de gestión a los profesionales, los verdaderos protagonistas de la atención sanitaria, todos los departamentos han firmado un pacto de objetivos, establecidos a través de las necesidades previstas de la población. Este sistema, pionero en España y Castilla y León, ha permitido aumentar la actividad de los profesionales, reduciendo las demoras y listas de espera, lo que mejora la calidad del servicio percibida por los pacientes, y los resultados en salud mejoran por las rápidas actuaciones de los profesionales. Lo que se persigue con este modelo es llegar a consolidar las Unidades de Gestión Clínicas, reguladas en el Decreto 57/2014, de 4 de diciembre (B.O.CYL, núm.235). En la Gerencia Integrada, solo cinco unidades comenzaron en 2015 el proceso para obtener la acreditación de este funcionamiento, pero todas las unidades que componen el sistema soriano, cumplirían los requisitos establecidos para ser consolidadas como tal según la normativa legal.

Dependiendo del nivel de responsabilidad en que se toman decisiones sobre la salud y los servicios sanitarios, suelen diferenciarse tres niveles:

- **Macro gestión:** se utiliza para referirse al nivel más alto de decisión, Ministerio de Sanidad, Consejerías de Salud... son aquellos cuya misión es definir las políticas sanitarias y abordar cuestiones como la financiación, la regulación legal, la ordenación y el control de la oferta, el estudio del mercado de las necesidades de salud.
- **Meso gestión:** la que se realiza a través de la coordinación de los recursos de un centro, un hospital, un centro de salud... Su objetivo principal es acercar las decisiones derivadas de las políticas sanitarias y la disponibilidad presupuestaria a las necesidades de la práctica clínica diaria, motivar a los profesionales... Es llevada a cabo por la Dirección.
- **Micro gestión:** que está constituida por la toma de decisiones que se producen en servicios y unidades clínicas por parte de los profesionales involucrados en la atención directa a los pacientes. De ahí que también se denomine Gestión Clínica.

“La Gestión Clínica se define como un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su práctica clínica” (José Luis Vicente, 2014 : 22). En las Unidades de Gestión Clínica la actividad se lleva a cabo conforme a unos objetivos, en los que se destaca:

- Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros.
- Reforzar la continuidad asistencial entre ambos niveles de atención

- Mejorar la organización del trabajo
- Aumentar la satisfacción de los pacientes

El objetivo general de las Unidades de Gestión Clínica en materia presupuestaria, es el de contribuir a mejorar la eficiencia económica y el control de gasto de SACYL. Este objetivo se conseguirá, si cada Unidad cumple con el presupuesto que se le impone.

Las Unidades de Gestión Clínica no requieren de conocimientos en materia de gestión presupuestaria, contratación... ya que la gestión se sigue realizando desde los servicios centrales de cada centro. Es responsabilidad de la Gerencia:

1. Que el proyecto y los programas anuales incluyan una programación presupuestaria que contribuyen a la consecución de los objetivos presupuestarios del centro. Este techo de gasto se fija en coherencia con:
 - a. La evolución del techo de gasto de la propia Gerencia, ayudando a converger gasto y presupuesto.
 - b. La estructura de gasto de la Unidad de Gestión Clínica, así como la evolución del gasto en los últimos años.
 - c. Su nivel de eficiencia relativa, dado que va acorde con el número de servicios.
2. Elaborar periódicamente a cada Unidad el cuadro de mando de seguimiento de los objetivos, marcando sus progresos y sus compromisos.

Por lo tanto, tenemos un presupuesto fijado para cada Unidad, el cual tendremos que comparar a final de año con el gasto real en el desarrollo de la actividad sanitaria, pudiendo generarse tres situaciones:

1. El gasto real es mayor que el gasto objetivo: por tanto aparece una Unidad deficitaria en ese ejercicio. En primer lugar se investigará el incumplimiento de objetivos, el cual puede provenir de una mayor actividad asistencial, por lo tanto habrá que utilizar un factor de corrección a ese presupuesto, para conocer si la Unidad ha funcionado eficazmente. Si la Unidad no ha funcionado de forma eficaz y por ello no ha llegado al objetivo, deberá de proceder en el año siguiente a un ajuste de su presupuesto.
2. Que el gasto real sea igual que el gasto objetivo: Por lo que los objetivos de la Unidad se habrán cumplido. Si la Gerencia se compone de Unidades con este balance, se completarán también los objetivos de la Gerencia. Es una situación difícil, pero posible.

3. Que el gasto real sea menor que el gasto objetivo: esta situación es la ideal, dado que muestra que la Unidad ha mejorado su actividad dado que es mas eficiente, con menos recursos que los supuestos, ha realizado la actividad fijada. Por tanto se produce un superávit, lo que no producirá ajustes en años próximos. Este beneficio se podrá utilizar como primas por productividad a los profesionales, algo que no se ve con buenos ojos, dada la posible perdida de calidad. También podrá estar destinado a la inversión en equipamiento y tecnología, lo que a priori mejorar la efectividad aún más. Por último, también podrá ser utilizada en formación para los miembros de la Unidad.

El futuro de la Gerencia Integrada de Soria es un camino que dirige directamente a que todas las Unidades Asistenciales del sistema soriano funcionen bajo el sistema de Unidad de Gestión Clínica. Donde la administración este descentralizada y dependa ésta de los profesionales médicos y sanitarios, los cuales desempeñaran un papel fundamental en la economía del sistema.

CAPÍTULO 3

ESTUDIO ECONÓMICO DE LA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO SORIANO

3.1. Presupuesto de la Gerencia Integrada de Soria

Hasta ahora hemos profundizado en el conocimiento de la Gerencia Integrada de Soria, hemos analizado su estructura, sus activos y su patrimonio, así como el déficit que ha generado en los últimos años. Hemos conocido el proceso de integración desde un aspecto formal, cambio de estructuras, de niveles jerárquicos, así como el cambio de organigrama. Por lo tanto, ahora mostraremos el beneficio real de la integración asistencial y administrativa, el ahorro en el presupuesto y el aumento de la satisfacción del paciente. Entendiendo la integración como una necesidad, causa de la crisis financiera y del sobreendeudamiento de la administración pública, que obliga a ésta a trabajar más con menos recursos.

Por tanto, el estudio económico sobre la evolución e implantación del nuevo sistema de gestión, se centrará principalmente en variables explicativas de los gastos de la Gerencia, agrupando las diferentes partidas en los grupos de gasto que utiliza el Departamento de Contabilidad. En primer lugar comenzaremos analizando la sostenibilidad económica de la administración, conociendo el presupuesto ejecutado conoceremos el total de los gastos, los cuales analizaremos por separado para conocer su ponderación en la estructura de gasto, así como las variaciones sufridas. Por último, compararemos el total de la estructura de gasto con la partida presupuestaria destinada, lo que podemos denominar ingreso, para observar que relación guardan ambas variables en cada uno de los años a estudio.

Dado que un buen resultado económico no sería suficiente si no se cubren las necesidades sanitarias de la población y con el fin de aumentar la capacidad explicativa del estudio, añadiremos como variables a estudio la actividad asistencial, analizaremos las listas de espera e incluiremos la percepción de la población sobre el sistema de salud, con las reclamaciones de los pacientes y la satisfacción del paciente con el sistema.

El conjunto de variables en el estudio goza de capacidad explicativa, dándonos la posibilidad de medir esa variación de la eficiencia del sistema desde un punto de vista económico pero sin descuidar la prestación de los servicios sanitarios, dado que al hablar de una administración pública, ha de cumplir la misión de prestar servicio a todos los ciudadanos, no sería correcto mostrar los beneficios económicos sin haber incluido variables asistenciales, ya que será el estudio combinado de los dos campos los que nos permitan conseguir resultados veraces en el estudio.

3.1.1. Gastos de personal

En primer lugar, comenzaremos por uno de los principales ejes estratégicos de la Gerencia, la sostenibilidad financiera de la organización. Para la consecución de este objetivo, es imprescindible que el gasto real sea similar o inferior al presupuesto asignado por la Ley de Presupuestos Generales del Estado. Cuanta menor divergencia haya entre el ejecutado y el disponible, mejor será la gestión realizada de los recursos por parte de la administración. La evolución de esta variable es la siguiente:

Tabla 3.1: Cumplimiento presupuestario GIS (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% de presupuesto ejecutado	98,58	99,32	98,91	98,07	99,91	99,98	99,95

Fuente: Elaboración propia. Memoria 2014 GIS.

A la vista de la tabla, encontramos que el cumplimiento de este objetivo ha sido total en los últimos siete años. Hemos de observar, en dicha evolución, que los presupuestos asignados para los años anteriores a 2012, han sido claramente mayores a lo realmente necesario por el sistema, dado que observamos las mayores diferencias en estos años. Pero a partir del año 2012, como consecuencia de la integración, la visión hacia este cumplimiento cambia, dado que se exprime al máximo la partida presupuestaria. La dirección opta por dedicar el presupuesto en su práctica totalidad, destinando éste a tareas secundarias, investigación, formación, ampliación de la cartera de servicios... ya que con ello podrá aumentar su actividad asistencial y mejorar sus resultados en salud, cumpliendo el objetivo presupuestario. Hemos de destacar la gran labor de gestión de los recursos, ya que dado el contexto económico en los años a estudio, es complejo ajustarse al gasto estipulado, aumentando la labor asistencial año tras año como veremos.

Comenzaremos analizando los gastos de Capítulo I, gastos de personal. Conociendo el presupuesto destinado a esta partida de gasto, mostramos el gasto por profesional. Utilizaremos el total de profesionales, sin diferenciar las categorías de estos, sabiendo que un celador no llegará a generar tanto gasto como el de la media, y que un médico tendrá una retribución mucho mayor. Lo realmente importante es la disminución de este gasto unitario medio.

Tabla 3.2: Gasto unitario por profesional

	2011	2012	2013	2014
Gastos Cap. I (€)	82.357.578,9	75.804.748,9	76.028.419,8	76.766.067,5
Profesionales	7	7	6	2
Gasto Profesional Unitario (€/Prof.)	1.662	1.648	1.592	1.573
	49.553,3	45.998,03	47.756,54	48.802,33

Fuente: Elaboración propia

Como observamos en la tabla, tanto el número de profesionales, como el presupuesto, desciende en los años a estudio. Pero el coste unitario de cada profesional disminuye en 2012, año de la integración, y a partir de entonces crece, sin llegar a alcanzar los valores iniciales. El descenso es fruto de reducciones de sueldos de los médicos, los cuales dejaron de cobrar en 2012 retribuciones variables por número de pacientes y consultas, así como se dejaron sin pagar las pagas extras a muchos de los trabajadores por falta de liquidez en las arcas públicas. Otro de los factores que nos desvirtúa este dato,

es la menor contratación temporal que se hizo en periodos de vacaciones y bajas, dado que sino no se podría haber cumplido el presupuesto fijado.

Como vemos, el coste unitario de cada profesional ha descendido desde 2011, pero tendremos que estudiar lo que ha ocurrido con su productividad para poder emitir un juicio sobre su aumento o no de eficiencia. Los datos asistenciales los recogemos en la siguiente tabla:

Tabla 3.3: Gasto en personal por consulta y por tarjeta sanitaria

	2011	2012	2013	2014
Gastos Cap. I (€)	82.357.578,97	75.804.748,97	76.028.419,86	76.766.067,52
Total de consultas	1.586.382	1.515.627	1.523.647	1.519.902
Gasto personal por consulta (general)	51,91	50,01	49,90	50,50
Tarjetas Sanitarias	91.444	90.462	90.336	89.045
Gasto personal por tarjeta	900,63	837,97	841,62	862,10

Fuente: Elaboración propia

A la vista de la tabla, el gasto de personal unitario sigue un similar progreso que el gasto de personal por tarjeta sanitaria y que el gasto por consulta. En el año 2012, tras la ya comentada legislación, se produce un descenso de la cifra, de casi el 7% en el caso del coste por tarjeta y de un 3,6% en el gasto por consulta. En los años posteriores, 2013 y 2014, ambas variables siguen una progresión creciente, pero mientras el presupuesto crece un 1,25% en estos dos años, el gasto de personal por consulta aumenta un 1%, y el gasto por tarjeta sanitaria lo hace en un 2,8%.

Por ello podemos afirmar que la Gerencia Integrada de Soria no ha conseguido mejorar la eficiencia de sus recursos humanos tras la integración, ya que si obtiene valores inferiores a 2011, pero sus gastos unitarios de personal por tarjetas y por consultas aumentan tras la integración, la cual se consolida en 2012. En conclusión, no podemos afirmar que el proceso llevado a cabo en la gestión de los recursos humanos haya dado sus frutos en el sentido económico.

3.1.2. Aprovisionamientos e Inversiones

Los Capítulos II y VI son dos partidas de gasto conectadas relativamente, dado que un aumento de las inversiones reales provoca un aumento de equipos e instalaciones, que conllevarán en ellas el mantenimiento futuro, así como otros servicios tales como luz, calefacción, limpieza... Por lo tanto un aumento de las inversiones provocará, a priori, un aumento de los

gastos en bienes corrientes y servicios. La evolución de estas dos partidas de gasto quedan recogidas en la siguiente tabla:

Tabla 3.4: Gasto real Capítulos II y IV.

	2011	2012	2013	2014
Capítulo II	27.221.304,01	27.384.064,73	26.248.408,20	26.639.909,10
Capítulo VI	1.245.351,97	221.146,87	81.501,20	380.169,07

Fuente: Elaboración propia. Memoria GIS 2014

En los años anteriores a la integración, 2011 y 2012, vemos que ambas partidas siguen el movimiento esperado, ya que las inversiones realizadas en 2011, provocan un aumento en el presupuesto de Capítulo II para el año siguiente. Pero tras la integración este comportamiento se invierte, ya que como consecuencia de la integración de los departamentos de Contratación, encargado de la gestión de concursos públicos, y el Departamento de Suministros, encargado de la compra de bienes y servicios corrientes, genera una mayor eficiencia de los recursos, debido a este modelo nuevo de gestión. Las inversiones realizadas a partir de 2012, no tienen el mismo efecto en la compra de bienes corrientes y servicios, ya que disminuye más de un 4% con la integración de departamentos de ambas ramas asistenciales. En el año 2014, las inversiones realizadas en nuevas instalaciones sí consiguen aumentar el gasto en servicios, pero siguen estando en niveles notablemente inferiores a los anteriores al proceso de integración de la gestión.

Como consecuencia de este progreso, sí podemos afirmar que el proceso de integración de la administración de ambas ramas asistenciales, conlleva un aumento de la efectividad de los recursos, y eficiencia en la gestión de éstos, ya que aumentan las instalaciones, así como los aparatos de diagnóstico, y con ello, la actividad asistencial, reduciendo el gasto en el desarrollo de éstas. La integración otorga a la organización un mayor volumen de compras, así como de concursos públicos, lo que provoca mayor poder negociador con los proveedores. Podemos asemejar la fusión de departamentos, a una central de compras de una empresa, centralizando todas sus operaciones en un único ente, encargado de satisfacer las necesidades de los distintos centros de producción, en este caso, de asistencia sanitaria.

3.1.3. Cumplimiento presupuestario de la Gerencia

Otro de los ejes estratégicos centrales de la Gerencia es el gasto farmacéutico, uno de los pilares fundamentales en el presupuesto Regional. No es como tal, un gasto real de la organización provincial, pero viene inducido por los profesionales que la forman, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Se denomina gasto real todos aquellos fármacos o medicamentos suministrados por la farmacia de los Hospitales, o cualquiera adjunta al programa de recetas. Dicha variable ha de presentar diferencias poco representativas para adecuar el gasto al presupuesto, dado que sería perjudicial para el sistema que se produjera un déficit, pero también lo sería si fuese superavitario, dado que nos encontraríamos en un escenario en el que la Gerencia Regional no está realizando una correcta distribución de los recursos dado que es superior a lo requerido. Por el contrario, también podríamos

ubicarnos en un escenario en el que la Gerencia prive a los ciudadanos de los servicios de salud requeridos a costa de un menor gasto, algo que denotaría un mal funcionamiento del sistema. La evolución de estos gastos de Capítulo IV quedan recogidos en la siguiente tabla:

Tabla 3.5: Diferencia porcentual entre gasto real y presupuesto GIS

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto Real	26.245.381	27.215.777	27.273.069	25.420.050	22.020.620	21.023.754	21.051.976
Presupuesto	26.795.420	28.257.010	28.594.118	26.252.242	23.852.296	20.113.127	21.653.660
% Diferencia	-2,05	-3,68	-4,62	-3,17	-7,68	4,53	-2,78

Fuente: Memoria 2014 GIS

Vemos a la vista de los datos que el cumplimiento presupuestario sigue una evolución creciente, ya que desde 2008 aumenta la diferencia entre el gasto real y el gasto presupuestario de la Gerencia. Como vemos, ambos siguen una evolución decreciente, haciéndolo más rápido el gasto que el presupuesto, por lo que el objetivo se cumple, aumentar la eficiencia. En el año 2013, vemos que es el único de los años a estudio en el que no se cumple el objetivo, seguramente por lo ambicioso de éste, ya que preveía un descenso del gasto del 9%, teniendo en cuenta que el año anterior ya había sufrido un descenso superior al 7%, y para los años anteriores, unos descensos acumulados del 13%, por lo que podemos afirmar lo ambicioso de éste objetivo. En el año 2014, la organización recupera la senda del cumplimiento, provocado por una tónica similar a la de los años anteriores, pero favorecido por el ajuste lógico llevado a cabo por la Gerencia Regional de Salud, ajustando la partida presupuestaria a las necesidades de salud de la población.

En conclusión, podemos afirmar que los nuevos modelos de gestión en la sanidad soriana han tenido los efectos deseados en cuanto a eficiencia de los recursos financieros, compatible con la sostenibilidad financiera que se ha de buscar para una organización pública.

3.2. Actividad Asistencial

Analizadas las variables económicas y estudiada su evolución en el tiempo, proseguimos el estudio incluyendo el análisis de los valores asistenciales de la Gerencia, dado que las variables económicas estudiadas no aportan la totalidad de la capacidad explicativa del estudio. Visto que las partidas económicas de gasto han disminuido en general en los años a estudio, sólo podremos afirmar un aumento de la eficiencia del sistema si la actividad asistencial ha crecido ó se ha mantenido con el menor número de recursos disponibles.

Como vemos, ha disminuido los recursos disponibles para la satisfacción de más necesidades de salud, las cuales recogemos en la siguiente tabla:

Tabla 3.6.: Evolución de la actividad asistencial GIS

		2011	2012	2013	2014
Pruebas Diagnósticas	Urgencias	106.857	105.539	95.818	101.348
	TAC	8.181	9.113	8.923	9.028
	Ecografía	10.483	11.131	11.374	11.755
	Resonancia Magnética	2.040	3.240	4.477	4.396
	Mamografías	295	269	399	373
	Media de días de espera para pruebas radiológicas	21,83	37,05	31,96	20,67
Hospitalización	Nº de Altas	9.001	8.956	8.880	8.900
	Nº de estancias	79.204	79.528	76.441	77.347
	Estancia Media (días)	8,80	8,88	8,61	8,71
	Intervenciones	6.133	6.490	6.527	6.484

Fuente: Elaboración propia

Vemos que las visitas a urgencias han disminuido en los años a estudio, algo que no es controlable, a priori, dado que no se puede controlar las patologías o problemas ocurridos con carácter urgente en los pacientes. Si podemos achacar esta disminución de las urgencias a una mejora de la salud de la población, dado que si la calidad de los servicios es mayor, y los profesionales completan su trabajo con los pacientes, las complicaciones disminuirán, y con ello las visitas a urgencias.

En cuanto a las pruebas diagnósticas, encontramos un aumento notable de la actividad, en concreto en la resonancia magnética, donde la actividad aumenta hasta más del doble en cuatro años. La adquisición de los equipos correspondientes ha facilitado el aumento de actividad de éstos, así como de los profesionales a su cargo, un menor número de derivaciones a otros centros, ya que años atrás las pruebas de resonancia se realizaban en centros de localidades periféricas a la provincia, Pamplona, Burgos, Valladolid... La media de espera para las pruebas radiológicas también ha disminuido sustancialmente, por lo que la actividad y la eficiencia de ésta han aumentado tras el nuevo modelo de organización.

La hospitalización ha decrecido como consecuencia de la aparición de nuevas unidades, como la Unidad de Corta Estancia, o nuevos programas, como el de "Medicación de Pacientes Ambulantes". Una menor hospitalización genera menores gastos al sistema de salud, y por lo tanto se busca solucionar las patologías mediante procesos más sostenibles, pero siempre mejorando la calidad y bienestar de los pacientes. Por esto, tanto el número de altas, de estancias y la estancia media decrecen, buscando solucionar los problemas de salud de una manera menos costosa y eficiente, así como realizar un seguimiento conjunto con Atención Primaria, sin la necesidad de estar el paciente ingresado en una instalación hospitalaria.

3.2.1. Las listas de espera

La actividad quirúrgica ha aumentado, aunque en menor medida que las anteriores. Hemos de conocer que una intervención es un proceso, en general, muy costoso, como por ejemplo una intervención para implantar una prótesis valorada en torno a los 5.000€, puede servirnos para tener una visión del aumento económico que ha producido el crecimiento de las intervenciones. Pero aunque la actividad se ha aumentado, hemos de conocer también las listas de espera, ya que su evolución nos dirá si el aumento de la actividad asistencial ha estado a la altura:

Tabla 3.7.: Listas de espera y tiempos de cita previa GIS

	2011	2012	2013	2014
Lista Espera Consultas Externas AE	5.574	3.796	4.622	5.602
Media de días de espera	37	38	31	40
% de consultas que no se pueden dar el mismo día o al siguiente AP	1,298	1,323	1,28	0,47
Lista de espera Quirúrgica	587	593	582	730

Fuente: Memoria GIS 2014

Como vemos las listas de espera en general aumentan con respecto a los valores de 2012, salvo la espera en Atención Primaria, la cual se reduce a más de la mitad. Destaca que aumenten las listas de espera, ya que es un claro indicador del gran aumento de actividad asistencial, como veíamos anteriormente, el número de consultas era mayor cada año con menos recursos disponibles, pero aún el aumento de la eficiencia, la actividad asistencial requiere aún más progresión de este modelo, para conseguir llegar a cubrir las necesidades sanitarias de la población. Tanto la lista de espera de consultas externas, como la lista de espera quirúrgica son dos de los proyectos que afronta hoy en día la gerencia, lo cuales espera mejorar con la inauguración de la nueva fase de ampliación del Hospital Santa Bárbara, en la que incluirá mas consultas y nuevas dotaciones de quirófanos, programada la apertura para 2016.

Por lo tanto, queda confirmado el aumento de eficiencia de los recursos económicos, humanos y materiales, ya que con menos recursos financieros, se ha aumentado la actividad asistencial, la cual debería de haber aumentado aún mas, ya que las necesidades sanitarias así lo requerían.

3.2.2. Reclamaciones

El único factor que nos queda por evaluar para medir correctamente el impacto de la integración, es la satisfacción o calidad de los servicios percibida

por el usuario, la cual puede deducirse de las reclamaciones o agradecimientos que recibe el sistema, recogidos en la siguiente tabla:

Tabla 3.8.: Evolución de reclamaciones y agradecimientos Gis

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Reclamaciones	411	525	343	230	165	50	207
Agradecimientos	7	8	10	12	8	10	25

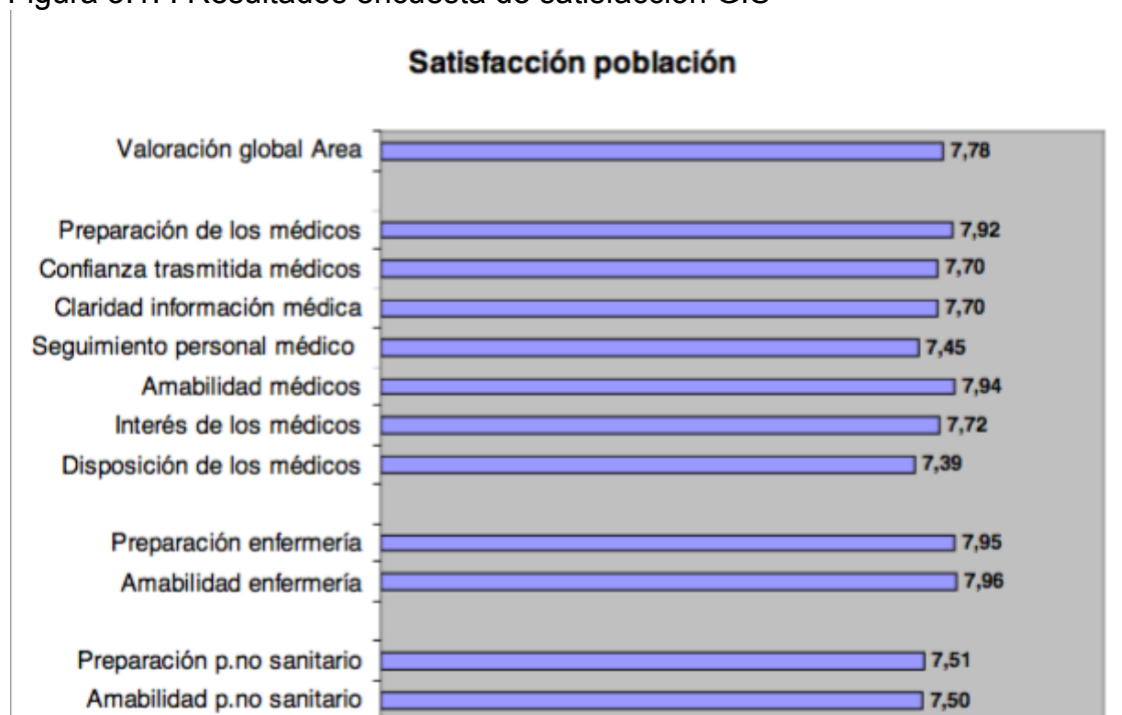
Fuente: Memoria GIS 2011

Vemos que ambas siguen una progresión convergente, es decir, que las reclamaciones son menores, aunque soportan oscilaciones aleatorias, y los agradecimientos son cada vez más numerosos. Esto nos hace intuir que la calidad de los servicios ha mejorado, pero sobre todo ha mejorado la accesibilidad. Los agradecimientos surgen por un trato más cercano y de mayor calidad, por un sistema más orientado hacia la salud, lo realmente importante en la sanidad.

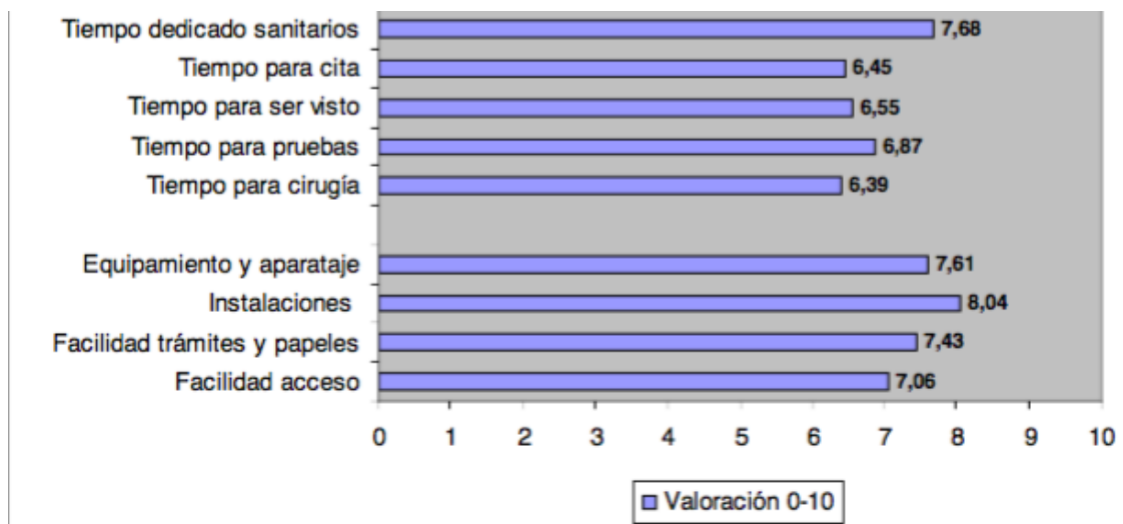
3.2.3. Satisfacción de la población.

Por último, la Gerencia Integrada de Soria realiza en el último trimestre de 2014 una encuesta a los usuarios, con el fin de evaluar su satisfacción con el sistema de salud actual. El 86,4% de los que contestaron a la encuesta recomendarían su centro sanitario. Las variables a estudio fueron las siguientes:

Figura 3.1. : Resultados encuesta de satisfacción GIS



Encuesta anónima de satisfacción de ámbito provincial, enviada a 1000 pacientes aleatorios de la zona de salud, contestaron 158 pacientes.



Fuente: Memoria GIS 2014

A la vista de los resultados podemos concluir que la población califica al sistema sanitario como notable, ya que en el factor global de la encuesta, la valoración global de área, obtiene casi un ocho, en una escala de Likert de 0 a 10.

Posteriormente nos fijamos que el personal sanitario obtiene una puntuación notable también, destacando su amabilidad, su interés, su preparación, su confianza y su calidad. Variables que dependen en cierta medida del sistema organizativo, dado que se impulsa a los profesionales, incluyendo enfermeras, a responsabilizarse de la salud del paciente, de que se involucren tanto en los diagnósticos como en los tratamientos, haciendo ver que el fin último de la organización es satisfacer las necesidades de salud. Cabe destacar la posible mejora en el seguimiento, para lo que se trabaja con la planificación, así como la mejora de la disposición, restando poder a los médicos e involucrándolos en los resultados.

El ámbito que mayor margen de mejora presenta es el relacionado con las listas de espera, así como los tiempos de consulta. Estos bajos indicadores son fruto del gran incremento de la actividad asistencial. Como veíamos, la actividad ha crecido mucho, por lo que aunque la oferta se haya aumentado, y la eficiencia de esta también, la demanda lo ha hecho en mayor medida. Por esto la Gerencia ha de trabajar en reducir estos tiempos de espera de los pacientes, agilizar los trámites y mejorar los sistemas de trabajo en los centros diagnósticos y en cirugía principalmente. Los esfuerzos por mejorar estos indicadores están presentes a día de hoy, con inversiones en el aumento de instalaciones para consultas y quirófanos, II Plan de Mejora y Ampliación del Hospital Santa Bárbara. Otra de las soluciones pasaría por aumentar la plantilla de profesionales, algo que no se piensa por el momento, dado que aún se siguen amortizando puestos por jubilaciones, así como no se contrata nuevo personal, debido a los recortes del Gobierno.

Vemos que los pacientes valoran las nuevas instalaciones y equipamientos adquiridos en los últimos años por la Gerencia, pero ven un margen de mejora en los trámites médicos, gestión de bajas, contacto con profesionales... así como en la facilidad de acceso a determinadas consultas,

programas de rehabilitación o tratamientos específicos. Dos indicadores que no afectan tan directamente a la organización provincial, dado que dependen más de las partidas presupuestarias que ésta reciba, en el caso de la facilidad de acceso, ya que muchos de estos programas no se realizan por problemas económicos. En cuanto a la facilidad de trámites, no hay que olvidar que nos encontramos en una provincia poco poblada, que depende de un sistema regional con sede en Valladolid, por lo que la distancia y la periferia de la zona no facilita los trámites burocráticos. La implantación de las nuevas tecnologías, como el “historial médico digital”, facilitará la resolución de problemas y mejorará la comunicación entre profesionales.

3.3. Estudio de la eficiencia del sistema

Conocidas las estructuras que rigen los sistemas sanitarios a nivel nacional, autonómico y regional, así como los cambios sustanciales que ha presentado la estructura sanitaria Soriana desde el comienzo del proceso de integración de las Gerencias, y con ello, la integración administrativa del sistema y futura integración de las ramas asistenciales, realizamos un estudio cuantitativo de variables representativas para medir los cambios que ha supuesto el proceso de cambio.

En primer lugar, encontramos tres sistemas diferentes utilizados para medir la eficiencia de los sistemas sanitarios, siendo estos los siguientes:

1. El estudio Euro Health Consumer Index (EHCI) clasifica los sistemas de salud con arreglo a criterios tales como derechos de los pacientes, listas de espera, servicios prestados a los pacientes y prevención. El informe valora los sistemas de sanidad respecto a siete categorías, que otorgan puntuaciones máximas distintas, hasta un tope de 1000 puntos: información y derechos de los pacientes (150), accesibilidad (225), resultados (250), cobertura de la cartera de servicios (150), prevención (125) y acceso a las medicinas (100). Un sistema muy centrado en el aspecto asistencial de los sistemas sanitarios y deja un poco de lado el aspecto económico. Por esto, no creemos que tenga una capacidad explicativa suficiente para lo que persigue nuestro estudio.
2. La fundación Commonwealth Foundation ordena los indicadores en 5 grupos: calidad, acceso, eficiencia, igualdad y vida saludable. Así, la encuesta incluye indicadores como la seguridad, listas de espera, organización administrativa e igualdad de acceso a la atención sanitaria. Un sistema que no es válido para nuestro estudio dado que la eficiencia es una variable, y para nosotros supone la variable a estudio. No es objetivo estudiar una variable que venga dada por el modelo, sino que el estudio busca conseguir el valor de esa variable para su estudio.
3. La multinacional Norteamericana Bloomberg L.P., realiza anualmente un estudio llamado “Most Efficient Health Care”, en el que buscan el sistema sanitario más eficiente del mundo, estudiando los 50 países del mundo con mayor población. Es el estudio más objetivo de los tres

sistemas además de tener el aspecto económico un importante peso dentro de él.

En primer lugar, tras la elección del modelo, analizamos la correcta metodología que nos reporta la empresa, mediante la cual obtienen la puntuación de eficiencia del sistema y de ahí elaboran su ranking, la mayor puntuación ocupará el primer lugar en el ranking. Pero observamos que la metodología no se corresponde con los resultados obtenidos, ya que las puntuaciones sufren variaciones aleatoriamente, y con ello, las posiciones en el ranking anual en los años a estudio no concuerda con los resultados obtenidos con la metodología.

Por esto, intentamos ponernos en contacto con la multinacional a fin de conocer a qué son debidas las variaciones de los resultados, ya que la metodología del estudio si se aplica correctamente. Pensamos que los intereses económicos que rodean a esta multinacional, les empuje a desvirtuar sus resultados. Posteriormente contactamos con economistas profesionales que emiten juicios sobre el estudio de Bloomberg, como Marc Fortuño, especialista en finanzas, mercados financieros y riesgos, los cuales adoptan la metodología de la multinacional sin corroborar que la metodología que reportan no arroja los resultados que se muestran año tras año.

Ante tal disyuntiva, vemos que la metodología del sistema, sin atender a los resultados, goza de buena capacidad explicativa para nuestros objetivos. Ya que encontramos variables asistenciales, la esperanza de vida, ponderadas en el sistema con un peso del 60%, y las variables económicas, suponen el resto de la ponderación. Por tanto nos parece una correcta metodología dado que si es objetivo ponderar en mayor medida el aspecto sanitario, el objetivo de un sistema sanitario es prestar servicio a la población, mejorando su salud y su calidad de vida. Desde el punto de vista económico un peso del 40% entre las dos variables económicas del estudio, es suficiente para demostrar la buena gestión económica por parte de la administración del sistema.

Para nuestro estudio vamos a utilizar la metodología que utiliza la empresa estadounidense Bloomberg L.P., en su estudio anual “Most Efficient Health Care” de los cincuenta países más poblados y ricos del mundo. Extrapolaremos este estudio a un nivel nacional, autonómico y regional, para comprar a la vista de los datos, la eficiencia de cada uno de los sistemas acotados por su cobertura geográfica. El estudio se compone de tres variables fundamentales que nos ayudan a conseguir una puntuación de eficiencia:

- **Esperanza de vida:** es la variable más representativa del funcionamiento de un sistema sanitario, ya que una elevada esperanza de vida supone que el sistema funciona, ya que las patologías y enfermedades de la población se subsanan con relativa rapidez y eficacia, mejorando el bienestar del paciente y sobre todo la calidad de vida de estos, la cual es superior que en países con un funcionamiento sanitario menos positivo. También en esta variable encontramos representados los esfuerzos del sistema en la prevención de enfermedades, como la gripe, o en la concienciación de la población en los hábitos de vida saludables, programas de concienciación alimenticia,

programas prevención de tabaquismo y alcoholismo... todas aquellas campañas que el sistema pone en funcionamiento para evitar posibles problemas de salud. Dada la importancia de esta variable, será ponderada en nuestro estudio (al igual que en Bloomberg) con un peso del 60%.

- **Coste relativo sobre el PIB:** con esta variable medimos la importancia que la sanidad tiene para el Estado, ya que al encuadrar nuestro estudio en un ámbito nacional, sabemos que la sanidad es financiada a través de impuestos. Esta variable nos permite comprobar si los recursos destinados mantienen la misma proporción entre zonas geográficas con grandes diferencias en población y recursos. También podemos con esta variable observar si una mayor cantidad de recursos destinados, provoca una mejora o un empeoramiento de los resultados en salud, así como comparamos la proporción de riqueza que se destina a la preservación de la salud. Dada la capacidad explicativa de la variable la ponderamos con un peso de un 30%.

- **Coste absoluto per cápita:** esta variable es definida como la correctora de la metodología del estudio, dado que no encontramos lógico no incluir la influencia de la población en el estudio, dado que estaríamos desechando un punto muy influyente en un sistema sanitario, la cantidad de población a la que tienen que prestar servicios sanitarios asistenciales. Introduciendo el gasto sanitario por individuo, aumentamos la capacidad explicativa del modelo y reducimos el error que pueda derivar de no incluir la población en el estudio. Ponderamos esta variable con un peso del 10%.

- **Puntuación de eficiencia:** es el resultado que arroja el modelo al poner en práctica la ponderación que hemos dado a cada una de las variables y que responde a la fórmula matemática siguiente:

$$\text{Puntuación de Eficiencia} = 0,6 * \text{Esperanza de vida(años)} + 0,3 * \text{Porcentaje relativo PIB(\%)} + 0,1 * \text{Coste absoluto per cápita (€)}$$

Es la variable resultado de nuestro modelo y sobre la que podremos emitir juicios, comprando sus valores para los diferentes ámbitos sanitarios y estudiando la evolución que la variable ha sufrido en los años a estudio. Esta puntuación nos permitirá comprar sistemas sanitarios muy heterogéneos en cuanto a volumen asistencial, población objetivo y tecnología, dado que las variables que lo componen nos garantizan que los resultados no se desvirtúen.

Temporalmente acotamos nuestro estudio al lustro 2010-2015, ya que conocemos que el proceso de integración de gerencias soriano comenzó en 2011. Por ello estudiamos el antes y el durante de este proceso para poder medir sus beneficios ó sus perjuicios. Al introducir los datos de las variables para los años a estudio en nuestro modelo, obtenemos la tabla siguiente:

Tabla 3.9.: Comparativa eficiencia internacional, modelo Bloomberg.

ZONA	EFICIENCIA	ESPERANZA DE VIDA	COSTE RELATIVO PIB %	COSTE ABSOLUTO €
SO 2010	176,060	83,92	5,35	1241,03
SO 2011	195,371	84,07	6,17	1430,79
SO 2012	184,615	83,70	5,65	1327,00
SO 2013	184,740	84,54	5,87	1322,55
SO 2014	187,622	84,10	5,98	1353,68
SO 2015	191,304	84,15	5,77	1390,83
CYL 2010	192,878	83,91	6,44	1406,00
CYL 2011	181,637	83,23	6,00	1299,00
CYL 2012	189,038	83,22	6,53	1371,46
CYL 2013	180,589	83,54	6,22	1286,00
CYL 2014	179,939	83,67	6,12	1279,00
CYL 2015	189,508	83,65	6,30	1374,28
ESP 2010	206,178	82,09	6,74	1549,02
ESP 2011	203,383	82,09	6,71	1521,16
ESP 2012	195,554	82,27	6,56	1442,24
ESP 2013	190,864	82,50	6,41	1394,41
ESP 2014	192,676	82,84	6,36	1410,64
ESP 2015	197,350	82,80	6,29	1457,83
UK2010	195,252	80,60	7,02	1447,86
UK2011	197,185	81,00	6,95	1465,00
UK2012	210,685	81,00	6,95	1600,00
UK2013	230,598	81,10	7,89	1795,71
UK2014	247,055	81,40	7,86	1958,57
UK2015	268,913	81,00	7,71	2180,00
PR2010	166,715	80,10	6,85	1166,00
PR2011	158,055	80,70	6,45	1077,00
PR2012	148,399	80,60	6,13	982,00
PR2013	149,364	80,90	6,08	990,00
PR2014	149,765	81,30	5,95	992,00
PR2015	151,635	81,30	5,85	1011,00
AL2010	80,113	80,50	9,21	2905,00
AL2011	80,625	80,60	8,95	2958,00
AL2012	81,927	80,70	8,99	3081,00
AL2013	83,333	80,60	9,21	3221,00
AL2014	85,142	81,20	9,34	3362,00
AL2015	86,356	80,70	9,42	3511,00
EU2010	78,453	78,54	7,93	2895,00
EU2011	77,890	78,64	7,92	2833,00
EU2012	81,234	78,74	7,90	3162,00
EU2013	81,159	78,74	7,95	3153,00
EU2014	83,178	78,74	8,18	3348,00
EU2015	91,862	78,74	8,36	4211,00

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla observamos los siguientes sistemas a comparar:

- SO: Soria provincia, territorio objetivo de la Gerencia
- CYL: Castilla y León, con la que realizaremos la comparativa autonómica.
- ESP: España, la que utilizaremos para la comparativa nacional.
- PR: Portugal, dada la proximidad territorial.
- UK: Reino Unido, ya que conocemos que es el país pionero en procesos de gestión similar al que se implantó en la Gerencia.
- AL: Alemania, incluida en el estudio por la clara diferencia existente en su modelo sanitario, como vimos, el modelo Bismarck.
- EU: Estados Unidos, la incluimos en la comparativa para aumentar el campo de estudio con un país de otro continente, así como incluir a la sanidad más desarrollada del mundo.

3.3.1. Comparativa autonómica y nacional

En una primera vista de la tabla observamos que la puntuación de eficiencia para Soria sufre un gran salto con la integración de gerencias entre los años 2010 y 2011, ya que supone una redistribución de los recursos entre ramas asistenciales, acompañado de una subida del presupuesto sanitario en ese año, lo que supone una mejora sustancial del servicio sanitario soriano, mejorando sus resultados en salud y en la eficiencia de los recursos. Mientras en el ámbito regional y nacional encontramos un empeoramiento de esta puntuación, debido en gran parte al empeoramiento y no mejora de la esperanza de vida del individuo.

Observamos de manera conjunta la disminución presupuestaria que sufre la sanidad en los años 2010 a 2013, disminuyendo tanto el porcentaje sobre el PIB como el coste absoluto per cápita de los individuos, debido a la crisis económica que afecta a la nación, y que repercute directamente en los Presupuestos Generales del Estado, los cuales disminuyen y con ellos, disminuye la partida presupuestaria sanitaria.

Desde el punto de vista autonómico, vemos que Castilla y León fue una de las comunidades autónomas que menos recortó a causa de la crisis económica. **"Castilla y León** está dentro de las comunidades autónomas que menos contrajo el gasto sanitario durante la crisis económica" (Javier Jorge Vázquez, 2016 ; 97). Al comparar el coste relativo y el coste absoluto entre la comunidad autónoma y el Estado, comprobamos que Castilla y León, salvo en 2015, se mantiene por debajo de la media nacional en gasto por habitante, así como en porcentaje de recursos destinados a la sanidad sobre el total de su Producto Interior Bruto.

En los años a estudio, vemos como Castilla y León y España siguen una tónica similar en cuanto a su evolución de su variable de eficiencia. En el trienio 2010 a 2013, ambas ven decrecer su variable de eficiencia. A nivel autonómico encontramos que la esperanza de vida decrece en este trienio, dado que la comunidad destina menos recursos a la preservación del bienestar del paciente así como no aúna esfuerzos para mejorar la calidad de vida de éstos. No surgen planes de concienciación o protección de la salud de la población,

principal objetivo de los recortes presupuestarios, y con ello, su puntuación de eficiencia se ve mellada. En el ámbito nacional, encontramos un decrecimiento de la variable de eficiencia, no en este caso por una disminución de la esperanza de vida al nacer de la población, sino por unos agresivos recortes presupuestarios. Es cierto, que los recortes económicos no tendrían que afectar a su eficiencia, ya que ésta mejoraría si los resultados en salud aumentasen, pero la organización sanitaria a nivel nacional no presenta cambios sustanciales en este trienio, por ello, al conservar una misma estructura organizativa y operativa, el tener menos recursos, provoca tener una eficiencia menor del mismo sistema.

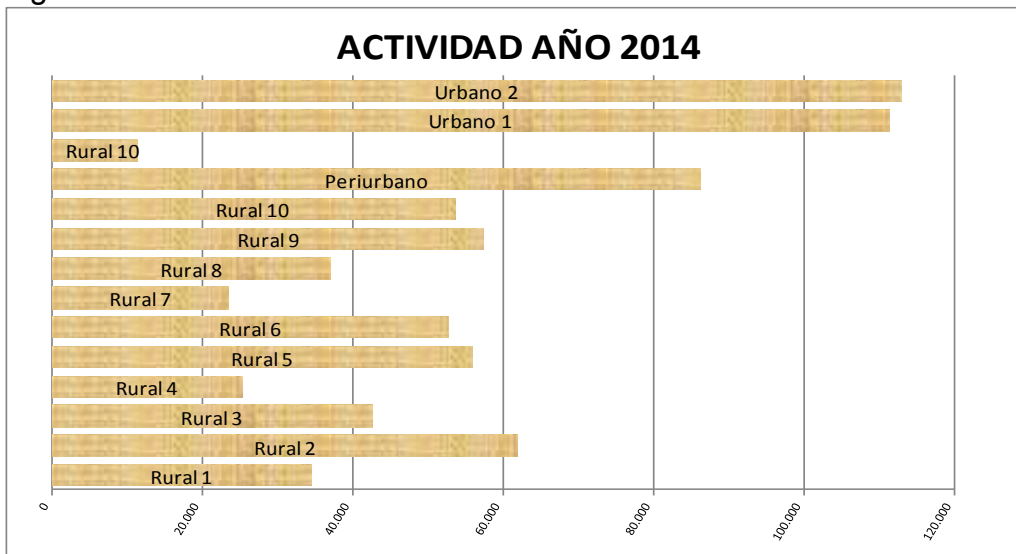
Por tanto podemos afirmar que el cambio organizativo y operativo de la Gerencia ha supuesto un cambio en el funcionamiento del sistema sanitario soriano, el cual ha supuesto desmarcarse del sistema existente en España y en Castilla y León, dado que siguen evoluciones diferentes. El cambio en el modelo de gestión ha supuesto una mejora sustancial del sistema sanitario en Soria, mientras que los modelos que no han evolucionado han visto perjudicado su funcionamiento según las estructuras antiguas. Estas innovaciones en los modelos de gestión han de ser impulsadas en España para un mejor funcionamiento global del sistema. También los beneficios sanitarios en la población son positivos, ya que consiguen aumentar su calidad de vida y su bienestar, aumentando la esperanza de vida de su población. De cara al futuro, es probable que el sistema soriano pueda llegar a colocarse por delante del sistema español, si este no busca nuevos modelos de gestión y atención.

El caso de Soria, sin duda es especial, dado que la eficiencia del sistema sanitario varía mucho en los años a estudio, de manera inversa al nivel autonómico y de forma dispar del nacional. Vemos que en 2010 Soria sufría un importante atraso en cuanto a la eficiencia de su sistema principalmente debido a:

- La orografía provincial: hablamos de una provincia muy poco poblada y con una extensión notable, lo que arroja una densidad de población de $8,95 \text{ hab/km}^2$ (Padrón Municipal, 2015), una de las más bajas de la Unión Europea. Lo que supone desde el punto de vista sanitario, una gran dificultad el prestar servicios sanitarios a una población tan dispersa. El flujo de recursos ha de ser superior que en grandes ciudades o pobladas provincias, ya que hay que ubicar puntos de asistencia en muchos lugares, grandes inversiones en instalaciones, así como excesivos gastos en movilidad y desplazamientos del personal sanitario.
- El peso de la Atención Primaria: causa indirecta de la situación de despoblación y causa directa de las leyes que rigen nuestro sistema sanitario regional, lo cual provoca que se tengan que destinar recursos legalmente personales y materiales a zonas donde su viabilidad queda en entredicho. Zonas Básicas de Salud como San Pedro Manrique, como hemos visto, no pueden presentar una gran eficiencia de recursos ya que la presencia de personal sanitario se presenta por el número de tarjetas sanitarias en la zona, sino por las necesidades sanitarias reales.

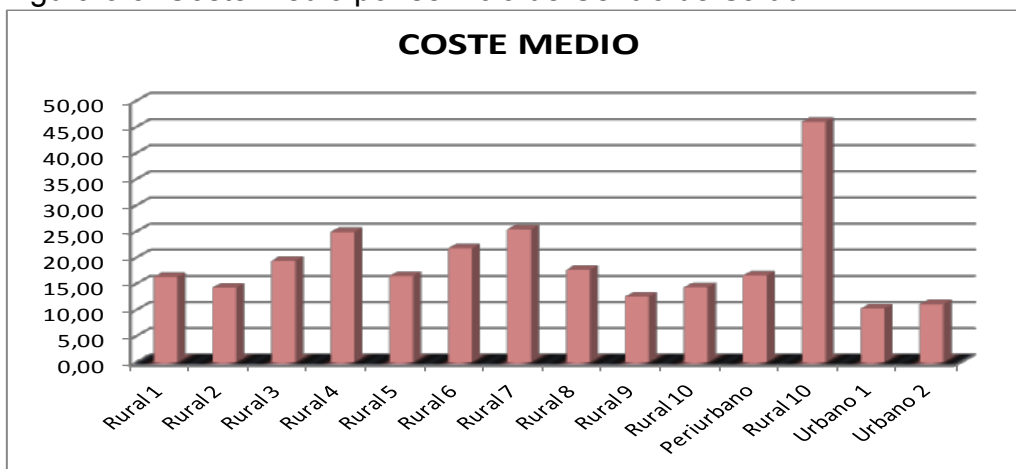
Vemos que las características sorianas impiden al sistema sanitario provincial mejorar sus resultados económicos en Atención Primaria. Para ello nos centramos únicamente en esta rama asistencial, de la que observamos los siguientes datos clasificados por Equipos de Atención Primaria:

Figura 3.2: Actividad asistencial en Zonas Básicas de Salud de Soria



Fuente: Memoria 2015 GIS

Figura 3.3: Coste medio por servicio de Centro de Salud.



Fuente: Presupuestación Unidades de Gestión Clínica

Observamos que los centros Urbanos y el Periurbano ostentan la mayor actividad asistencial en ese año, pero presentan el menor coste medio en el caso de los urbanos y uno de los más bajos en el caso del Periurbano. Son centros que no requieren apenas desplazamientos de los profesionales, y en el caso de producirse, éstos se restringen de forma local. En el caso del periurbano, despunta un poco dado que los desplazamientos se ubican en las cercanías de la capital, barrios residenciales prácticamente, como Golmayo, Pedrajas...

La esencia de dichos datos, se ubica en la actividad llevada a cabo por los centros de salud, donde la localización de éstos, así como la distribución de la población, juega un papel muy importante en sus resultados económicos.

Vemos que las dos variables a estudio están relacionadas de forma inversamente proporcional, de tal forma que los centros de salud que mayor actividad asistencial desempeñan, poseen un menor coste medio de estos. Los costes medios más elevados los encontramos en los centros en los que menor actividad hay, Rural 10, 7 y 4, dejando claro que son centros de salud deficitarios, los cuales están dotados de profesionales y material por la legislación existente desde la Constitución Española. Por ello, el proceso de integración acercaría a la población sistemas de diagnóstico y tratamiento más avanzados, pudiendo eliminar estas Gateway del sistema claramente deficitarias. Además del coste elevado, hemos de conocer que el campo médico es muy reducido, por lo que la mayoría de casos clínicos se derivan a las instituciones hospitalarias de atención especializada.

3.3.2. Comparativa internacional

La comparativa nacional arroja resultados concretos sobre los beneficios de un nuevo modelo de gestión. Coloca a la Gerencia en una situación puntera en cuanto al desarrollo de procesos y el aumento de la eficiencia del sistema sanitario. Conociendo que la semilla de este nuevo modelo proviene del Reino Unido, tal como Enrique Delgado señala en su entrevista (ver Anexo I), vemos necesario realizar una comparativa con este sistema.

Observamos que la esperanza de vida es inferior en el Reino Unido que en Soria y en España, algo que muestra que la calidad de vida y el bienestar del paciente es mayor. Esto es provocado por un mayor número de programas de prevención de enfermedades, campañas de vacunación y también depende de la concienciación social sobre la salud. A la vista de los datos, el seguimiento del paciente en el sistema es mayor en Soria. Pero es en aspecto económico en el que Reino Unido aventaja a la Gerencia, ya que aunque el valor relativo al PIB es mayor en el Reino Unido, casi un 2% superior en los años a estudio, el coste per cápita de cada habitante no es tan dispar. Esto es debido al modelo del sistema sanitario, como vimos la atención especializada es más cercana al paciente, están totalmente fusionadas como en futuro lo estarán en la Gerencia. Esto conlleva un gran esfuerzo de inversión por parte estatal, destinar gran cantidad de recursos a la construcción de centros de salud especializados, dotándolos de material tecnológico y contratando personal mejor cualificado, por ello la partida relativa al PIB ha de ser mayor.

Por contrapartida vemos que el coste absoluto per cápita aumenta mucho, dado que es a partir del momento actual en el que comenzará a disminuirse, ya que acercar los especialistas a la población requiere un aumento del coste en un primer momento, y un aumento al principio de la implantación del modelo, pero tendrá un funcionamiento más eficiente con el paso del tiempo, el diagnóstico complejo será más cercano al paciente, el coste será menor.

Observamos que tanto el sistema soriano con el inglés muestran comportamientos similares, salvando las diferencias económicas y sociales de los países, pues Reino Unido fue una de las menos afectadas por la crisis financiera en comparación con España. Por ello observamos tal divergencia entre las puntuaciones de eficiencia obtenidas por el sistema español y el inglés, al que podemos sumar el portugués. La falta de desarrollo de nuevos

sistemas de gestión estancan a los sistemas sanitarios, poniendo en duda la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población, como en zonas concretas de España y Portugal. Por contrapartida los sistemas que evolucionan requieren una inversión y un desarrollo, así como una inversión económica, pero reportan sostenibilidad financiera al sistema, así como garantizan la cobertura de las necesidades de atención.

El caso americano y alemán, han de ser cogidos con cuidado con la metodología a estudio, ya que somos conscientes de que no incluimos a la población que no sea beneficiaria del sistema de salud del país. Las puntuaciones de eficiencia son altísimas en los Estados Unidos, dado que estamos hablando de la sanidad más desarrollada del mundo, pero también de la más cara. Hablamos del sistema sanitario más desigual del mundo, en el que muy poca gente goza de servicios sanitarios públicos. En el caso Alemán, la universalidad de la sanidad es mayor, solo que gozan de mayor sanidad pública los trabajadores, a mayor salario mayor cotización y con ello mayores servicios sanitarios disponibles. Si la cotización no es suficiente para los servicios requeridos, el paciente entra en el sistema de sanidad privada, es la característica del modelo Bismarck.

La alta presencia y el gran desarrollo de la sanidad privada paralela a la sanidad pública, resta protagonismo de esta última, y por ello la eficiencia se ve mermada de tal manera. El sistema sanitario pasa a un segundo plano, y supone un problema en casos como el americano, ya que invierte un 8% de media en un sistema sanitario que está en ruinas, con unos costes absolutos altísimos comparados con los modelos sanitarios anglosajones. El sistema sanitario Alemán queda relegado a un segundo plano dentro de Europa, dado que el sistema de cotizaciones acota mucho la sanidad pública, dejando un gran camino para la sanidad privada, la cual se impone destruyendo el sistema público, creando un lastre al Estado.

Por esto concluimos que los sistemas sanitarios públicos que otorgan garantías a la población son modelos sanitarios mixtos, de intervención estatal y cotizaciones conjuntamente. Los modelos de cotizaciones provocan una privatización de la sanidad ya que se deja vía libre a la empresa privada. En casos extremos como el de Estados Unidos, el sistema sanitario pasa a ser un problema de Estado, ya que la parte pública queda relegada a un segundo plano, con mala calidad y baja credibilidad en la población, provocando gastos cuantiosos en un sistema arruinado.

CONCLUSIONES

Tras el estudio del cambio en el modelo de gestión de la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria, así como sus cambios estructurales en materia operativa, llegamos a las siguientes conclusiones:

- Los sistemas sanitarios europeos comenzaron en dos puntos diferentes en el siglo XX, pero ambos caminos han llegado a converger surgiendo modelos mixtos de gestión y prestación de servicios. Aquellos modelos que han permanecido rígidos y no se han adaptado a las necesidades, son ahora un problema para el Estado, ya que la empresa privada ha absorbido lo que la gestión pública no ha sabido administrar, como en Alemania o Estados Unidos.
- El sistema sanitario de un país es consecuencia intrínseca de la situación económica, social y política del país en el momento de estudio, así como está altamente influenciado por las estrategias previamente desarrolladas para ellos. Un mismo sistema sanitario no funcionaría de formas similares en países distintos, dado que las necesidades sanitarias de la población son diferentes dependiendo del tiempo y del lugar de ésta. El sistema integrado soriano no conseguiría los mismos beneficios en otras provincias.
- El traspaso de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas por parte del Estado es un hecho que compromete la equidad del sistema sanitario español, dado que no todos los ciudadanos tienen derecho a los mismos servicios sanitarios públicos. Es un hecho que crea desigualdad dentro del sistema y que es demostrado, le perjudica, ya que deja zonas geográficas con buena calidad de los servicios sanitarios, e incluso da la posibilidad de que se desarrollen estructuras innovadoras de gestión. Por contrapartida, las zonas más afectadas por la mala gestión o por la baja productividad de los servicios existentes, pone en peligro la salud y la calidad de vida de los ciudadanos por falta de acceso al sistema saturado, como es el caso madrileño.
- La sanidad privada surge en aquellos países en los que el Estado no dota a la sanidad de la importancia que se requiere. El sector privado emerge con fuerza en aquellos países en los que existe el copago sanitario, como Alemania, así como se asienta en países donde la sanidad pública es una utopía, como Estados Unidos. La presencia de la sanidad pública sí provoca un desarrollo notable de la tecnología sanitaria, las infraestructuras y el desarrollo de los profesionales. La competitividad existente en el sector privado aumenta mucho la calidad de la sanidad, pero eleva sus costes, lo que produce grandes desigualdades dentro de la población y malos resultados sanitarios globales.
- Podemos afirmar que el cambio de modelo organizativo en el sistema sanitario soriano, ha conseguido aumentar la labor asistencial de los

Conclusiones

profesionales utilizando menos recursos económicos, es decir, ha aumentado la eficiencia del sistema. Se distribuyen un mayor número de servicios sanitarios por aumento de demanda en la población, con un menor número de recursos económicos y humanos, que antes de la Integración de Gerencias.

- La calidad de los servicios sanitarios ha mejorado, así como la satisfacción de los pacientes hacia el sistema y hacia los profesionales, valorando el aumento de su implicación y cercanía hacia el paciente.
- La puesta en marcha de nuevas unidades asistenciales ha logrado reducir los costes del sistema por patología, mejorando los tratamientos de éstas y aumentando la calidad de recuperación del paciente, evitando ingresos hospitalarios innecesarios, derivaciones entre ramas asistenciales ó consultas sucesivas.
- La piedra angular de la integración se sitúa en el acercamiento y la mejora de la comunicación entre las dos ramas asistenciales, Primaria y Especializada, agilizando los trámites y los diferentes estados por los que el paciente ha de pasar en su recuperación, es decir, evolucionando los procesos. Mejora también la coordinación de los profesionales, así como su implicación en la salud de la población objetiva. La integración administrativa de ambas ramas provoca una fusión de jerarquías horizontales, reduciendo los recursos necesarios.
- Las estrategias diseñadas por la dirección se cumplen con el esfuerzo de todo el sistema, pacientes y profesionales. Es un continuo cumplimiento de objetivos del sistema, el cual se dirige hacia una estructura más acorde con las necesidades de salud, en la que los profesionales se impliquen también en la gestión económica de sus unidades, descentralizando la gestión para disminuir aún mas los costes.
- La evolución de los sistemas en otras Áreas de salud no es tan sencilla como en el caso de Soria, dado que somos una provincia con poca población, aunque con grandes necesidades sanitarias por su envejecida población. La implantación de sistemas de gestión similares en otras zonas heterogéneas a la soriana, puede considerarse una utopía, dado que los sistemas son mucho más complejos al tener una población objetivo mucho mayor.
- Es reseñable el hecho de que los profesionales de la gerencia, especialmente gerente y directivos, ocupen su tiempo libre en estos proyectos, dado que no entra dentro de sus objetivos laborales. Es reconocible el esfuerzo realizado en la mejora de la gestión y funcionamiento del sistema sanitario, centrándose únicamente en la salud.
- Los estudios realizados y publicados por empresas públicas o privadas han de ser revisados en su metodología antes de emitir juicios consistentes sobre sus resultados. En el caso de Bloomberg L.P., encontramos un estudio cuya estructura es objetiva para el estudio de la variable eficiencia, pero la metodología que aportan con el estudio no se corresponde con los

Conclusiones

resultados. Ante la pasividad de la empresa y de especialistas que utilizaban los resultados para emitir juicios, creemos que el estudio realizado guarda en sus entrañas intereses económicos o políticos, copando las primeras plazas del ranking países financieramente muy potentes, como Singapur o Hong Kong.

- El sistema sanitario soriano ha evolucionado gracias al trabajo y esfuerzo de los profesionales que componen la administración, pero también el desarrollo se produce por impulsos Autonómicos, provenientes de la Gerencia Regional de Salud. El sistema continuará evolucionando mientras dicho ente apueste por el nuevo modelo de gestión, si la dirección de dicha administración cambiara, y con ello su hoja de ruta, el sistema soriano quedaría en una mala situación, dado que el desarrollo de un nuevo modelo de gestión y prestación de servicios no llegaría a producirse, incumpliendo objetivos y viéndose obligados a desarrollar nuevos planes estratégicos para adaptarse a la nueva situación política.

- La Gerencia de Salud de Área es una rama del sistema obsoleta, que puede ser integrada respectivamente por las dos ramas asistenciales, Atención Primaria y Especializada. Dado el volumen de profesionales que el sistema sanitario posee, es necesario un ente que controle la situación laboral del personal, así como gestione su distribución geográfica. Pero es ineficiente que dicho ente permanezca en una unidad “staff” dentro del sistema, dado que los profesionales serían gestionados mas eficientemente dentro de su propia rama asistencial dado que conocen las necesidades existentes y son los propios profesionales quien mejor conocen las necesidades del sistema.

- La metodología empleada en el estudio de eficiencia es objetiva para el análisis de los sistemas sanitarios europeos y para los países con sistemas sanitarios cuyos fondos provengan en mayoría de las arcas públicas. Para los sistemas sanitarios con gran presencia del sector privado, como el americano, los resultados de eficiencia son más elevados, ya que en su cálculo, la variable que recoge los resultados sanitarios, la esperanza de vida en el país, también alberga los resultados de la sanidad privada. Para poder comparar estos sistemas con los europeos, debemos de aumentar las variables sanitarias, para reflejar fielmente los resultados médicos de la sanidad pública.

Futuras Líneas de Investigación

Tras la realización del Estudio de la Eficiencia del Sistema Sanitario de Soria, quedan varias líneas de investigación futuras para aquellos interesados en profundizar en el funcionamiento de sistemas públicos:

1. **La implantación de las Unidades de Gestión Clínica:** Una de las metas a largo plazo del proceso integrador de la Gerencia, la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión económica del sistema. Es un paso superior al proceso integrador visto, en el que los órganos de administración quedarían fuera del sistema, el cual solamente quedaría conformado por personal sanitario, el cual tendría alta implicación en el aspecto económico. Supondría una reducción de costes notable, dado que los recursos necesarios para el control del sistema serían mucho menores. La formación del personal sanitario sería más costosa, así como sus retribuciones deberían ser superiores pues los objetivos a cumplir serían mayores. La buena gestión por parte de las unidades podría revertir en beneficios para los profesionales, incentivos, que forman parte de dicha unidad. Mientras que una mala gestión económica, tendría menor coste de detección y solución por parte de la dirección, ya que se podrían revisar el volumen de asistencia para aumentar la partida de gasto, ó dotar de la tecnología pertinente para evitar estos sobrecostes.

2. **El desarrollo de sistemas sanitarios privados:** desde el punto de vista económico, sería relevante estudiar la posibilidad de establecer sistemas sanitarios privados en algunos países como Estados Unidos. Países con una sanidad privada tan desarrollada y con tanto peso dentro del sistema, invierten grandes cantidades de dinero en sistemas públicos que carecen de confianza de la población y poseen un funcionamiento deficitario. Es demostrable que dichos países dedicaran dichas partidas económicas a garantizar los servicios sanitarios a los sectores sociales más vulnerables, como el "Obamacare". La desaparición del sistema público dotaría a los contribuyentes del país de menos tributos, con ello, mayor poder adquisitivo. La gran competitividad existente en el sistema privado quizás revertiría la carrera por una sanidad más puntera, en una sanidad más barata asequible por toda la población, es decir, que la sanidad privada buscaría formas de organización más eficientes para poder aumentar su cuota de mercado.

3. **La implantación de sistemas integrados de asistencia en otras zonas geográficas:** Dentro del Estado español encontramos procesos similares al soriano en otras provincias, pero siempre se limitan a células aisladas dentro de un Hospital, como el Rio Hortega en Valladolid, o en un Centro de Salud, como en algunos de Segovia. Desde los servicios autonómicos de salud, es posible la realización de estudios de viabilidad para la implantación de estos modelos de gestión integrados en aquellas provincias en las que las inversiones no hayan de ser desorbitadas como en

Futuras Líneas de Investigación

Soria. Provincias de características homogéneas a Soria, como pueden ser Teruel, Segovia e incluso La Rioja, son susceptibles de ser sometidas al desarrollo de sistemas integrados para mejorar el funcionamiento del sistema sanitario, haciéndolo menos costoso y más cercano a la población.

Bibliografía

Cabo Salvador, J. , Abellán, JM. , Agudo, J. , Belmont, M.A. y Cabo Muiños, J. (2010): “Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada”. Centro de Estudios Financieros, Madrid (España).

Equipo Directivo Gerencia Integrada de Soria (2013): “Memoria de evaluación European Foundation of Quality Model”. Unidad de Gestión del Hospital Santa Bárbara. Soria (España)

Equipo Directivo Gerencia Integrada de Soria (2014): “Memoria Gerencia Integrada de Soria 2013”. Unidad de Gestión del Hospital Santa Bárbara. Soria (España)

Equipo Directivo Gerencia Integrada de Soria (2015): “Memoria Gerencia Integrada de Soria 2014”. Unidad de Gestión del Hospital Santa Bárbara. Soria (España)

Equipo Directivo Gerencia Integrada de Soria (2016): “Memoria Gerencia Integrada de Soria 2015”. Unidad de Gestión del Hospital Santa Bárbara. Soria (España)

Equipo Directivo Gerencia Integrada de Soria (2014): “III Plan Estratégico de la Gerencia Integrada de Soria 2015-2020”. Unidad de Gestión del Hospital Santa Bárbara. Soria (España)

JENSEN, Michael. MECKLING, William. Teoría de la Empresa: la gerencia; costes de agencia y estructura de la propiedad. En la Naturaleza Económica de la Empresa. Madrid. Ed. Alianza Editorial. 1994.

José Luis Vicente Cano (2015): “Gestión Presupuestaria de las Unidades de Gestión Clínica en Castilla y León”. Hospital Río Hortega. Valladolid (España)

José Luis Vicente Cano (2013): “Memoria de Sostenibilidad de la Gerencia Integrada de Soria”. Dirección de Gestión de Gerencia Integrada de Soria. Soria (España)

Consejería de Sanidad de Castilla y León (2014): “Decreto por el que se regula la constitución y funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica en el Servicio de Salud de Castilla y León”. Decreto 57/2014. Valladolid (España).

Cortes Generales (1978): “Constitución Española”. Madrid (España)

Instituto Nacional de Previsión (1919): “Reglamento General para el Régimen Obligatorio del Retiro Obrero”. Nº 23. Oficina Tipográfica del Instituto Nacional de Previsión, Madrid (España).

Jefatura del Estado (1932): “Decreto aprobando Fuero del Trabajo”. BOE Núm. 505. Consejo Nacional de Burgos (España)

Bibliografía

Jefatura del Estado (1961): “Seguro Nacional de Desempleo”. Ley 62/1961. Madrid (España).

Jefatura de Estado (1978): “Decreto sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo”. Real Decreto Ley 36/1978. Madrid (España)

Jefatura del Estado (1986): “Ley General de Sanidad”. Ley 14/1986. Madrid (España)

Ministerio de Administraciones Públicas (1990): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Foral de Navarra en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1680/1990. Madrid (España).

Ministerio de Administraciones Públicas (1990): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Galicia en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1679/1990. Madrid (España).

Ministerio para las Administraciones Públicas (1994): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 446/1994. Madrid (España).

Ministerio de Administraciones Públicas (2002): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social al Principado de Asturias en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1471/2002. Madrid (España).

Ministerio de Administraciones Públicas (2001): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Cantabria en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1472/2001. Madrid (España).

Ministerio de Administraciones Públicas (2001): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1473/2001. Madrid (España).

Ministerio de Administraciones Públicas (2001): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Murcia en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1474/2001. Madrid (España).

Ministerio de Administraciones Públicas (2001): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Aragón en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1475/2001. Madrid (España).

Ministerio de Administraciones Públicas (2001): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1476/2001. Madrid (España).

Bibliografía

Ministerio de Administraciones Públicas (2001): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Extremadura en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1477/2001. Madrid (España).

Ministerio de Administraciones Públicas (2001): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1478/2001. Madrid (España).

Ministerio de Administraciones Públicas (2001): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Madrid en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1479/2001. Madrid (España).

Ministerio de Administraciones Públicas (2001): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Castilla y León en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1480/2001. Madrid (España).

Ministerio de la Gobernación (1900): “Ley de Accidentes de Trabajo”, BOE núm. 211, tomo III. Madrid (España)

Ministerio de Hacienda (1931): “Real Decreto de Constitución de la Caja Nacional Contra el Paro Forzoso”. BOE núm. 8. Madrid (España)

Ministerio del Trabajo (1960): “Decreto de Aplicación de los Beneficios del Mutualismo Laboral a los Trabajadores Independientes”. BOE Núm. 53. Madrid (España)

Ministerio del Trabajo (1961): “Reglamento para la Legislación de Accidentes de Trabajo”. Decreto 677/1961. Madrid (España).

Ministerio de Sanidad y Consumo (1984): “Decreto sobre estructuras básicas de salud”. Real Decreto 137/1984. Madrid (España)

Organización Mundial de la Salud. (1946): “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23. Nueva York

Presidencia del Gobierno (1977): “Decreto por el que se reestructuran determinados Órganos de la Administración Central del Estado”. Decreto 1558/1977. Madrid (España)

Presidencia del Gobierno (1981): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1517/1981. Madrid (España).

Presidencia del Gobierno (1984): “Traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma de Andalucía en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 200/1984. Madrid (España).

Bibliografía

Presidencia del Gobierno (1987): “Trasposos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1536/1987. Madrid (España).

Presidencia del Gobierno (1987): “Trasposos de servicios de la Seguridad Social a la Comunidad Valenciana en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)”. Real Decreto 1612/1987. Madrid (España).

Árias Menéndez E. (2013) “Principios de Gestión del Capital Humano en los servicios Sanitarios”. En: Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad. Disponible en http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500697/n10.1_Principios_de_gesti_n_del_capital_humano.pdf

Bellón Saameño JA. (2006). “Demanda Inducida por el Profesional: Aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica”. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13092989-S300>

Centro de Investigaciones Sociológicas (2017): “Barómetro Sanitario 2016”. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2016/BS2016_CCAA.pdf

Enric Ripoll Ros (2014): “Datos sobre la evolución del gasto sanitario en la UE”. Disponible en: <http://www.faura-casas.com/?p=2018>

Fundación BBVA (2015): “ Distribución Territorial del Gasto”. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/areas/econosoc/bbdd/gastos_servicios_publicos_comunidades.jsp

Instituto Nacional de Estadística (2016): “Cifras oficiales de población de la revisión del Padrón Municipal”. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2852&L=0>

Javier Jorge Vázquez (2016): "Modelo explicativo del crecimiento del gasto sanitario público y construcción de una topografía desde la perspectiva regional. Caso de estudio: España". Disponible en: www.revcyl.com/web/index.php/educacion?start=252

Martínez López J. (2012). “Modelos de Sistemas Sanitarios”. Disponible en <http://reflexionsanitaria.blogspot.com.es/2012/01/modelos-de-sistemas-sanitarios.html>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). “Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015”. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Inf_Anuar_SNS_2015.1.pdf

OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. (2015): “Health at a Glance”. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/healthataglance>

Bibliografía

Profesor Arne Björnberg, Ph.D (2016). “Euro Health Consumer Index 2015”. Disponible en: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf

Profesor Arne Björnberg, Ph.D (2017). “Euro Health Consumer Index 2016”. Disponible en: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf

Ramirez Feriz, P (2016). “National Health Service. Reino Unido”. Disponible en <https://prezi.com/glty4qsq6ww/copy-of-servicio-nacional-de-salud-nhs-reino-unido/>

Secretaría de Estado de la Seguridad Social (2009): “Temario para Profesores. Aula de la Seguridad Social”. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/343997.pdf>

ANEXO I

Cuestionario al Dr. Enrique Delgado, Gerente de la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria

Con el siguiente cuestionario, se pretende conocer la opinión concreta del máximo responsable del proceso de integración de las ramas asistenciales de sanidad en Soria, Enrique Delgado, así como de aspectos relacionados directamente con el proceso de integración.

1.- ¿Cuál cree usted que puede considerarse el punto de partida de la Gerencia Integrada de Soria? El nacimiento de la idea y la conjunción de esfuerzos para hacerla posible.

El punto de partida de una integración de ramas asistenciales no surge ni mucho menos en Soria, y no es el Gerente alguien pionero en la implantación de este sistema, si podemos considerarlo quizás en España como uno de los primeros, pero encontramos ejemplos de integración en otras partes de Europa anteriormente. El modelo asistencial integrado se deriva de la organización sanitaria anglosajona, donde podemos encontrar centros médicos similares a los centros de salud españoles, no con una plantilla conformada por un médico de familia y una enfermera, sino con médicos especializados en traumatología, digestivo... digamos que las especialidades se encuentran mucho más cercanas al paciente, y por supuesto, el nivel de implicación de los profesionales es mucho mayor, la sanidad es mucho más cercana al paciente, más individualizada y con ello de mejor calidad.

2.- ¿Piensa usted que la integración sanitaria es algo pionero que solo tiene cabida en zonas demográfica y geográficamente similares a la de la provincia de Soria? ¿Por qué? ¿Ve el proceso posible en provincias de mayor población como Zaragoza o Valladolid?

En este caso he de afirmar que la distribución demográfica y geográfica de la población si puede ser una causa del funcionamiento correcto de un modelo sanitario integrado, aunque ni mucho menos es necesario. Retomando el caso del Reino Unido, encontramos una distribución de la población similar a la soriana, a grosso modo claro está, la población rural se encuentra muy distribuida, mientras que encontramos grandes ciudades con gran número de habitantes. El hecho de que los especialistas se encuentren en el propio medio rural mejora notablemente la calidad de vida y el bienestar de esta población, ya que no han de recorrer grandes distancias para resolver sus patologías, realizar sus tratamientos...

3.- En niveles superiores de la organización sanitaria, sean autonómicos o nacionales, ¿goza el proceso de integración de la importancia necesaria? Señale algunas muestras de ello.

En este sentido hay que mostrarse muy crítico desde el punto de vista de los profesionales, ya que la sanidad es un tema demasiado politizado, si se permite la expresión, en niveles altos de la jerarquía de nuestro país. Desgraciadamente no goza de la importancia que necesita un buen sistema sanitario, con más independencia del nivel presupuestario, y una mayor concienciación de una sanidad de mayor calidad y de mayor cercanía hacia el paciente. La sanidad carece de importancia real en ámbitos nacionales, ya que se limita al mayor o menor déficit sanitario, a la partida presupuestaria... los políticos no hablan del bienestar de la población, de la satisfacción con el sistema sanitario. Desde un punto de vista profesional creo que la sanidad no debe estar relacionado con el tema político ni económico, sino con la calidad de vida de los ciudadanos, la mejora de su bienestar y el aumento de su esperanza de vida. Es evidente que el tema económico siempre estará presente dado que es necesaria la solvencia de las administraciones, pero una mejora del sistema provocaría una mejora en la distribución de los recursos, así como una mayor eficiencia de estos.

4.- ¿Cuál o cuáles destacaría como debilidades del sistema sanitario que hacen más compleja la consecución de la integración asistencial?

De nuevo volvemos al tema político, dado que es el principal freno del proceso de integración, así como de cualquier otra modificación paralela, como pudo ser la privatización en algunas comunidades. El freno de cualquier reforma en el sistema es la política, y en su base la sociedad, la cual es reticente a todo cambio que surja, siempre son criticados, siempre se busca el lado malo de las cosas sin parar a pensar cuáles pueden ser los beneficios. En Soria hemos alcanzado un nivel de integración superior al que nos puede brindar la propia ley, simplemente utilizamos las leyes actuales para poder cambiar el sistema progresivamente, teniendo siempre la suerte de contar con apoyo regional, dado que el Consejero de Sanidad de Castilla y León es un gran promotor de la integración administrativa y asistencial del sistema sanitario, lo que nos ha permitido llegar donde estamos.

5.- En el caso concreto de Soria, ¿ve a la Gerencia de Área como un lastre que impide la meta de integración que persigue el grupo directivo? ¿Por qué?

No, en absoluto. La Gerencia de Área es un organismo tan antiguo como las ramas asistenciales de primaria y especializada, y es necesario su presencia mientras existan profesionales sanitarios, dado que es quién los controla, regula, asesora, inspecciona... Si te doy mi opinión personal pienso que puede ser un órgano abocado a la disolución, dado que se podría perfectamente segmentar e integrar dentro de las propias ramas asistenciales, logrando una mejor comunicación y seguramente un ahorro económico, instalaciones, administrativos... Pero es un órgano necesario, y como te digo, desde fuera puede parecer un lastre, pero es algo fundamental para el correcto funcionamiento de los profesionales en la realización de sus tareas profesionales.

6.- ¿Cree necesaria la obtención de certificados de calidad, como el EFQM o el ISO?

Cuestionario al Dr. Enrique Delgado, Gerente de la Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria

Es algo sobre lo que he hablado mucho con la gente del exterior de la organización y entiendo que cueste mucho entenderlo. Sé que la sanidad no es transparente en estos aspectos ya que siempre se suele conocer el premio y nunca los esfuerzos necesarios para conseguirlos. Concretamente en el sello de calidad de los servicios, el EFQM, es una acreditación muy difícil de conseguir y sobre todo muy cara, cerca de los 20.000€ a lo largo de todo el proceso. Pero lo realmente importante es el proceso que se sigue para la obtención de este sello, es una modificación de la forma de trabajar de muchos profesionales, de los que se necesita también gran implicación. Requiere una elaboración de estructuras de trabajo, como pueden ser los mapas de procesos, para una correcta organización y funcionamiento de los servicios. Se necesita elaborar unos objetivos a corto y medio plazo, y por supuesto conseguirlos en el día a día para al final del camino tener el trabajo hecho. Por esto no es importante lo que cueste el sello, no es de importancia el recibir el sello, en sí lo importante es elaborar un plan de trabajo y de desarrollo, y cumplirlo. Lo que hace tener un sistema mejor organizado, más eficaz y eficiente, que otorgue a la población un mejor servicio por un mejor funcionamiento. El obtener el sello simplemente es la consecución de una meta, pero lo importante es el recorrido hacia ella, el llegar es un premio de reconocimiento.

He de explicar en este punto que fuimos reconocidos con el sello de mayor calidad, algo que hemos perdido en esta nueva edición, no por un empeoramiento del sistema, ni mucho menos, sino porque no hemos sabido seguir mejorando, y creo que nos hemos relajado, por eso te menciono que es importante el recorrido, no la meta en sí.

7.-¿Ve una mayor implicación en una u otra rama asistencial? ¿Por qué? ¿Cree que es más complejo en una rama que en la otra? ¿Por qué?

No, en absoluto. La labor asistencial requiere de una gran implicación de ambas ramas de profesionales, es algo necesario para estar donde estamos. Cuento con un gran grupo de profesionales en ambas ramas asistenciales, y el esfuerzo del equipo directivo ha sido mutuo en ambas ramas desde el comienzo del proceso.

En cuanto a la complejidad, ambas tienen sus puntos débiles, en atención primaria contamos con grandes distancias geográficas, “mucho terreno y muy poca población”, algo que es difícil de optimizar en cuanto a recursos se refiere. En contrapartida encontramos la atención especializada, donde encontramos un mayor volumen asistencial centrado digamos en dos edificios, pero la diversidad de especialidades hace que haya mucha heterogeneidad, tanto de profesionales como de procesos, y es aquí donde no encontramos la misma implicación en los distintos profesionales, ya que los modelos de gestión y de los servicios han de cambiar en ambas ramas para los requerimientos necesarios dadas sus características.

8.- Enfrentando los resultados, para el proceso de integración cree que son más beneficiosos los logros económicos, reducción del gasto farmacéutico, del

presupuesto... o los logros asistenciales, mejora de la salud de los ciudadanos, esperanza de vida, mejora en la calidad de vida...

Como médico y gerente veo mas importante la mejora de la calidad de vida y el bienestar de los pacientes, y es sobre esos pilares sobre los que realizamos el proceso de integración, es esa su misión.

9.- Si pudiésemos retroceder en el tiempo, ¿haría algún cambio significativo en el proceso de integración?

Sinceramente es un proceso largo en el que habremos cometido muchos fallos, pero simplemente volvería atrás un año si pudiese, y no me relajaría con el cambio de modelo, que es algo en lo que hemos fallado de manera absurda, dado que conseguimos lo mas difícil que fue subir hasta el nivel que estamos, y nos hemos relajado, lo que nos ha provocado relajarnos en nuestro proceso, es cierto que no ha sido un año relajado, hemos tenido muchos otros obstáculos, pero creíamos que teníamos todo hecho y nos equivocábamos.

10.- Con vistas al futuro... ¿cree que el modelo asistencial integrado es sostenible a largo plazo? ¿Por qué? ¿Cree que conseguirá Soria ser la primera provincia con un modelo formal, me refiero a aprobado por ley, de gerencia integrada?. De no ser así, ¿cuál cree que será el obstáculo/s que lo impidan?

Claro que el modelo integrado es sostenible, es uno de sus objetivos, el que regía antes no lo era en absoluto y sigue vigente en muchas provincias y comunidades.

No creo que fuésemos los primeros, seríamos de los primeros pero no seríamos los únicos. Como te comento, la política es uno de los grandes obstáculos que impide la mejora y expansión del modelo, por esto encontramos casos aislados como Soria, Granada, algunos hospitales locales... son células aisladas que carecen de publicidad ya que la mayoría no es así. Quizás falten resultados claros que hagan abrir los ojos en materia sanitaria, pero creo que son resultados suficientes para que la sociedad cambie la mentalidad y empuje a la política a cambiar. Creo que lo necesario es que la sociedad se conciencie de verdad lo que debe de ser un sistema sanitario público eficaz, que mejore la calidad de vida y el bienestar de los pacientes, que utilice las partidas presupuestarias para mejorar y no para ir año tras año con un funcionamiento incorrecto. Seguramente la sociedad avance y veamos cambios significativos, pero tengo claro que no se moverá nada en política hasta que la sociedad lo requiera, tampoco sería políticamente correcto favorecer unos sistemas mas avanzados que otros dentro de un mismo país.

