

# La sanidad andaluza: mucho ruido y pocas nueces



Los desencuentros entre la Junta y el Ministerio han sido constantes. | Kiko Huesca | Efe

- Los indicadores de esta CCAA no siempre permiten evaluar bien los resultados
- Se prima el ahorro sobre el buen hacer, denuncian estos especialistas

*Antonio García Ruiz | Nuria García-Agua Soler \* | Málaga*

**EL MUNDO.** Actualizado **viernes 08/02/2013 22:37 horas**

Según el Padrón Municipal de habitantes del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población de derecho en Andalucía es de 8.370.975 personas (a 1 de enero de 2010), siendo la región más poblada de España y representando el 17,8% del total nacional. La economía andaluza es la tercera economía de España en cuanto al tamaño de su Producto Interior Bruto (PIB). En términos nominales, en el 2010 fue de 147.806 millones de euros, lo que represento el 13,9% del total nacional. El PIB per cápita se situó en 17.656,9 euros, el 78,1% de la media nacional.

El número de hospitales en nuestra CCAA a fecha de 2011 es de 105, de los que 44 son públicos, nueve hospitales privados benéficos y 48 hospitales privados no benéficos [con ánimo de lucro]. El número de camas hospitalarias totales es de 22.231 (en 2005 eran 22.784), de las cuales 18.229 son publicas

o concertadas y 4.002 están en hospitales privados (546 camas más que en el 2005). El porcentaje del presupuesto dedicado a conciertos con entes privados fue del 4,72, siendo de los menores a nivel nacional.

Por cada 1.000 andaluces existen, según el último informe publicado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FDASP, enero 2013): 2,38 camas hospitalarias públicas; 1,43 médicos y 2,63 enfermeros en Atención Especializada (los más bajos de España), y 0,73 médicos y 0,56 enfermeros en Atención Primaria. Andalucía se encuentra entre las comunidades con **consultas de Primaria superiores a la media nacional** (incluyendo enfermería) e ingresos hospitalarios inferiores a la media.

Los [logros sanitarios más significativos](#) en nuestra CCAA (según la Junta de Andalucía) han sido: equidad, eficiencia, uso racional del medicamento y sistema de incentivos a profesionales.

Así, el diferencial entre los tramos de ingresos altos y bajos en buena salud percibida es más acentuado para el conjunto de España que en Andalucía. Tampoco existen diferencias en la frecuentación a consulta médica en función de la renta del paciente.

Los parámetros de eficiencia usados en la evaluación del Sistema de Salud Público Andaluz (SSPA) indican unos buenos resultados: **bajo gasto sanitario público por persona protegida versus esperanza de vida a los 65 años, y bajo gasto en farmacia.**

Respecto al **uso racional de medicamentos**, nuestra comunidad fue pionera en la prescripción por principio activo, situándose actualmente en más del 85% del total de prescripciones, aunque con mucha diferencia entre atención especializada y primaria. El gasto por receta facturada en el SSPA es de los más bajos en nuestro país, siendo de 11,34 euros/receta en el 2010.

La evolución del gasto en Atención Primaria sobre el gasto sanitario público en Andalucía desde 2002 a 2009 se ha situado en torno al 17% y por encima del conjunto de CCAA, con una diferencia porcentual de alrededor de 2,7 puntos, a raíz del pacto andaluz por el desarrollo de estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI, del año 2002.

Otra de las características son los incentivos a profesionales, que se realizan por resultados y no en función de los actos médicos, y desde hace años funcionan las Unidades de Gestión Clínica (UGC), un diseño organizativo que permite **incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos** utilizados en su propia práctica clínica.

### **'Much Ado About Nothing' (mucho ruido y pocas nueces)**

¿Bueno, bonito y barato? Si unimos un catálogo de prestaciones más generoso que el de Reino Unido, junto a una creencia popular de que "lo que es de todos no es de nadie" y una fuerte percepción de que 'quien paga manda' (prepotencia gerencial), todo a la vez 'difícil es'.

En nuestra CCAA -desde tiempos pasados- la equidad suele confundirse con la igualdad, y la mayoría de los indicadores sanitarios empleados por la Junta son de igualdad de acceso de la población (tiempos de espera para consultas, pruebas o intervenciones; utilización de las consultas de AP, etc.), no siendo adecuados para conocer la verdadera equidad sanitaria (mas o mejor acceso quien más lo necesite).

Hay **diferencias importantes entre zonas rurales y urbanas**, al menos en Atención Primaria, con ausencia de pediatras en muchas zonas con desigualdades de acceso para la población; lejanía de pueblos a centros de referencias para pruebas complementarias con nulo desarrollo de los Centros de Alta Resolución de Especialidades (CARE) rurales, prometidos tantas y tantas veces en períodos electorales.

Además, los resultados sanitarios obtenidos a veces pueden estar sesgados por **un mal uso de indicadores**. Así, a pesar del buen resultado al comparar gasto y esperanza de vida, si aplicásemos otro criterio de efectividad (mucho más equitativo) obtendríamos datos diferentes pues estamos situados entre las CCAA con menor esperanza de vida libre de incapacidad.

De otra parte, aunque no cabe duda del gran auge en estrategias para el [uso racional de medicamentos](#), la realidad es otra, ya que hasta hace poco tiempo se seguían financiando medicamentos de bajo o nulo valor terapéutico retirados de la financiación nacional hace más de una década. También coexiste una política de incentivos monetarios y presiones gerenciales hacia los médicos para el impulso de prescripción por principio activo, realizándose lo que tantas veces ha sido criticado a otros sectores sanitarios. Por no hablar del déficit a los proveedores (incluidos los farmacéuticos).

Los incentivos implantados en muchos de nuestros hospitales, suelen ser aquellos que premian el ahorro y no la calidad y el buen hacer o la excelencia profesional. Los objetivos de gestión clínica se plantean por Unidad y no individuales (por profesional) con lo cual se esconden muchas veces en el grupo para no evaluar de forma correcta y no aplicar objetivos asistenciales claros, primando claramente el capítulo 1 de Gasto y el de Farmacia por encima de cualquier otro.

Desde la Consejería de Sanidad se pregona la acreditación individual, que no se manifiesta en mejora al profesional, no se refleja en la microgestión y la consecución de objetivos es generalizada (**café para todos**) no según grado de ineficacia o poca efectividad o mala prescripción, etc.

Existe una clara miopía gerencial (o degeneración macular), que no evalúa los resultados en salud sino los resultados economicistas: cuánto has ahorrado en estatinas o en antihipertensivos o en antidiabéticos orales, en vez de cuántos infartos, ictus, amputaciones en diabéticos o muertes has evitado. A esto se puede sumar el exceso de celo de algunos profesionales produciendo medicamentos no autorizados en ciertas patologías graves.

Claro que nuestro sistema es barato, sobre todo cuando **los sueldos de los profesionales sanitarios están entre los más bajos de nuestro país.**

Actualmente, con la crisis, existe una clara ausencia de inversión en estructuras y recursos humanos en Primaria y Hospitalaria, con amortización de plazas y no cobertura de ausencias cortas o largas con detrimento claro de la calidad en la atención por tener que asumir el resto de profesionales el cupo o la labor de ese compañero.

En cualquier sistema sanitario del mundo lo importante es que los profesionales tengan la información y los incentivos convenientes para tomar decisiones clínicas coste-efectivas ([V. Ortún](#)), y esto con las UGC impuestas y cargos asignados (recolocación gerencial) nunca será posible (por ejemplo, se hace énfasis en la participación en la micro-gestión, cuando están inoperativos los Consejos de Salud en la planificación macro de las políticas sanitarias; o se ha renunciado a trabajar con el movimiento asociativo de pacientes; o una completa ausencia de la participación de los profesionales y la recogida de consenso en las UGC).

¿Que hemos perdido por falta de conocimiento y [clientelismo/servilismo gerencial hacia la clase 'política'](#) en nuestra CCAA? Pues, pasar de la gestión basada en el simple ahorro a una gestión más compleja y racional basada en criterios de evidencia y eficiencia, en el manejo de datos económicos y la revisión continua de los resultados.

A río revuelto, ganancia de pescadores, o lo que es igual: sanidad privada. Si se hunde el sector público hay oportunidad de negocio (algo que decía un profesor universitario y asesor sanitario).