

ME New Medical Economics

AULA DE INNOVACIÓN EN POLÍTICA SANITARIA Instituto Universitario de Pacientes

5

Plan Estratégico de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

11

Estudio Comparativo de los Planes de Salud de las CCAA

20

Diseño de un Plan Estratégico para Reordenar la Atención de las Urgencias Quirúrgicas

33

Ampliación de los Servicios Asistenciales de un Centro Sanitario Privado

UIC
barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes

janssen | PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

En colaboración con Janssen España

EDITOR

Boi Ruiz García
boi.ruiz@uic.es

DIRECTOR

José María Martínez García
jmmartinezgar@gmail.com

COORDINADOR GENERAL

Rafael Lledó Rodríguez
rlledo@fphag.org

EDITA

Health Economics, S.L.
C/ Velázquez 157
28002 Madrid
ISSN: 2792-4033

COMITÉ EDITORIAL

LLORENÇ SOTORRES BARTOLÍ
llsotorres@fundacio-puigvert.es

JOAN BOSCH SABATER
jboschs@uic.es

JOAN MARÍA FERRER TARRÉS
jm.ferrer@fsm.cat

CANDELA CALLE RODRÍGUEZ
ccalle@iconcologia.net

XAVIER MATE GARCÍA
xavier.mate@quironsalud.es

ISABEL AMO MORA
iamo@uic.es

A close-up photograph of a hand holding a gold-colored pen, poised to write on a document. The background is softly blurred, showing a desk and a window with natural light. A white rectangular box is overlaid on the center of the image, containing the word 'EDITORIAL' in a bold, black, sans-serif font.

EDITORIAL

Los trabajos publicados en este número tienen en común, tanto en forma de planes o de análisis, el poner la mirada en los dos actores principales de la atención sanitaria: pacientes y profesionales.

La reformulación periódica de la organización de una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos busca, teniendo al paciente como centro de esos cuidados, alcanzar una experiencia positiva de la atención recibida por este y por su entorno familiar, especialmente. Pero lo hace buscando también el confort de los profesionales en relación a lo que hacen.

Analizando los diferentes Planes de Salud de las CCAA y viendo que en todos ellos se orientan a profesionales y pacientes, se pone en evidencia la necesidad de que ciudadanos, pacientes y profesionales dispongan de un sistema de rendición de cuentas que permita evidenciar esos aspectos.

La propuesta para reordenar las urgencias quirúrgicas en una Región Sanitaria ante la insuficiente

disponibilidad en el mercado de médicos especialistas en Cirugía General también incide en la implicación en ello de pacientes y profesionales, además de gestores y políticos. También recoge la necesidad de unos protocolos de actuación que permitan reducir la variabilidad de la práctica clínica y de un sistema de evaluación continua que mediante la medición de resultados que afectan a la salud de las personas atendidas.

En la ampliación de la actividad de un centro privado se contempla la Cirugía Mayor Ambulatoria no solo por su coste-efectividad, si no por sus resultados sociales. En ellos objetiva la mejora para la experiencia del paciente en relación al dolor, el tiempo de espera o la convalecencia en el domicilio.

Los trabajos publicados ponen también de manifiesto, tanto para los decisores de las políticas sanitarias como para los gestores, que el planteamiento de una atención centrada en el paciente lleva a un cambio en el orden clásico de las premisas -algo paternalistas- con el que se ha venido abordando.



Plan Estratégico de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Vall d'Hebron



Rafael Lledó Rodríguez

Director General en Fundació Privada
Hospital Asil de Granollers
rlledo@fphag.org



Raquel Guerra Navas

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.
raguerra@vhebron.net

ABSTRACT

The exposed Strategic Plan, aims to systematize define and order the strategy of the Pediatric Intensive Care Unit of the Hospital Vall d'Hebron (PICU-VH), from its current situation (analyzed through a SWOT analysis) until compliance with the objectives defined at the beginning of the Strategic Plan.

The main points to be focused on, which have been developed in this Strategic Plan, include Quality Management, where the Patient-Centered Care is found, protocols and procedures and the quality and safety of the patient; resource management, which includes employee management and cost reduction (warehouse, medication dispenses and lingerie); patient management, which is referred to the nurse-patient ratio and workloads; and, finally, knowledge management, which tackles the training of healthcare personnel of the PICU-VH, internal communication and teamwork, external communication, information systems and research and conferences.

The assessment of the result of the Strategic Plan will be determined by key performance indicators (KPIs) defined for each specific block within the Pediatric Intensive Care Unit (PICU).

An effective implementation will imply an excellence quality of care, where the patient will be the center of care, professionals will feel comfortable and the overall management will be more efficient.

KEYWORDS

Strategic Plan, Management, Pediatric Intensive Care Unit, Nursing

RESUMEN

El Plan Estratégico que se expone pretende sistematizar y ordenar la estrategia enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Vall d'Hebron (UCIP-VH), desde su situación actual (analizada a través de un análisis DAFO) hasta el cumplimiento de los objetivos definidos al inicio de dicho Plan.

Los puntos principales a gestionar que se han desarrollado en este Plan Estratégico comprenden la gestión de la calidad, donde encontramos la Atención Centrada en el Paciente, protocolos y procedimientos y el programa calidad y seguridad del paciente; la gestión de recursos, que comprende la gestión de personal y la minimización de costes (almacén, dispensador de medicación y lencería); la gestión de pacientes, que hace referencia al ratio enfermera-paciente y a las cargas de trabajo; y, por último, la gestión del conocimiento, que engloba la formación del personal asistencial de la UCIP-VH, la comunicación interna y el trabajo en equipo, la comunicación externa, los sistemas de información y la investigación y los congresos.

La valoración de los resultados del Plan Estratégico vendrá determinada por los indicadores definidos para cada bloque específico a gestionar dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Una implementación efectiva conllevará una excelente calidad asistencial, donde el paciente será el centro de los cuidados, los profesionales trabajarán "a gusto" y donde la gestión será eficiente.

PALABRAS CLAVE

Plan Estratégico, Gestión, Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos, Enfermería

INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Vall d'Hebron pretende definir las estrategias y metas a llevar a cabo dentro de la UCIP, que tendrán impacto directo sobre el paciente y sus familias, más concretamente sobre su proceso asistencial y sus cuidados.

El presente Plan Estratégico está dirigido y pensado para la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, pero este se podría adaptar a cualquier unidad asistencial, realizando un análisis situacional inicial de dicha unidad y el momento concreto a gestionar.

Son muchos los planes estratégicos que se pueden encontrar de hospitales de España y del resto del mundo, pero después de hacer búsqueda bibliográfica exhaustiva, se ha considerado adecuado utilizar el Plan Estratégico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC / 2018-2022), como guía para la realización del "Plan estratégico de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Vall d'Hebron", dado que responde a las necesidades de los pacientes críticos, sus familias y la sociedad en general¹.

Por otro lado, y dado que la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Vall d'Hebron se encuentra en Catalunya, no se puede desarrollar el Plan Estratégico sin hacer referencia al Pla de Salut de Catalunya 2016-2020², puesto que servirá como referencia en el momento de implementar las políticas de actuación dentro de la UCIP.

La hipótesis que se formula es que, si se diseña y aplica la propuesta de un plan estratégico para la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos UCIP del Hospital Vall d'Hebron, se conseguirá una asistencia a los pacientes de mayor calidad, más segura, más eficiente y con un mejor ambiente de trabajo.

Como objetivo general se tiene "elaborar un Plan Estratégico de Enfermería para la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos UCIP del Hospital Vall d'Hebron".

Y, como objetivos específicos, se encuentra que con el Plan Estratégico de la UCIP del Hospital Vall d'Hebron, se pretende:

- Mejorar la calidad asistencial.
- Conseguir que la experiencia del paciente/familia dentro de todo el proceso asistencial sea excelente.
- Realizar unos cuidados al paciente y un proceso asistencial con la máxima seguridad posible.

- Realizar una gestión de la UCIP del Hospital Vall d'Hebron lo más eficiente posible.
- Mejorar el ambiente de trabajo y lograr que el personal asistencial trabaje porque "se siente a gusto", y no solo porque "le guste".

CONTENIDO

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Vall d'Hebron está compuesta por 140 profesionales que dan soporte vital a pacientes de Cataluña y de otras comunidades autónomas, con pocos días de vida hasta la edad adulta. Se tratan pacientes que precisan soporte vital: tienen alguna cardiopatía congénita, precisan algún trasplante de órgano sólido, pacientes neurocríticos, quemados, lesionados medulares, ...

A continuación, se exponen el análisis DAFO (Figura 1), así como la misión, visión y valores de la UCIP:

- Misión. Cuidar de la salud de los niños/as y de sus familias, mediante una atención sanitaria efectiva, eficiente, segura y de calidad, en el tratamiento de las enfermedades o en la ayuda a una muerte digna.
- Visión. Siguiendo los valores del Hospital Vall d'Hebron, pretende dar una asistencia sanitaria excelente, basada en la tecnología y la innovación, apoyada por el Hospital Vall d'Hebron, y que sea de referencia a nivel estatal y mundial.
- Valores. La UCIP también sigue los valores del Hospital Vall d'Hebron (innovación, excelencia y conocimiento), ya que forma parte del Hospital, pero querría matizar el valor de la excelencia, la cual engloba conceptos como la mejora continua de la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la humanización de los cuidados.

1. GESTIÓN DE LA CALIDAD

Atención centrada en el paciente (ACP) y la familia

Para el paciente pediátrico, igual que para todo paciente frágil, la hospitalización representa un gran impacto.

Mediante la participación del paciente y de las familias, el hecho de tener en cuenta su opinión, hace que se sientan parte de la solución y esto conlleva a obtener mejores resultados clínicos, una disminución de la estancia hospitalaria, reducción del dolor, la ansiedad y la mejora de la seguridad del paciente.

Por este motivo, los profesionales asistenciales de la UCIP que se muestran muy implicados en el cuidado del paciente y su rápida recuperación con la mejor calidad de vida posible, precisan de una formación específica

DEBILIDADES	AMENAZAS
Falta de cultura de seguridad.	Complejidad creciente de la tecnología sanitaria.
Ausencia de encuestas de satisfacción del paciente.	Competencia exterior con una gran estrategia de comunicación y marketing.
Plantilla poco estable.	Mejores contratos laborales a los profesionales por parte de otros centros hospitalarios.
Falta de uso de escalas de cargas de trabajo.	Información de los padres sobre la enfermedad de su hijo a través de internet, que impacta en el proceso asistencial del paciente.
Falta revisión protocolos.	
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Unidad con puertas abiertas a los padres 24h.	Ausencia de otro centro en Cataluña con igual o mayor innovación tecnológica.
Personal asistencial muy empático con el paciente y sus familias.	Exclusividad de tratamientos o procesos asistenciales dentro de Cataluña y referente en todo el territorio estatal.
Implicación de los profesionales en su formación continuada y en la formación del personal de nueva incorporación.	Existencia especialidad enfermería pediátrica.
Grandes recursos materiales y tecnológicos.	Internet como herramienta para la actualización de los avances en medicina y cuidados enfermeros.

Figura 1. Análisis DAFO.

en la cultura de la atención centrada en el paciente y la familia, y en las actividades que forman parte de los programas de humanización que se pueden llevar a cabo dentro de la UCIP y que tienen como objetivo que el/la niño/a y su familia puedan vivir la hospitalización de la forma más positiva posible³.

Esta formación, también dará pie a la realización de proyectos de investigación cualitativa, en los que el papel del paciente y su familia es fundamental a la hora de la realización de encuestas donde expresar y hacer propuestas de mejora en la asistencia recibida y que formarán parte de la práctica clínica de la UCIP.

Protocolos y procedimientos

Tal y como indica la "Guía de Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones", del Ministerio de Sanidad y Política Social del 2010, se consideran imprescindibles como requisitos y criterios de organización de la UCI para garantizar la atención del paciente, entre otros, la protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos más frecuentes atendidos/realizados en la UCI. Siguiendo estas indicaciones, y teniendo en cuenta que la protocolización de las actividades y procedimientos tienen un gran impacto sobre la seguridad del paciente y sobre la calidad asistencial, se considera importante que los protocolos y procedimientos del Hospital Vall d'Hebron, y más concretamente de la UCIP, sean revisados y actualizados según la evidencia científica y la bibliografía actual, cada 4 años⁴.

La realización, revisión y actualización de los protocolos específicos de la UCIP, se realizará a través de grupos de trabajo multidisciplinar donde se trabajará cada protocolo. Posteriormente, y una vez validado el protocolo, se harán sesiones informativas a todos los profesionales de todas las categorías profesionales y de todos los turnos de la UCIP.

Programa calidad y seguridad del paciente

El programa de calidad y seguridad del paciente del Hospital Vall d'Hebron, y más concretamente de la UCIP, no es posible si los profesionales asistenciales no tienen la cultura de seguridad. Es decir, una cultura en la que los procesos y los procedimientos de trabajo estén enfocados a la mejora de la seguridad y donde todos los profesionales estén concienciados de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores y eventos adversos. Por eso, es importante, inicialmente, inculcar la cultura de seguridad a todos los profesionales y de todos los turnos de la UCIP.

A continuación, se crearán grupos de trabajo multidisciplinarios con profesionales de la UCIP de todos los turnos, para analizar los eventos adversos acontecidos y notificados.

Por último, se harán sesiones informativas a todos los profesionales de todos los turnos de la UCIP, con las medidas a implementar propuestas por el grupo de trabajo de seguridad del paciente de la UCIP, con

la intención de evitar que se vuelvan a repetir los eventos adversos acontecidos y notificados.

2. GESTIÓN DE RECURSOS

Gestión de personal

El personal de enfermería que da asistencia en la UCI ha de tener formación específica en cuidados críticos que le aporte un profundo conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos de los pacientes y de las respuestas del paciente a la enfermedad. Además, ha de estar capacitado para valorar y planificar los cuidados a pacientes en situación crítica⁵.

Por este motivo, es importante, que el Departamento de Gestión de Profesionales, en colaboración con la supervisora de Enfermería de la UCIP (que conoce las cargas de trabajo que hay en cada momento, derivadas de la gravedad de los pacientes ingresados), gestione la plantilla de personal de enfermería asistencial^a, con la intención que esta sea lo más estable posible y tenga las habilidades y la formación que requiere el cuidado de los pacientes críticos. Además, el hecho de que la plantilla del personal asistencial sea lo más estable posible, tendrá un gran impacto sobre la seguridad del paciente y sobre la calidad de los cuidados realizados al paciente.

Minimización de costes

A nivel de la UCIP-VH, a continuación, se analizarán aquellos puntos donde minimizar costes sin que afecten en la calidad asistencial y a la seguridad del paciente.

- Almacén. Se hará una revisión del material fungible de un solo uso de los almacenes de la UCIP. Se considera importante ver si la cantidad de stock que hay de cada producto es correcto, excesivo o, incluso, si un determinado material no se utiliza en la actividad asistencial. La disminución o anulación de stocks de determinado material del almacén, puede disminuir los costes generados por la acumulación de material innecesario.
- Dispensador de medicación (PIXIS®). En el caso del dispensador de medicación que se encuentra al alcance de las enfermeras, para que puedan preparar y administrar la medicación, pasa lo mismo que con el almacén: hay fármacos que se utilizan muy a menudo, con lo que se tendría que aumentar su stock, y otros que se encuentran dentro del Pixis® que se utilizan poco o nada, por lo que se debería de disminuir o eliminar su stock.
- Lencería^b. La necesidad de más o menos material de lencería tiene una relación directa con la ocupación de la UCIP y también puede tener cierta relación con

las cargas asistenciales de cada momento. Es decir, a más ocupación y más cargas asistenciales más uso de material de lencería y, por tanto, aumento de los costes. Por eso, se hace necesario revisarla para que no haya un exceso innecesario.

3. GESTIÓN DE PACIENTES

Ratio enfermera-paciente y cargas de trabajo

El ratio enfermera-paciente es el número de pacientes al cual cuida y es responsable cada enfermera durante su turno de trabajo. Una deficiente relación enfermera-paciente conlleva un aumento de los días de hospitalización, de la tasa de mortalidad de los pacientes postquirúrgicos, de las infecciones nosocomiales y de las úlceras por presión (UPP). En cuanto a los profesionales conlleva a un aumento del *burnout* y de las bajas laborales.

La correcta gestión del personal conllevará a que los cuidados de los pacientes sean seguros y de calidad, con una disminución de los costes asistenciales.

Para objetivar el ratio enfermera-paciente de la UCIP se utilizarán escalas de valoración de cargas de trabajo; siendo las más utilizadas TISS, NEMS, NAS y VACTE©.

Se considera que la escala VACTE© es la que refleja mejor todas las actividades que las enfermeras de la UCIP realizan. La bibliografía consultada indica que no hay ninguna escala de valoración de cargas de trabajo que refleje, de manera real, las cargas de trabajo en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Por lo que se crea la necesidad de elaborar, aunque sea a nivel interno de la UCIP-VH, una escala de valoración de cargas de trabajo a través de un grupo de trabajo formado por enfermeras de la UCIP de todos los turnos de trabajo asistencial.

4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Formación personal asistencial

Si bien es cierto que gran parte de los conocimientos de los cuidados al paciente crítico y la prevención de las complicaciones derivadas de su proceso patológico se adquieren con la experiencia y la práctica asistencial, se crea la necesidad de una formación teórico-práctica para el personal de enfermería, enfermeras y TCAI (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería), previa al inicio del desarrollo de la actividad asistencial y dirigida a personal de nueva incorporación en la UCIP. Esta formación se llevará a cabo a través de dos cursos dirigidos a personal de nueva incorporación en la UCIP-VH: un curso específico para enfermeras y otro curso para TCAI, aunque puede haber una parte del curso que sea

a) Se entiende por personal de enfermería el formado por Enfermeras y TCAI (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería).

b) En este caso concreto, se habla de lencería al material compuesto por sábanas, traveseros, fundas de cojín, toallas, batas no estériles y pijamas de diferentes tallas. No se tendrán en cuenta los uniformes del personal asistencial.

común para las dos categorías profesionales. Éstos dos cursos se realizarían periódicamente cada año o cada dos años, en función del número de personal asistencial de nueva incorporación.

Por otro lado, también es muy necesaria la formación continuada del personal asistencial experto y que tiene gran experiencia en la UCIP, como consecuencia, en gran parte, de los avances tecnológicos y en innovación, siempre con el objetivo de mantener la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Por eso, se realizarán cursos y sesiones de formación continuada, de diferentes temáticas, según las necesidades del momento y del personal asistencial.

Comunicación interna y trabajo en equipo

En el caso específico de la UCIP se considera una prioridad la realización de sesiones de simulación de habilidades no técnicas sobre la comunicación y el trabajo en equipo, para minimizar/evitar los errores que se producen en la práctica asistencial diaria. Estas sesiones se realizarían en colaboración con el Centro de Simulación Clínica Avanzada del Hospital Vall d'Hebron.

Comunicación externa

La complejidad de los pacientes ingresados en la UCIP del Hospital Vall d'Hebron y las necesidades terapéuticas y de cuidados que precisan estos pacientes, hacen que se requiera la participación de otros profesionales sanitarios de servicios del hospital externos a la UCI, dentro de la práctica asistencial diaria.

Actualmente, cuando un paciente ha de ser trasladado a otra unidad fuera de la UCIP para la realización de una prueba de diagnóstico, la información clínica y la de los dispositivos del cual es portador el paciente se realiza vía telefónica. En ocasiones, se producen errores en el momento de dar toda la información que el servicio de diagnóstico precisa para la realización de la prueba. Por esto, se propone una hoja/documento con toda la información a transmitir a los servicios de diagnóstico antes del traslado del paciente, y que también puede ser utilizado cuando el paciente es dado de alta a planta.

Por otro lado, se encuentra el circuito de pedido de medicación a farmacia cuando el fármaco, pautado por el facultativo, no se encuentra en el Pixis®. En este caso, se considera que el circuito actual de pedido de medicación a farmacia es poco ágil, poco ecológico y representa mucho tiempo para la enfermera asistencial que se resta del tiempo que dedica al cuidado del paciente. Por este motivo, se pretende agilizar el circuito de pedido de fármacos que no se encuentran en la UCIP.

Sistemas de información

Todos los sistemas de información del Hospital Vall d'Hebron: SAP, Gacela, Silicon y Centricity Critical Care

(CCC) forman parte del registro legal de la actividad asistencial. Por esto, se crea la necesidad de formar al personal de nueva incorporación a la UCIP en el uso de las plataformas SAP y CCC.

Del mismo modo, y debido a las actualizaciones y mejoras que se van produciendo en las plataformas de gestión de la información clínica digital, es necesario realizar sesiones formativas y de actualización de los cambios producidos en estas plataformas, con la intención de que el personal asistencial, usuario de las plataformas, sea conocedor de los nuevos recursos de registro/información disponibles.

Investigación y congresos

Los avances en Medicina, en Tecnología, en los cuidados de enfermería para mantener la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la prevención de las complicaciones derivadas de estos cuidados, no serían posibles sin la realización de trabajos de investigación. De aquí la importancia de promover y dar apoyo a la participación en proyectos de investigación que se puedan aplicar a la práctica asistencial diaria de los pacientes ingresados en la UCIP.

Del mismo modo, también se considera importante la presentación de los proyectos de investigación llevados a cabo en congresos de ámbito autonómico, estatal o internacional.

RESULTADOS

Los resultados que podemos esperar de la implementación de este Plan Estratégico son:

- Cuidados y procedimientos de gran calidad y seguros, sin eventos adversos.
- Una experiencia del paciente y sus familias buena.
- Que los profesionales de la UCIP se sientan integrados dentro de la unidad asistencial, lo que favorecerá un aumento en la participación en los grupos de trabajo, formación, la docencia a los nuevos profesionales ...
- Aumento de la participación en congresos.
- Mejora en el trabajo en equipo, mejorando el ambiente de trabajo y la disminución de los costes.

Para evaluar los resultados, utilizaremos diferentes indicadores específicos:

Calidad y seguridad:

- Encuestas de satisfacción pacientes.

- Reclamaciones.
- Eventos adversos/errores que producen mal al paciente.
- Protocolos y procedimientos actualizados y no actualizados.
- Infecciones nosocomiales en 1 mes y 1 año.
- Bacteriemias (CVC, SV y neumonía) en 1 mes y 1 año.
- UPP en 1 mes.

Recursos humanos:

- DUE (Diplomado Universitario en Enfermería) y TCAI ubicadas en la UCIP.
- Corretornos.
- DUE responsables de 1 paciente.
- DUE responsables de 2 pacientes.

Conocimiento:

- Nº acciones formativas (profesionales nuevos y expertos).
- Sesiones y participación simulación (comunicación y trabajo en equipo).
- Proyectos de investigación presentados en congresos.
- DUE y TCAI docentes y en prácticas.

Recursos materiales:

- Gasto de farmacia.
- Gasto de material fungible.
- % lencería sobrante c/24h según ocupación pacientes.

Otros:

- Encuestas de satisfacción y ambiente de trabajo.

CONCLUSIONES

La actualización de protocolos, una plantilla de personal asistencial estable, la valoración ratio enfermería-paciente, la formación inicial y continuada de los profesionales y la mejora de la comunicación y el trabajo en equipo tienen un gran impacto sobre la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Por eso, se considera que la implementación de este Plan Estratégico ha de ser liderado por una persona, en este caso la supervisora de Enfermería quien con sus funciones, aptitudes y aplicando un tipo de liderazgo adecuado a cada situación específica, conllevará a una implementación efectiva que tendrá como resultado una excelente calidad asistencial, donde el paciente será el centro de los cuidados, donde la experiencia del paciente será buena, los profesionales trabajarán "a gusto" y no solo porque les guste su profesión y donde la gestión será eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan estratégico 2018-2022 de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias [Internet]. Madrid: SEMICYUC, 2018 [citado noviembre 2020]. Disponible en: <https://semicyuc.org/plan-estrategico/>
2. Pla de Salut 2016-2020 [Internet]. Cataluña: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2016 [citado agosto 2020]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/
3. Guerra Navas R, Sala Castellví P. El niño ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Atención integral en pediatría desde la Pedagogía Hospitalaria. Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe; 2016. p. 157-186.
4. Grupo de trabajo sobre actualización GPC. Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2010. Madrid; Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.



Estudio Comparativo de los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas de España



Marcel Esquius Díez

Médico. Máster en Gestión Sanitaria por la UIC.
mesquiusdiez@uic.es



Llorenç Sotorres Bartolí

Secretario General de la Fundación Puigvert
llosotorres@fundacio-puigvert.es

ABSTRACT

Background. Currently there is a general ignorance of health initiatives beyond the Spanish regional level. This information is currently gathered in the Healthcare Long Term Plans of each region but is not structured and lacks the accountability. Organizing it and increasing accountability has become a growing necessity due to the increasingly global nature of our society and the precepts of evidence-based medicine.

Methods. A systematic review of the Healthcare Long Term Plans^a of the Autonomous Communities and autonomous cities was conducted. The objectives were to see which health problems are prioritized and what objectives are chosen to solve them and to raise awareness about the need to publish outcomes.

Results. The strategic axes, priority areas and health objectives were critically reviewed and organized. Lastly, the need to publish health outcomes was made evident.

Conclusions. It is necessary to advance in terms of outcomes accountability in Spanish healthcare. A need for coordination between autonomous communities is made evident so that the healthcare system can keep striving for excellence.

KEYWORDS

Healthcare Long Term Plan, Health Plan, Accountability, Health Objectives, Healthcare Planning

RESUMEN

Antecedentes. Actualmente existe un desconocimiento general de las iniciativas de salud más allá de cada uno de los diferentes marcos autonómicos españoles. Esta información, publicada en los planes de salud de cada región, está desestructurada y carece de rendición de resultados. La globalización y la práctica de la medicina basada en la evidencia hacen de su organización y la publicación de resultados una necesidad.

Métodos. Se ha realizado una revisión sistemática de los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) de España. Los objetivos han sido ver qué problemas de salud se priorizan y qué objetivos son planteados para resolverlos y concienciar sobre la necesidad de la publicación de resultados en salud.

Resultados. Se han revisado críticamente y estructurado los ejes estratégicos, áreas prioritarias y objetivos en salud y se ha evidenciado la necesidad de la publicación de resultados.

Conclusiones. Es necesario avanzar en materia de rendición de cuentas en la sanidad española. Se evidencia una necesidad de coordinación entre comunidades autónomas para el continuo progreso hacia la excelencia de la sanidad.

PALABRAS CLAVE

Plan de Salud, Publicación de Resultados, Objetivos en Salud, Planificación Sanitaria

a) Note on the term Healthcare Long Term Plan: the true translation of Plan de Salud from Spanish is Health Plan. However, in English it is usually associated to private hired health plans. To avoid confusion, the term Healthcare Long Term Plan, derived from the British National Health Service Long Term Plan, has been chosen as an alternative.

INTRODUCCIÓN

Marco teórico, definición y estado actual del problema

En el momento de la transición hacia la democracia en el Estado Español, la gestión de la Sanidad en España cambió de un modelo Bismark de Seguridad Social a un modelo Beveridge de Sistema Nacional de Salud. El modelo Bismark, basado en una financiación mediante las contribuciones a las cajas de la Seguridad Social por parte de los trabajadores y empleadores, ofrecía cobertura tanto a empleados como familiares (beneficiarios) pero excluía de su amparo al resto de ciudadanos. El modelo Beveridge apuesta por un modelo de Sistema Nacional de Salud, al que todos los ciudadanos tienen derecho de acceso independientemente de su estatus laboral. Fundamentalmente también difiere en su financiación: esta ya no depende de las contribuciones individuales de cada trabajador, sino que es costeado mediante los impuestos generales del Estado. Este dato resulta importante porque nos indicará con qué otros sistemas sanitarios podemos establecer símiles y comparativas en el marco internacional. Ejemplos de un modelo Beveridge (y por tanto fácilmente comparables a nuestro Sistema Nacional de Salud) serían el *National Health Service* de Reino Unido o el *Australian Health System* de Australia, mientras que un ejemplo del modelo Bismark sería el empleado en Alemania. Pese a sus similares bases, los sistemas sanitarios españoles y británicos difieren en su funcionamiento, coberturas, estructuración y, sobre todo, en su población, por lo que sus diferencias no son siempre comparables en igualdad de condiciones. Sin embargo, dentro del territorio español nos encontramos que existen 19 formas distintas de organización de los servicios sanitarios que surgen de una serie de condiciones mucho más equiparables entre ellas. Es decir, el Sistema Nacional de Salud establece una serie de condiciones y coberturas, pero de él nacen 19 sistemas autonómicos de salud (17 CCAA y 2 ciudades autónomas) que operan independientemente los unos de los otros para dar respuesta a este mismo requerimiento. Por tanto, comparar los Planes de Salud de las distintas Comunidades Autónomas resulta, quizás, más interesante que comparar los modelos sanitarios entre diferentes estados. Este proyecto ofrece la oportunidad de comparar la organización de distintos servicios sanitarios basados en una serie de condiciones muy similares.

La razón por la que hasta ahora no se haya llevado a cabo un proyecto de similares características probablemente resida en la historia política de España. Siguiendo el principio de descentralización territorial, el traspaso de competencias sanitarias

desde el INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) a las Comunidades Autónomas se inició en 1981, pero este no culminaría hasta el 2001. Con la transición democrática el gobierno central mantuvo las competencias sobre las Bases de la Sanidad (qué servicios deben cubrirse), legislación sobre productos farmacéuticos y materia de sanidad exterior. Sin embargo, las Comunidades Autónomas adquirieron competencias en materia de la gestión territorial. A efectos prácticos, el gobierno establece las normas del juego (qué servicios se ofrecen y qué medicación se financia) y los gobiernos autonómicos deciden cómo dan este servicio a su población. Durante este periodo hubo también grandes reformas en materia de sanidad, que esencialmente significaron el paso de un modelo Bismark de Seguridad Social a un modelo Beveridge de Servicio Nacional de Salud (como hemos explicado anteriormente). Con lo cual, las Comunidades Autónomas hasta ahora han necesitado este tiempo para establecer y afianzar sus respectivos sistemas de salud y, es ahora, donde se pueden evaluar las diferencias entre los diversos Planes de Salud ya maduros.

Actualmente en España no existe una forma de conocer cómo otra Comunidad Autónoma ha decidido dar respuesta a una necesidad sanitaria de su población, exceptuando la consulta de su plan de salud. Esta manera puede ser útil cuando se trata de comparar una Comunidad Autónoma con otra, pero no resulta operativo consultar 17 planes de salud distintos cada vez que se pretende crear alguna iniciativa sanitaria para ver si ya se lleva a término en otro lugar, evaluar qué éxito está teniendo y ver con qué dificultades se han encontrado previamente o si directamente existe una mejor opción a la que se está planteando.

De una evaluación rápida de la bibliografía esencial para este trabajo, los Planes de Salud ponen de manifiesto dos problemas de suma importancia en el marco actual: la mínima publicación de resultados en materia de salud y la disparidad en su elaboración.

Existe bibliografía reciente que expone el hecho de que actualmente la publicación de resultados en salud de forma generalizada en España únicamente se lleva a cabo en dos CCAA (Cataluña y Comunidad de Madrid). Afortunadamente este escenario no se da en una medida tan extrema en lo concerniente a los datos pormayorizados que conciernen los Planes de Salud y son, quizás estos documentos, el mejor sitio donde encontrar un resumen razonablemente actualizado de la situación de salud de cada comunidad (nótese que algunos planes de salud incluyen únicamente un resumen en el cuerpo del documento y facilitan enlaces donde acceder a toda la información detallada). Uno podría preguntarse,

¿dónde puede considerarse que reside el problema de la publicación de resultados en los planes de salud? Si se reportan los datos, ¿qué se está haciendo incorrectamente? El primer problema se identifica en el análisis de los resultados del periodo anterior. Tarea que en algunos planes se lleva a cabo con exquisito detalle, mientras que en otros no se plasma que se haya realizado. Resulta difícil saber si se está orientando el proyecto de salud de una Comunidad Autónoma correctamente si no se evalúa debidamente el progreso del anterior documento guía.

El segundo problema que puede identificarse en relación con los resultados concierne a la evaluación de estos. Dependiendo del plan que evaluemos, podemos encontrar que se proponen formas de evaluar el cumplimiento de los objetivos que podrían ser válidas, pero requieren de clarificación, que directamente no son medibles o simplemente que no son reportadas. Es cierto que existen variables de difícil medición y que en un análisis poblacional en los que se basan los Planes de Salud no todos los objetivos serán medibles de manera cuantitativa. Sin embargo, es frecuente encontrarse objetivos medibles sin una metodología de evaluación asignada.

Finalmente, respecto a su elaboración, pueden objetivarse deficiencias notables o hasta ausencia de ciertos elementos, cuya presencia en otros Planes de Salud hace evidente su necesidad. Estos elementos son más frecuentemente memorias económicas, descripciones metodológicas de la elaboración del plan, presentación de principios guía y misión, visión y valores, metodología de evaluación de objetivos propuestos y evaluación del plan anterior.

Planteamiento y justificación del proyecto en el contexto del problema

Como se ha comentado, el problema consiste en la dificultad práctica para un profesional para comparar los planes de salud de las CCAA, para valorar el éxito que está teniendo esta iniciativa y ver con qué dificultades se han encontrado previamente o si directamente existe una mejor opción a la que se está planteando. En un mundo globalizado, donde la medicina no depende únicamente del conocimiento local, sino que se nutre de los avances en todo el mundo, resulta irracional que los gestores sanitarios no dispongan de información sobre las herramientas ni métodos de sus vecinos y se vean obligados a avanzar ellos mismos, nutriéndose únicamente de la innovación de unos pocos cuando podrían disponer del ingenio de todas las regiones del Estado. Por esta razón, comparar los planes de salud de las distintas Comunidades Autónomas resulta una empresa de interés nacional que tiene el potencial de resultar el inicio de un proyecto de

coordinación entre las distintas CCAA con el fin de ofrecer una mejor atención sanitaria.

Así pues, comparar los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas y de INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria) no es únicamente un proyecto intelectualmente estimulante, sino la forma necesaria de dar respuesta a las necesidades crecientes de coordinación en un mundo con la globalización al alza. Además, consiste en el siguiente paso evolutivo para el Sistema Nacional de Salud dentro del contexto político de nuestro país, en el que los servicios autonómicos de salud ya están firmemente establecidos y ahora deben centrarse en mejorar la atención sanitaria.

Con esta revisión se podría ganar una visión más amplia de esta situación y aportar evidencia científica al respecto, para que se disponga de un mayor número de herramientas que permitan a los gestores sanitarios y creadores de políticas sanitarias mejor conocimiento del resto del entorno español.

Esta revisión espera poder sentar una base sobre los elementos indispensables en los Planes de Salud, que se pueda tener en cuenta en la confección de estos en el futuro y que enriquezca los proyectos de salud futuros tanto a nivel nacional como internacional.

Este proyecto, además, no se trata de un callejón sin salida, sino que nace con la intención de ser los cimientos de una futura matriz de comparación de resultados en salud entre Comunidades Autónomas para que todas puedan beneficiarse de las iniciativas más exitosas de cada una y hasta llegar a coordinarse para desarrollar políticas sanitarias con mayor impacto. Cabe destacar que de esta intención se deriva también una enorme amenaza para este proyecto, que es el mal uso de sus datos por la prensa y otros agentes con intereses propios, como ha ocurrido ya con anterioridad en Catalunya con la Central de Resultados que ha dado lugar a titulares poco ajustados a la realidad como "Salut puntúa Sant Pau peor que el Hospital Clínic" de *La Vanguardia*.

Finalmente, es necesario destacar el impacto que este proyecto puede tener en la gestión de la post-pandemia, pues con ella se ha entrado en una época de recesión económica donde será necesario priorizar y comparar resultados para aplicar las mejores medidas posibles.

Cabe destacar que nada de lo hasta aquí expuesto justifica la valoración de este trabajo como herramienta para evaluar y juzgar si las prioridades en salud que se determinan en una CCAA son las adecuadas o pertinentes. Las diferencias históricas del territorio y de la población han dado lugar a

una disparidad en la gestión de los planes de salud que condiciona de tal forma que, aunque podamos compararlos, no sea posible apuntar con el dedo y decir este es mejor que el otro.

CONTENIDO

1. OBJETIVOS

Este proyecto tiene dos objetivos:

- El primero consiste en revisar críticamente los ejes estratégicos, áreas prioritarias y objetivos en salud para identificar los elementos prioritarios, la planificación y su implementación.
- El segundo objetivo es concienciar sobre la necesidad de la publicación de resultados y sentar las bases para una futura matriz de comparación de resultados en salud entre Comunidades Autónomas para que todas puedan beneficiarse de las iniciativas más exitosas de cada una y hasta llegar a coordinarse para desarrollar políticas sanitarias con mayor impacto.

2. METODOLOGÍA

Este estudio consiste en una revisión sistemática. El objeto de este proyecto son los planes de salud de las CCAA y las ciudades autónomas del Estado español debido a que hacen uso de un mismo modelo sanitario (Beverigde) y se ciñen todos ellos a un mismo marco legal. Se han valorado las prioridades y objetivos en salud de los distintos planes para establecer un marco de referencia enfocado principalmente a los profesionales y gestores sanitarios.

Se han evaluado 16 Planes de Salud, correspondientes a las siguientes comunidades: Andalucía, Aragón, Asturias, Islas Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia.

Se han excluido de este proyecto los planes de salud de la Comunidad de Madrid y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla por la imposibilidad en la obtención de sus planes de salud.

3. ANÁLISIS

Análisis de ejes de intervención, áreas prioritarias y objetivos (Marco de Referencia)

Se evaluaron los ejes de intervención, que son la agrupación en grandes grupos de los objetivos y áreas consideradas más importantes para la salud de cada Comunidad Autónoma. A continuación, se valoraron las áreas prioritarias en los casos que se daban y, finalmente, se analizaron los objetivos específicos de cada plan de salud para comparar la co-

rrespondencia entre ellos. En el Anexo adjunto al final del artículo se numeran los ejes de intervención de los Planes incluidos en el estudio.

RESULTADOS

Marco de Referencia

Atendiendo a la escala o, por el contrario, a la concreción de los ejes de intervención pueden encontrarse/generarse dos grupos muy distintos. Unos proponen como ejes de intervención elementos que el otro grupo considera como áreas prioritarias u objetivos (ambas, en este trabajo, consideradas subcategorías de los ejes). Habitualmente este fenómeno va asociado al uso de la categoría de áreas prioritarias, aunque no necesariamente, como es en el caso de Aragón, Castilla y León y País Vasco. En el primer grupo, que entremezclan ejes y áreas, encontraríamos los Planes de Salud de Andalucía, Islas Baleares, Canarias, Navarra y Valencia. En el segundo, Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Murcia y País Vasco. Los Planes de Salud de Cantabria y La Rioja, son una excepción debido a que no hacen uso de ejes de intervención, sino que agrupan sus objetivos específicos mediante las áreas prioritarias. Por esta razón, en ellos, podemos encontrar notables diferencias con el resto de Planes de Salud. Estas diferencias, aun siendo de naturaleza clasificatoria, tienen especial relevancia ya que indican qué elementos prioriza cada Comunidad Autónoma en su Plan de Salud.

Por otro lado, que no figure entre los ejes de intervención o sus áreas prioritarias, no significa que no sea un objetivo a tratar o que no se hayan propuesto acciones o planes para abordarlos. Una valoración más detallada de estos revela muchas más similitudes en las acciones específicas de las que podrían esperarse tras observar ejes de intervención tan divergentes.

Publicación de resultados en salud

El conocimiento de que Plan de Salud es más eficiente, comparando los resultados en salud con los recursos consumidos, es lo que marca la necesidad de disponer de indicadores que permitan comparar resultados de manera fiable entre distintos sistemas (servicios de salud autonómicos en este caso).

Actualmente, únicamente Cataluña y en la Comunidad de Madrid tienen activo un sistema de publicación de resultados en salud, separado del Plan de Salud. La reproducción estas iniciativas en el resto de CCAA, acompañada de la implementación de las recomendaciones hasta ahora expuestas sobre la confección de planes de salud, permitiría identifi-

car las iniciativas y programas de salud más exitosos. Esto, además de satisfacer las necesidades de transparencia en una sociedad moderna, conllevaría a una mejora en la salud de la población y una reducción en el consumo de recursos de cada Comunidad Autónoma, aumentando la eficiencia de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Este proyecto refleja la necesidad de progresar hacia una mayor publicación de resultados en la sanidad española, para disponer de indicadores cuantitativos/cualitativos homogéneos y comparables. Todos sus resultados atraen la atención en este aspecto y demuestran los beneficios que este camino aporta, favoreciendo el benchmarking entre comunidades haciendo los planes comparables a través de los resultados obtenidos en la población. Resulta, además necesario para liderar la renovación de los servicios de salud españoles en un momento evolutivo, que tras establecerse firmemente cada uno como entidades propias e independientes, evidencian una necesidad de coordinación o se arriesgan a estancarse. Se ha podido comprobar que los servicios de salud autonómicos disponen de la capacidad de dirigir sus esfuerzos a las necesidades prioritarias de sus poblaciones y que estas no siempre coinciden.

Los resultados de este estudio apuntan la interacción como iguales de los servicios autonómicos de salud como el siguiente paso evolutivo del Servicio Nacional de Salud. Esto promovería el precepto de competición y cooperación para fomentar la excelencia, pero también la mejora transversal. Ante las inminentes limitaciones presupuestarias derivadas de la pandemia resulta ser no una opción disponible sino una necesidad tanto económica como ética. Irónicamente, este trabajo hace pensar en la mediática frase “La sanidad española es la mejor del mundo”. Pese a que en este enunciado influyen muchos elementos conocidos como la esperanza de vida y el grado de autonomía de la población, es evidente que no sabemos el grado de eficiencia de los distintos planes y su optimización en la gestión de los recursos disponibles. Esto, unido a que la inmensa mayoría de CCAA no difunden sus resultados en salud de forma detallada y exhaustiva, pone de manifiesto que no disponemos de información suficiente para hacer tal afirmación. Así pues, conviene reformular tal enunciado y transformar su mensaje en el ideal a perseguir por las instituciones sanitarias españolas y, para lograrlo, claramente debemos progresar en la publicación de resultados metodológicamente comparables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. IV Plan Andaluz de Salud. [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/planificacion/plan_andaluz_salud.html
2. Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad. Plan de Salud de Aragón 2030 [Internet]. 2018. Disponible en: <http://plansaludaragon.es/>
3. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública. Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030 [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/35439/39186/Version%20final%20Plan_de_Salud_2019-30.pdf/43db1691-4eee-834e-56bd-bb32c937b01e
4. Conselleria de Salut de les Illes Balears. Plà estratègic [Internet]. 2016. Disponible en : http://www.illesbalears.cat/sites/plansiprogrames/ca/n/pla_estratagic_conselleria_de_salut_de_les_illes_balears_2016-2020/
5. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016-2017 [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=82bb-da7a-9f96-11e8-aaa5-cd082ba2595c&idCarpeta=6bcc897d-ab21-11dd-970d-d73a0633ac17>
6. Gobierno de Cantabria, Consejería de sanidad y Servicios Sociales. Plan de salud de Cantabria 2014-2019. [Internet]. 2013. Disponible en: https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/plan_salud_cantabria_2014-2019_lt.pdf
7. Comunidad de Castilla-La Mancha, SESCOAM. Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2019-2025. [Internet]. 2019, modificado en 2021. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20210831/plan_de_salud_de_castilla-la-mancha.pdf
8. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. IV Plan de Salud de Castilla y León. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon>
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2016-2020. [Internet]. 2016. Disponible en: www.salutweb.gencat.cat/url/pladesalut
10. Gobierno de Extremadura. Consejería de Salud y Política Social. Plan de Salud de Extrema-

- dura 2013-2020. [Internet]. 2013. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20DE%20SALUD%20DE%20EXTREMADURA%202013-2020.pdf
11. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. Estrategia Sergas 2020. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf
 12. Gobierno de La Rioja, Rioja Salud. III Plan de Salud La Rioja 2015-2019 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/institucion/planes-estrategicos>
 13. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. [Internet]. 2010. Disponible en: www.murciasalud.es/plandesalud
 14. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Plan de Salud de Navarra 2014-2020. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/21DD-BA10-A8D3-4541-B404-7A48827D3CFF/303761/PLANDESALUD20142020versionfinalParlamento.pdf>
 15. Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020 [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/politicas-de-salud-para-euskadi-2013-2020/web01-s2osa/es/>
 16. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/forum-pla-de-salut>
 17. Australian Government, Department of Health. Australia's Long Term National Health Plan. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.health.gov.au/resources/publications/australias-long-term-national-health-plan>
 18. Government of the United Kingdom, NHS. The NHS Long Term Plan. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.longtermplan.nhs.uk/>
 19. Gobierno de Uruguay, Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>
 20. Ruíz B. POLÍTICAS SANITARIAS, MODELOS Y SISTEMAS DE SALUD [Presentación]. Sant Cugat del Vallès; 2020. Disponible en: <https://e-uic.uic.es/>
 21. Ruíz B, Blay C, Amo I. Estudio de los elementos clave en el desarrollo de políticas de atención a la cronicidad en España. [Internet]. 2020;. Disponible en: <https://www.uic.es/es/instituto-universitario-de-pacientes/publicaciones/elementos-clave-en-el-desarrollo-de-politicas-de>
 22. Ruíz B, Adroher C, Morón V. Estudio sobre la publicación de resultados en el sistema nacional de salud. Bases para un modelo. [Internet]. 2021 Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/documentos/estudio-resultados-sns-bases-modelo/>
 23. WHO. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. [Internet]. 2013 Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>



ANEXO

Ejes de intervención de los Planes de Salud		
Comunidad Autónoma	Ejes de Intervención	Uso de áreas prioritarias
Andalucía	<p>Aumentar la esperanza de vida en buena salud.</p> <p>Proteger y promover la salud de las personas ante los efectos del cambio climático, la globalización y los riesgos emergentes de origen ambiental y alimentario.</p> <p>Generar y desarrollar los activos de salud de la Comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza.</p> <p>Reducir las desigualdades sociales en salud.</p> <p>Situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al servicio de la ciudadanía con el liderazgo de los/las profesionales.</p> <p>Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población.</p>	No
Aragón	<p>Salud en todas las políticas.</p> <p>Salud en todas las etapas de la vida.</p> <p>Orientación del sistema sanitario hacia las personas.</p> <p>Información, investigación y formación para la salud.</p>	No
Asturias	<p>Equidad y salud en todas las políticas. Sistemas de gobernanza y de participación ciudadana.</p> <p>Sistemas de gobernanza y de participación ciudadana.</p> <p>Mejorar los entornos donde vivimos y las condiciones en las diferentes etapas de la vida para conseguir personas y comunidades más resilientes.</p> <p>Garantizar un adecuado espacio sociosanitario público.</p>	Sí
Islas Baleares	<p>La promoción de la salud como eje del sistema sanitario y de la vida de las personas.</p> <p>La protección de la salud y de las personas consumidoras.</p> <p>La salud universal, equitativa, accesible y eficiente.</p> <p>La excelencia en la atención sanitaria. Las personas en el centro del sistema.</p> <p>La cronicidad, la salud mental y las enfermedades raras.</p> <p>El impulso a la atención primaria de salud.</p> <p>La investigación y innovación.</p> <p>Los profesionales como activo principal.</p> <p>Las infraestructuras, las tecnologías y los sistemas de información.</p> <p>La comunicación, la participación y el diálogo con la ciudadanía y los profesionales.</p>	No
Islas Canarias	<p>Influir sobre los determinantes de la salud.</p> <p>Potenciar el Sistema Canario de la Salud, centrándolo en el paciente, en las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios.</p> <p>Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del Sistema a las necesidades y demandas de la población y los profesionales.</p>	No

Ejes de intervención de los Planes de Salud		
Comunidad Autónoma	Ejes de Intervención	Uso de áreas prioritarias
Cantabria	<p>Enfermedades cardiocerebrovasculares.</p> <p>Enfermedades oncológicas.</p> <p>Enfermedades neurodegenerativas.</p> <p>Enfermedades crónicas y atención sociosanitaria.</p> <p>Salud mental.</p> <p>Enfermedades transmisibles.</p> <p>Determinantes de salud.</p> <p>Organización y funcionamiento sanitario.</p>	Sí. Cantabria no hace uso de ejes de intervención, sino que emplea sus áreas prioritarias para agrupar sus objetivos y acciones.
Castilla-La Mancha	<p>Sostenibilidad del sistema sanitario.</p> <p>Humanización de la asistencia sanitaria.</p> <p>Los profesionales como valor esencial del sistema.</p> <p>Cambio del modelo organizativo del sistema sanitario.</p>	Sí
Castilla y León	<p>Equidad y salud en todas las políticas.</p> <p>Proteger la salud de las personas frente a riesgos de origen ambiental y alimentario.</p> <p>Promover estilos de vida saludables y potenciar la seguridad frente a las lesiones.</p> <p>Disminuir la carga de enfermedad.</p> <p>Reorientar el servicio de salud hacia un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida.</p>	No
Cataluña	<p>El compromiso y la participación de las personas.</p> <p>La atención de calidad.</p> <p>El buen gobierno.</p> <p>Salud en todas las políticas.</p>	Sí
Extremadura	<p>Protección y atención a los problemas de salud prevalentes y emergentes en Extremadura.</p> <p>Protección y mejora del estado de salud, y prevención de la enfermedad.</p> <p>Mejora del sistema sanitario público de Extremadura.</p>	Sí
Galicia	<p>Atención integral adaptada a las necesidades de los pacientes, familiares y cuidadores.</p> <p>Profesionales comprometidos y cuidados por la organización.</p> <p>Gestión eficiente que contribuya a la sostenibilidad del sistema sanitario.</p> <p>Las infraestructuras, equipamientos sanitarios y sistemas de información adaptados a las necesidades de pacientes y profesionales.</p>	Sí

Ejes de intervención de los Planes de Salud		
Comunidad Autónoma	Ejes de Intervención	Uso de áreas prioritarias
La Rioja	<p>Hábitos, estilos de vida y protección de la salud.</p> <p>Cáncer.</p> <p>Cronicidad y calidad de vida.</p> <p>Demencias.</p> <p>Diabetes.</p> <p>Discapacidad.</p> <p>Enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Enfermedades cerebrovasculares.</p> <p>Envejecimiento.</p> <p>Salud mental.</p> <p>Fortalecimiento del Sistema Público de Salud de La Rioja.</p> <p>Enfermedades emergentes y reemergentes.</p> <p>Enfermedades con muerte evitable.</p> <p>Enfermedades raras.</p>	Sí. La Rioja no hace uso de ejes de intervención, sino que emplea sus áreas prioritarias para agrupar sus objetivos y acciones.
Murcia	<p>Incrementar el nivel de salud.</p> <p>Estilo de vida.</p> <p>Entorno salud ambiental.</p> <p>Protección colectiva de la salud.</p> <p>Enfermedades relevantes</p> <p>Desigualdades en salud.</p> <p>Fortalecimiento del sistema sanitario.</p>	Sí
Navarra	<p>Continuar garantizando la accesibilidad universal.</p> <p>Orientación a los resultados en salud.</p> <p>Enfoque poblacional y priorización.</p> <p>Estrategias integrales de intervención.</p> <p>Salud en todas las políticas.</p> <p>Intervención comunitaria intersectorial.</p> <p>Orientación socio-sanitaria.</p> <p>Corresponsabilidad, empoderamiento, y participación.</p> <p>Coherencia entre prioridades e instrumentos.</p>	No
País Vasco	<p>Equidad y responsabilidad.</p> <p>Personas con enfermedad.</p> <p>Envejecimiento saludable.</p> <p>Salud infantil y juvenil.</p> <p>Entornos y conductas saludables.</p>	No
Valencia	<p>Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario para asegurar la máxima calidad y la mejor valoración percibida por los y las pacientes.</p> <p>Orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud.</p> <p>Fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación.</p> <p>Cuidar la salud en todas las etapas de la vida.</p> <p>Promover la Salud en todos los entornos de la vida.</p>	No

Diseño de un Plan Estratégico para Reordenar la Atención de las Urgencias Quirúrgicas en la Región Sanitaria de la Catalunya Central ante la Falta de Profesionales Especialistas en Cirugía General



Pablo Collera Ormazabal

Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Profesor Asociado UIC-UCC.

pcollera@althaia.cat

ABSTRACT

In our healthcare system, emergency care is guaranteed by universal coverage with a homogeneous distribution throughout the Spanish and Catalan territory. In a context of progressive lack of professionals, needs of qualified professionals for emergency care is a great concern. Worryingly, general surgery is an aging specialty; therefore, it may be more difficult in assuring equitable attention in emergency surgical patients.

In the absence of available professionals, the concentration of emergency surgical activity in general surgery at the HRCC may be a possible solution that would help to that would help to face the problem from a more territorial point of view. It is financially possible to even propose an improvement in the remuneration of professionals that makes the territory more attractive for work. The concentration of surgical emergency activities is an opportunity to add value to this necessary health activity where there is an important consumption of resources.

KEYWORDS

Surgical Emergencies, Sanitary Reordering, Territorial Concentration Resources, Professional Shortage

RESUMEN

La atención urgente en nuestro sistema sanitario es de cobertura universal y con una distribución homogénea en todo el territorio. Las necesidades de profesionales cualificados para la atención urgente son muy altas en un contexto de progresiva falta de profesionales. En el caso de las urgencias quirúrgicas en Cirugía General, una especialidad envejecida, puede comportar una dificultad para asegurar una atención equitativa.

La concentración de la actividad quirúrgica urgente en Cirugía General en la RSCC ante la falta de profesionales disponibles es una solución posible que ayudaría a reforzar una estrategia de territorio. Económicamente es viable, incluso planteando una mejora en la remuneración de los profesionales haciendo el territorio atractivo laboralmente. La concentración de la actividad urgente es una oportunidad para añadir calidad y valor en salud a esta actividad, por una parte necesaria pero de alto consumo de recursos.

PALABRAS CLAVE

Urgencias Quirúrgicas, Reordenación Sanitaria, Concentración Territorial Recursos, Escasez Profesionales

INTRODUCCIÓN

1. LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN LA CATALUNYA CENTRAL

El modelo sanitario público catalán se basa en el principio de cobertura universal, donde puede ser atendido cualquier persona que se identifique con una tarjeta sanitaria individual que le permita el acceso a la red pública de servicios sanitarios, y dispone de una amplia cartera de servicios común para todos los ciudadanos de Catalunya¹. El Departamento de Salud del Gobierno de Catalunya elabora las políticas y la planificación en materia de salud. El Servicio Catalán de Salud (CatSalut) es quien tiene la misión de garantizar y financiar los servicios sanitarios de cobertura pública para que lleguen de forma efectiva y con calidad a la población, a través de una extensa red de proveedores que son los que finalmente prestan el servicio en cada territorio.

Estos servicios sanitarios de cobertura pública que se garantizan a través de diferentes entidades proveedoras de servicios sanitarios se integran en el Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT). Para ello, el CatSalut establece unos convenios y contratos de gestión con estos proveedores. El sistema de contratación y pago por los servicios prestados se definen en cada momento en correlación con las políticas y estrategias con el objetivo de maximizar los recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades de la ciudadanía. El Plan de Salud es el principal instrumento de planificación sanitaria en Catalunya, orientando la política de servicios y, por tanto, la compra y contratación de estos servicios.

La Región Sanitaria de la Catalunya Central agrupa cinco comarcas: Anoia, Bages, Berguedà, Moianès, Osona y Solsonès. La comarca de la Cerdanya pertenece a la Región Sanitaria del Alt Pirineu y Arán pero por su situación geográfica y comunicación su referencia sanitaria para ciertos servicios especializados es la Catalunya Central. A nivel funcional operativo y de distribución de los recursos disponibles, la RSCC se divide en tres sectores: Solsonès-Bages-Berguedà, Anoia y Osona.

La Región Catalunya Central^{2,3} comprende 176 municipios. En el año 2017 tenía una población de 512.050 habitantes con una de las densidades más baja de Catalunya 82,21 habitantes/Km². En el último año ha presentado un aumento de la población con un crecimiento del 0,28% superior al resto de Catalunya (0,06%). Tiene una población de referencia mayor de 65 años de 96.034 personas con un mayor índice de envejecimiento que acercará esta población a un 20% del total en el 2020. El Sector Solsonès-Bages-Berguedà es el más envejecido con 49.084 habitantes mayores de 64 años que ya supone un 20,05% de su población. Mayores de 84 años son 16.591 personas lo que supone un 3,24% de

la población y de nuevo el sector Solsonès-Bages-Berguedà es el más sobre envejecido con 8.733 personas mayores de 84 años (3,57%). Para el año 2020 se prevé alrededor de 17.000 personas mayores de 85 años lo que determina políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de esta parte de la población.

La tasa de visitas en la RSCC en el 2017 es de 697,9 visitas/100 habitantes superior a Catalunya que es de 626,7 visitas/100 habitantes.

Entre los recursos de servicios sanitarios de la RSCC, la Atención Primaria es el primer nivel de asistencia sanitaria y dispone de 38 Equipos de Atención Primaria (EAP), 41 Centros de Atención Primaria (CAP) y 113 Consultorios Locales (CL).

En cuanto a los recursos de atención hospitalaria, la RSCC dispone de cuatro hospitales de nivel 3: Hospital Universitari de Vic en Osona, Hospital de Igualada en Anoia, Hospital Comarcal Sant Bernabé en el Berguedà y Hospital Sant Joan de Déu Fundació Althaia de Manresa.

En el caso de la comarca de la Cerdanya^{4,5} también objetivo de este trabajo, dispone como recursos de 2 CAP y 10 CL en Atención Primaria con una tasa de 578 visitas/100 habitantes. También dispone de un centro hospitalario, el Hospital de la Cerdanya.

2. LA ATENCIÓN URGENTE EN CATALUNYA: EN LA RSCC EN GENERAL Y LAS URGENCIAS QUIRÚRGICAS EN PARTICULAR

En el sistema sanitario catalán, la atención urgente o continuada se presta mediante diferentes recursos para dar respuesta a la demanda de atención inmediata de acceso directo por parte del ciudadano¹. La atención se estructura en diferentes niveles de asistencia en función de la accesibilidad y nivel de urgencia. Los recursos disponibles son:

- Puntos de Atención Continuada (PAC), son dispositivos de Atención Primaria ubicados habitualmente en los CAP integrados por EAP que funcionan fuera del horario habitual del CAP y que atienden urgencias de baja complejidad.
- Centros de Urgencias de Atención Primaria (CUAP), son dispositivos que funcionan 24 horas los 365 días al año, con guardia presencial de profesionales con capacidad de radiología simple y química seca para resolver urgencias de baja y media complejidad.
- Servicios de Urgencias Hospitalarias, atención en el propio centro con profesionales de atención continuada para resolver urgencias de elevada complejidad.
- Sistema de Emergencias Médicas (SEM), es una atención telefónica a través del 112 y si es necesario moviliza recursos de profesionales de dos niveles: soporte vital avanzado o soporte vital básico destinados a atender emergencias.

En el Plan de Salud en los últimos años se ha desarrollado un Plan de Emergencias Nacional de Catalunya (PLANUC 2016-2020)⁶ que tiene como misión asegurar que toda persona reciba una atención continuada y urgente equitativa y de calidad y que se adapte a las necesidades del ciudadano mediante una red de atención integrada, accesible y resolutive. Las demandas de atención urgente se realizan con una intensidad variable en el tiempo y con situaciones de diferente complejidad clínica. El modelo debe intentar segmentar y priorizar la demanda y dar la respuesta más adecuada según la necesidad asistencial de la persona afectada, teniendo en cuenta el horario en que se produce, la realidad territorial y sus recursos disponibles. Estos recursos son desde la atención telefónica hasta la activación de códigos de emergencia y el traslado a centros sanitarios hospitalarios de referencia.

Un eje esencial del Plan de Emergencias Nacional de Catalunya (PLANUC 2016-2020)⁹ es la territorialización y el trabajo coordinado en red de los dispositivos de atención urgente. Para el caso de la RSCC, los recursos disponibles son de 20 PAC, 4 CUAP y 4 Centros de Urgencia Hospitalaria. A nivel de la Comarca de la Cerdanya dispone de 2 PAC, 1 Centro de Urgencias Hospitalario y 2 dispositivos de soporte vital básico y uno avanzado.

Debe destacarse el hecho de que actualmente la totalidad de los cinco centros hospitalarios analizados disponen de la posibilidad de realizar intervenciones quirúrgicas urgentes. El Hospital de la Cerdanya y el Hospital de Sant Bernabé de Berga disponen de un cirujano localizable en jornada complementaria. El hospital de Igualada, Vic y Manresa disponen de 2 cirujanos de presencia física.

3. EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN UN FUTURO PRÓXIMO

La profesión médica presenta un escenario a futuro de una clara falta de profesionales en ejercicio, lo que tendrá en los próximos años una influencia directa en el sistema sanitario. Esta futura situación puede comportar cambios organizativos para garantizar la atención sanitaria sobre todo en términos de equidad. Esta equidad en el territorio, manteniendo la efectividad y eficiencia, se tendrá que plantear en un escenario de falta de profesionales, sobre todo en la atención especializada.

La Organización Médica Colegial (OMC) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) en 2018 realizó un estudio basado en una encuesta sobre la situación de la profesión médica en España sobre 13.498 profesionales con una representación de 52 Colegios Profesionales⁷. Con respecto a los incentivos más influyentes para atraer profesionales a una organización concreta son en un 79,3% la complementación salarial, en un 69,1% el reconocimiento laboral y en un 58,6% el

incentivo en especies, lejos del tipo de contrato. Los horarios flexibles, un salario digno, acceso a la formación o ciertas condiciones laborales son lo que más valoran los médicos.

Según el análisis del estudio de la OMC/CGCOM 2018⁸ en España hay 253.796 médicos colegiados de los que 221.470 están en activo. Catalunya es la comunidad autónoma con más médicos en activo, con un 16,4% del total. Los médicos en activo por 100.000 habitantes en España son 476 por 100.000 habitantes con una concentración en las zonas norte del país, lo que conlleva una distribución desigual norte-sur. El personal médico en atención especializada es de 1.86 por 1.000 habitantes con la misma diferencia norte-sur.

En las facultades de medicina un 70% de las estudiantes son mujeres, lo que comporta una clara tendencia a la feminización de la profesión, la cual no es de distribución homogénea entre las especialidades médicas, siendo menor en las especialidades quirúrgicas. La incorporación de la mujer en un mundo laboral tradicionalmente de hombres, evolucionará en los próximos años a partir de un necesario cambio organizativo por parte de las administraciones, con una necesidad ineludible de facilitar mecanismos para hacer efectiva la conciliación laboral y familiar. Como es de esperar, la feminización es mayor en las franjas de edad por debajo de los 54 años y, de forma progresiva, llegando hasta un 70% con el aluvión respecto a la distribución por género, un 52,4% son mujeres, pero hay que tener en cuenta las jubilaciones masculinas que acontecerán en los próximos años.

La especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo tiene actualmente un índice de feminización del 31,5%. Con respecto a la edad de los médicos, un 40,1% son mayores de 55 años y un 9,1% de los mismos están jubilados. En el caso de Catalunya, este porcentaje es mayor que la media española. La edad media del profesional en activo es de 49,2 años y en Cirugía General tiene una edad media de 51 años, con un ratio de reposición (cociente entre número de especialistas que podrían titularse en la próxima década y los médicos en activo mayores de 55 años) del 0,7. Este dato identifica a la Cirugía General y Digestiva como una de las especialidades con mayores problemas de reposición en la próxima década. En España se forman 189 especialistas en Cirugía General, de los cuales 33 lo hacen en Catalunya; y, de los residentes de Cirugía General, un 62,3% son mujeres.

Según el Informe sobre la Demografía Colegial 2017⁹ del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), en 2017, la provincia de Barcelona contaba con 33.565 colegiados, de los que el 51,5% eran mujeres, que representaban el 60% de las nuevas altas y eran 10 años más jóvenes que los hombres. Ello supone un futuro perfil de mujer joven y especialista. Los médicos nacidos en

Cataluña son mayoría, y de los extranjeros los de origen latinoamericano superan los 5.000. La edad media de los médicos colegiados es de 50,1 años. Los médicos jubilados aumentan con rapidez en los últimos años siendo actualmente el 11,5%. Con la especialidad de Cirugía General hay 851 colegiados siendo la mayoría hombres, más de 202 son mayores de 65 años y más de 251 entre 55 y 64 años lo que comporta una especialidad de predominio masculino en la franja de edad mayor y muy envejecida¹⁰.

4. PROBLEMÁTICA DE LA ATENCIÓN URGENTE QUIRÚRGICA

La atención urgente quirúrgica a un paciente tiene una primera fase de diagnóstico clínico y, posteriormente, una decisión de si está indicada una actuación quirúrgica propiamente dicha. La atención quirúrgica urgente, en un escenario de falta de especialistas en Cirugía General, puede comportar una gran dificultad para cubrir un servicio de 24*7*365 días al año en un sistema compuesto por múltiples centros hospitalarios con capacidad para realizar intervenciones quirúrgicas urgentes. La falta de profesionales cualificados para realizar estas intervenciones puede comportar, a su vez, una falta de equidad y disminución de la calidad en resultados de salud de esta atención en nuestro territorio.

En otros países con una problemática similar, como el caso del *National Health Service* en el Reino Unido, han encargado estudios para evaluar esta situación. El *Nuffield Trust* realizó un estudio sobre como repensar la atención urgente en pequeños hospitales¹¹. Este estudio analiza hospitales con una referencia entre 140.000 y 300.000 habitantes, incidiendo en que no es posible generalizar que cada territorio tenga su particular organización sin considerar un modelo de organización común a todos ellos. Una manera de abordar esta situación es tener en cuenta las diferentes franjas horarias de frecuentación de la demanda en función de las disponibilidades. Los hospitales de menor tamaño necesitan formar parte de un sistema integrado de atención urgente con fuertes alianzas con otros centros de complejidad superior en función de las necesidades. Todos los centros deben de tener capacidad para atender todo tipo de situaciones urgentes al menos en las primeras 3 horas para dar el servicio necesario a la población de referencia. Un único equipo de primera atención que establezca las necesidades iniciales y oriente el enfermo hacia la atención especializada. Para ello se necesita el soporte de la atención especializada, empezando por una adecuada formación, pero con un soporte continuo no necesariamente en forma de presencia física. Este soporte debe estar estructurado y que añada valor en las decisiones a tomar en cada momento y de forma coordinada.

Para ello, se han demostrado efectivas las guías de actuación clínica consensuadas que determinan lo más rápido posible las actuaciones que añaden valor a la

atención urgente. Plantean una atención comunitaria territorial en función de las necesidades. Primero, invertir en sistemas diagnósticos efectivos en los centros de menor tamaño, una primera atención orientada y, si es necesario, una derivación al centro que pueda realizar la intervención quirúrgica correspondiente lo antes posible, con un efectivo y rápido sistema de traslado. Se basan en sistemas ya establecidos por un problema de distancias y distribución geográfica, como Australia y Canadá, con sistemas de *send and call* y *treat and transfer*.

Otro estudio del *Nuffield Trust* encargado por The Royal College of Surgeons of England¹² realiza un análisis de las urgencias en Cirugía General de forma más específica. En el mismo se remarca que la diferencia de resultados entre diferentes unidades no se fundamenta en un problema de concentración de casuística como en otros procesos asistenciales. Los resultados se mejoran con el establecimiento de: 1) protocolos y guías de actuación consensuadas en las actuaciones en los procesos susceptibles de tratamiento e intervención quirúrgica, y 2) códigos de urgencia como en el infarto y accidente cerebral que aseguren el tratamiento final con rapidez y calidad. Se tiene que tener en cuenta las necesidades de cobertura horaria completa de este tipo de asistencia. Además, hay que crear redes de actuación territoriales promocionadas por el financiador del servicio asistencial que aseguren la inversión necesaria y el control en forma de resultados en salud. Estas redes deben asegurar el tratamiento más adecuado en función de la necesidad de la actuación especialista consensuada y coordinada con el médico generalista que atiende la urgencia. Cambios en la formación en Cirugía General que aseguren una atención generalista, en contra de la formación cada vez más basada en la subespecialización, tanto en los juniors como en los seniors.

En épocas anteriores, la falta de profesionales especialistas en Cirugía General para cubrir las necesidades de jornada complementaria en los diferentes centros supuso una disminución de las exigencias en la formación y experiencia de los mismos a la hora de proceder a su contratación. Como consecuencia, hubo una percepción de disminución de la calidad de la atención especializada quirúrgica. Este problema parece que resurgirá próximamente ante la falta de equilibrio entre la previsión de jubilación de especialistas y la capacidad de formación de nuevos especialistas por el sistema MIR. El primer impacto de esta situación, como en épocas anteriores, será en los centros alejados de la capital Barcelona, la cual tiene un poder de atracción mayor que los centros situados en la periferia. La cobertura de la jornada complementaria es la primera en resentirse en este futuro escenario de falta de profesionales especialistas.

La búsqueda de un modelo organizativo basado en la centralización de recursos especializados puede ser una de las posibles soluciones. Ante la futura falta de

Resumen de la actividad urgencias Cirugía General (CG)	
Althaia Manresa	
Número de urgencias totales/año	113.866
Número de urgencias atendidas Cirugía General/año	5.454
Número de intervenciones quirúrgicas urgentes CG/año	682
Nº de intervenciones quirúrgicas CG en fin de semana/año	275
Hospital Comarcal de Sant Bernabé	
Número de urgencias totales/año	30.368
Número de urgencias atendidas Cirugía General/año	1.423
Número de intervenciones quirúrgicas urgentes CG/año	97
Nº de intervenciones quirúrgicas CG en fin de semana/año	25
Hospital General de Vic	
Número de urgencias totales/año	58.100
Número de urgencias atendidas Cirugía General/año	3.350
Número de intervenciones quirúrgicas urgentes CG/año	384
Nº de intervenciones quirúrgicas CG en fin de semana/año	105
Hospital d'Igualada del CSA	
Número de urgencias totales/año	61.013
Número de urgencias atendidas Cirugía General/año	2.246
Número de intervenciones quirúrgicas urgentes CG/año	478
Nº de intervenciones quirúrgicas CG en fin de semana/año	92
Hospital de Cerdanya	
Número de urgencias totales/año	23.723
Número de urgencias atendidas Cirugía General/año	-
Número de intervenciones quirúrgicas urgentes CG/año	45
Nº de intervenciones quirúrgicas CG en fin de semana/año	19
Total de urgencias fin de semana/año RSCC	516

Tabla 1. Resumen de la actividad urgencias Cirugía General^{13,14,15,16,17}.

especialistas en Cirugía General, es posible una organización diferente de las urgencias quirúrgicas generadas en jornada complementaria de fin de semana a través de la centralización de la atención, con el fin de asegurar la cobertura de las mismas en cada uno de los centros hospitalarios ubicados en la Catalunya Central.

Así se propone el diseño de un plan estratégico de ámbito territorial para reordenar la atención de las urgencias quirúrgicas en Cirugía General en la RSCC y analizar la viabilidad económica del nuevo modelo organizativo propuesto de atención a las urgencias quirúrgicas.

CONTENIDO

1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN DE LAS URGENCIAS QUIRÚRGICAS EN LA RSCC: ANÁLISIS DE CADA CENTRO

En cuanto a los diferentes grupos de interés implicados en la situación actual, los pacientes y sus familias tienen una percepción de atención adecuada ya que son atendidos en proximidad y, conceptualmente, solo con-

sideran la situación de urgencia quirúrgica una vez se ha establecido la indicación de cirugía urgente. En ese momento, consideran que es estrictamente necesario que actúe un especialista en Cirugía General. Es decir, el concepto de atención urgente próxima y por un médico con experiencia en urgencias hospitalario está establecido en nuestro sistema de atención urgente, considerando que la atención especializada es estrictamente necesaria en el acto quirúrgico en sí.

En cuanto a los profesionales, el análisis de esta situación sugiere que en todos los centros de la RSCC la estructura organizativa de las urgencias hospitalarias es similar. En la década anterior, el cirujano de guardia evaluaba el dolor abdominal, pero la dificultad para la cobertura y el aumento de la presión a nivel de urgencias, junto con una reorganización de las urgencias hospitalarias con estructura de servicio propio, ha supuesto un primer cambio del cirujano general a consultor del Servicio de Urgencias. Actualmente, el personal que realiza la primera evaluación en función de la prioridad mediante triaje en urgencias es propio del Servicio de

Urgencias. Con respecto al dolor abdominal, en general, la primera evaluación la realiza el médico de urgencias con formación generalista que orienta el caso y solicita la valoración por parte del cirujano en forma de consulta. Las urgencias más específicas como abscesos, suturas y otras urgencias relacionadas con otras especialidades quirúrgicas, como cirugía vascular o urología, son evaluadas mayoritariamente directamente por el cirujano consultor.

En los centros analizados, los médicos de urgencias implicados en la atención urgente tienen una estructura de funcionamiento similar. Los médicos que realizan la atención urgente consideran, en general, que el diagnóstico de la patología quirúrgica que ingresa a través del Servicio de Urgencias en Cirugía General como parte de su cartera de servicios. Actualmente, pues, son dependientes de un consultor especialista en la ayuda al diagnóstico y, evidentemente, en el tratamiento quirúrgico posterior. En la actualidad, la presencia física de los cirujanos especialistas en los centros de mayor volumen se considera imprescindible. Por otra parte, los especialistas en Cirugía General consideran que la intervención quirúrgica urgente es la justificación principal de su necesidad de participar en la atención continuada. La presencia física implica participar de una manera más activa en la atención al paciente susceptible de una patología potencialmente quirúrgica.

En cuanto a los profesionales cirujanos, recientemente se ha realizado un análisis de la situación de los diferentes servicios de Cirugía General en el área de estudio, con respecto a la edad del personal y futuras jubilaciones, basado en datos recogidos por los diferentes jefes de Servicio de Cirugía General de Catalunya, a raíz de una reunión de trabajo de análisis de futuro de la especialidad. En los centros analizados, se prevé la jubilación de 105 profesionales en 5 años y 99 en 10 años. Es de destacar que las jubilaciones previstas y la elevada edad media de los componentes de los diferentes servicios comportarán una dificultad para la cobertura de la atención continuada. Por otra parte, la situación territorial de estos centros, alejados de la capital donde existe aún la posibilidad de encontrar trabajo, una dificultad añadida para atraer profesionales tanto para la jornada ordinaria como, especialmente, para la cobertura de la atención continuada.

Los jefes de Servicio de los centros implicados tienen como responsabilidad la cobertura de la atención continuada urgente. Su responsabilidad es la cobertura 24*7*365 días al año, y tiene como principal dificultad, el cumplimiento de un convenio que limita la obligatoriedad de horas anuales a 558 horas/año y exención de atención continuada por encima de los 50 años. El número de horas máximo no es, en general, una limitación real, ya que los profesionales que realizan jornada complementaria suelen tener una mejor retribución en el precio/hora por encima de las horas obligatorias y no

suelen ejercer ese límite del convenio. En el caso de la exención por edad, si hay una tendencia a abandonar la jornada complementaria por encima de los 50 años, todo y que en algunos centros, este personal tiene una mayor retribución del precio/hora con el fin de mantener profesionales con experiencia activos para realizar la jornada complementaria. Hay que tener en cuenta que en las nóminas de los especialistas que realizan jornada complementaria, una parte importante del total corresponde a estas horas de jornada complementaria, lo que comporta una disminución importante de la cuantía de la misma al dejar de realizarla. En unas plantillas envejecidas, y con estas limitaciones, es obligado que los centros busquen profesionales externos para cubrir la jornada complementaria. Estos profesionales, en un contexto de futuro próximo de falta de especialistas y en una situación geográfica alejados de la capital Barcelona, serán muy difíciles de encontrar. En primer lugar será la jornada complementaria de fin de semana la que presentará más dificultades de cobertura ya que el resto de la semana los especialistas propios del centro suelen estar dispuestos a cubrirla. En épocas anteriores, con experiencias similares, la cobertura se realizaba con profesionales menos experimentados y con una formación en ocasiones difícil de acreditar, lo que comportaba una disminución de la calidad asistencial a los pacientes.

Los gestores de los centros hospitalarios reciben la presión de la dificultad de la cobertura considerando que la calidad de la atención quirúrgica urgente es responsabilidad de los jefes de Servicio. En un contexto de dificultad de cobertura con los profesionales adecuados será muy difícil el equilibrio entre la necesidad de mantener una cobertura de cirujano 24*7*365 días al año y la calidad de la atención que se debe garantizar, lo que puede conducir a un grave problema organizativo en el momento que todo un territorio tenga el mismo problema de falta de especialistas en Cirugía General.

En cuanto a los directivos regionales del CatSalut, y aun sabiendo que la magnitud de este problema suele ser centrípeta, de menor a mayor, según a qué distancia de la capital Barcelona se encuentre el centro, estos consideran que es una responsabilidad propia de cada centro. Solo en caso de una falta de cobertura muy grave se verían implicados, que es la que previsiblemente se planteará en un futuro próximo, por lo que, en mi opinión, los directivos del CatSalut deberían ser capaces de liderar un plan preventivo de esta situación en el territorio que dirigen.

Por otra parte, recientemente se ha publicado un estudio que analiza 9.861 intervenciones urgentes en adultos en 146 hospitales en 29 países, 21 de los cuales se localizaban en el Reino Unido. Del total, 9.306 se intervinieron durante el día antes de las 20 horas y 555 durante la noche. Los pacientes intervenidos durante la noche presentaron un mayor número de complicacio-

nes y una mayor mortalidad¹⁸. Se ha de tener en cuenta que habitualmente son los más graves y, en consecuencia, los pacientes de mayor riesgo, pero el análisis ajustado por grupos de riesgo sigue mostrando que siguen siendo más graves las complicaciones en los intervenidos durante la noche. En el estudio se atribuye a la fatiga del personal, así como disponer de menor personal en horario nocturno. Así se debería de plantear un sistema para intervenir durante la noche sólo los pacientes imprescindibles o emergentes, diseñando un sistema que pueda asumir el mayor número de casos el horario diurno.

En cuanto a la remuneración de la jornada complementaria, esta está regulada por un convenio colectivo que marca la mínima retribución por la misma. La mayoría de los centros se ajustan de forma común a ese precio/hora de convenio. Nunca se ha reconocido como una hora extra como en otros sectores. En los últimos años hay una tendencia a una aproximación del precio/hora de la jornada ordinaria y la jornada complementaria. Existe un complemento anual por superar las 558 horas/año que es el mínimo exigido por profesional menor de 50 años con obligatoriedad de cumplir.

Por encima de estas exigencias existen retribuciones mayores y variables entre centros para mayores de 50 años que realicen jornada complementaria o menores de 50 años que superen las 558 horas/año.

2. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS, CONSECUENCIAS Y POSIBLES SOLUCIONES

Una de las causas de esta situación actual es la gestión a nivel de centro en función de la actividad a atender; es decir, existe una falta de visión de territorio y se orienta la asistencia a la proximidad. Los políticos tienen una importante influencia en la organización de los recursos intentando justificar el tener el máximo de recursos sanitarios para su población más próxima de referencia. Existen situaciones clínicas que, es evidente que por la complejidad de recursos que necesitan, no se ofrecen en todos los centros.

En el ámbito de la Cirugía General, sí se han adoptado sistemas de centralización en la cirugía electiva oncológica basado en unos mejores resultados clínicos y oncológicos con la centralización de los casos y ahora incluso, en las patologías más prevalentes como la mama, el colon y el recto, en un mayor número de centros. El mecanismo es auditando y, posteriormente, acreditando los diferentes centros y las diferentes patologías a evaluar basado en resultados.

La Cirugía General se entiende en todos los centros de la RSCC como una necesidad que se justifica por su alto volumen como un requerimiento de proximidad. La principal causa de la situación actual es la fragmentación de la RSCC principalmente en los tres centros de referencia: Vic, Igualada y Manresa, con un funciona-

miento en este ámbito de forma aislada. El análisis de la situación actual es de una atención equitativa, con unos recursos adecuados para la complejidad de cada centro y con una visión exclusivamente de centro, sin tener en cuenta la situación desde el punto de vista de territorio excepto en situaciones que, por la alta complejidad de los casos, son remitidos habitualmente a centros de tercer nivel.

La segura futura falta de profesionales puede provocar un cambio en la manera de entender esta atención quirúrgica urgente por necesidad. La visión de la organización de esta atención, en una época anterior de falta de profesionales, se realizó desde un punto de vista individual de cada centro aislado en el territorio. Esto llevó a contratar médicos con falta de formación en cirugía o con una formación deficiente en ocasiones, solo con la intención de no disminuir la oferta de resolución de los centros en la atención quirúrgica urgente en Cirugía General. Esta experiencia debería servir para, ante una situación similar futura, pensar en atender la cirugía urgente de otra forma y no caer en los mismos errores.

Los profesionales más cualificados, entendiendo esto último asociado a la experiencia en el manejo de la urgencia quirúrgica, influidos por las condiciones del convenio, tienen tendencia a abandonar este tipo de atención. Una de las razones es la regulación de la remuneración no como horas extras si no pagadas por debajo de la hora ordinaria de trabajo, no como en otras profesiones que también realizan por la naturaleza de su trabajo una atención continuada. La presión que el sistema ejerce en la atención continuada también influye en esta tendencia a abandonar lo antes posible este tipo de atención. De la misma manera se entiende como una manera de suplementar el sueldo base de la jornada ordinaria y al aumentar la posibilidad de obtener otros ingresos, por ejemplo con la actividad privada, tienden a abandonar la jornada complementaria.

La dificultad para cubrir la jornada complementaria siempre empieza por las situaciones más gravosas para los profesionales, que son los festivos y fines de semana. Si no existen profesionales en el mercado, y teniendo en cuenta la distancia de la capital, ello conllevará una mayor presión sobre las plantillas que realizan la jornada ordinaria en el territorio. Si además se contrata personal externo no vinculado, y en ocasiones menos cualificado, para atender estas urgencias quirúrgicas con un seguimiento posterior por las plantillas de los centros, conlleva a dificultades en la atención de los pacientes.

Esta situación tendría como consecuencia, a su vez, una tensión sobre los primeros responsables de los servicios de Cirugía General que en esta situación suplen estos déficits, como confiere su responsabilidad; pero en situaciones límites, como un escenario de falta masiva de cirujanos, puede llegar a ser materialmente imposible encontrar profesionales.

Los pacientes en la actualidad se encuentran informados de forma inadecuada de esta posible futura situación de falta de profesionales. Su satisfacción en las encuestas de salud a cerca de la actual atención quirúrgica urgente es buena o muy buena; se les debería pedir su opinión ante posibles soluciones que aseguren la atención quirúrgica urgente en Cirugía General, la equidad y la atención por profesionales cualificados. Posiblemente aceptarían, como lo hacen en situaciones de patología urgente que se derivan a centros de tercer nivel, por disponer de los recursos adecuados básicos para atender dichas situaciones de urgencia y ser derivados a otros centros del territorio con mayor dotación y experiencia.

Ante esta futura situación basada en la falta de profesionales cualificados para atender la atención quirúrgica urgente en Cirugía General se plantea la necesidad de pensar en una solución de territorio. La falta de profesionales será por igual para todos los centros con capacidad actual de atender esas situaciones urgentes y emergentes. La necesidad de centralizar los casos no viene dada por la complejidad de los mismos ni en la búsqueda de mejores resultados en salud; la necesidad de centralizar sería por la falta de profesiones y que se tendrían que concentrar en un solo centro. Se empezaría con el fin de semana que es el momento de mayor dificultad para cubrir la jornada complementaria.

Esta solución tiene como intención una atracción de los profesionales del territorio y de fuera de él, con lo que se tendría que retribuir de una manera adecuada en función de la franja horaria y por encima de los acuerdos de la norma o convenio colectivo.

Por otra parte, debería ser atractivo para los gestores del territorio, y aceptado por los políticos responsables, difundir esta solución en clave de territorio como necesidad a la población.

El principio de equidad en el territorio se ha de mantener con los adecuados resultados en salud en las diferentes situaciones de necesidad de cirugía urgente o emergente; teniéndose que conservar o mejorar dichos resultados mediante una monitorización y evaluación periódica.

3. PLAN ESTRATÉGICO CON LAS LÍNEAS, OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES

Propuesta de implementación

En esta primera línea estratégica se realizaría una propuesta inicial al Catsalut para que aceptara la necesidad de esta acción obteniendo el compromiso de una financiación adecuada e implicar a todos los actores de la RSCC.

Se iniciaría con una reunión de los jefes de Servicio en Cirugía General responsables de cada centro para obtener el compromiso de la necesidad de una solución de territorio. Se establecerían unos protocolos de actuación comunes

Recorrido	km	Minutos
Puigcerda/Manresa	99,1	78
Berga/Manresa	50,7	38
Vic/Manresa	50,6	40
Igualada/Manresa	27,2	33

Tabla 2. Distancia entre centros de la RSCC y el H. Sant Joan de Déu Fundació Althaia.

a todos los servicios implicados. Se propondría Althaia Manresa como centro de concentración de la actividad quirúrgica urgente como isócrona de la RSCC (Tabla 2).

Se establecerían unos protocolos de actuación por diagnóstico de las diferentes patologías responsables de un abdomen agudo como: apendicitis, colecistitis, isquemia intestinal, oclusión, perforación, etcétera. Solamente este trabajo de protocolizar esta situación en clave de territorio ya tendría un importante efecto en los resultados en salud en los pacientes con abdomen agudo.

Se realizarían dos jornadas con propuestas, consenso y aprobación por parte de todos los centros implicados.

El seguimiento tras la implementación del plan estratégico se basaría en el seguimiento de estas guías de actuación acordadas y a la evaluación sería trimestral con el fin de establecer un sistema de corrección de las mismas basadas en una mejora continua.

Propuesta de participación de la ciudadanía

La participación de los ciudadanos se contemplaría desde el inicio de la propuesta de implementación. Se realizaría una encuesta explicando la realidad del territorio de la falta de profesionales cualificados para una atención adecuada por personal cualificado de la cirugía urgente. Se publicarían los resultados de esta encuesta con la posibilidad que el resultado de la misma implique cambios en el plan estratégico propuesto.

Una vez acordada la solución propuesta se establecería un periodo de información a la población de referencia del territorio. Se realizarían encuestas anuales de satisfacción que se publicarían con el ánimo de recoger propuestas que mejoren el plan estratégico.

Propuesta de participación médicos de urgencias/especialistas en Cirugía General

La implicación de los médicos de urgencias, que aún sin tener reconocida oficialmente su especialidad en España sí tienen la experiencia real sobre la atención urgente tanto médica como quirúrgica, es fundamental para la implementación de este plan estratégico. De nuevo, al ser ellos los que tienen que identificar y diagnosticar estas

diferentes situaciones de pacientes con posible patología quirúrgica, tienen que participar en el diseño de las guías previamente acordadas por los especialistas quirúrgicos para poder introducir aquellos cambios necesarios en la atención de pacientes quirúrgicos por médicos de urgencia no quirúrgicos.

Desarrollar los protocolos de actuación con los médicos de urgencia, siempre con la posibilidad de consultar con un médico especialista en Cirugía General disponible de forma localizable en todos los centros. La participación activa de este especialista general es fundamental para resolver dudas de actuación y orientar sobre si la actuación ha de ser urgente o emergente.

Los médicos de urgencias son parte fundamental en el cumplimiento de los indicadores de calidad del abdomen agudo. Se organizarían jornadas anuales entre especialistas y médicos de urgencia de todos los centros, con revisión de casos y poder realizar cambios consensuados basados en la mejora continua.

Plan funcional emergencia/urgencia quirúrgica

Se definiría qué es una situación emergente en la que no es posible asumir un traslado y que se tiene que intervenir en el mismo centro que recibe la urgencia. Esta situación se asociaría también a las situaciones urgentes de complicaciones graves de la cirugía programada propia de cada centro. Estas situaciones bien definidas, y no tan frecuentes, se atenderían con el compromiso de una guardia localizable de territorio en cada centro, donde los especialistas cirujanos acudirían con unas reglas de desplazamiento acordadas. Esta guardia debería estar compuesta por los cirujanos más seniors que, aunque no es tan frecuente, su responsabilidad y habilidad para manejar situaciones emergentes es fundamental para asegurar la equidad en el territorio.

Esta situación funcionaría como un código emergencia quirúrgica y es importante el adecuado consenso entre los centros de qué tipo de situaciones son susceptibles del mismo y decidir si se beneficia del traslado o bien de la intervención en el mismo centro con el consiguiente desplazamiento de un cirujano localizado de otro centro, a ser posible el más cercano.

La monitorización de estas situaciones se realizaría mediante los tiempos entre diagnóstico e intervención quirúrgicos en función del diagnóstico. Estos casos serían susceptibles de revisión mensual.

Plan funcional en el centro de referencia

A nivel del centro de referencia, la propuesta es funcionar con la capacidad actual de resolución de la urgencia quirúrgica y añadir recursos complementarios que permitan sumir el volumen generado por los demás centros. Los viernes se propone un quirófano complementario de 5 horas por la tarde y los sábados y domingos de 12 horas. La unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA),

sin actividad programada los fines de semana asumiría los traslados aceptados por la guardia de presencia física. Los pacientes al ingreso serían reevaluados y se establecería la prioridad en función del diagnóstico y situación clínica con el fin de poder ser intervenidos en el quirófano de actividad complementaria diurno y, en caso de necesidad, en el quirófano para urgencias del centro de referencia. La presencia de un profesional administrativo en horario diurno facilitaría la gestión de la recepción y los traslados una vez establecidos al centro emisor. La evaluación de resultados también se realizaría mediante el tiempo entre traslado e intervención teniendo en cuenta el diagnóstico.

Plan funcional de transporte sanitario

La activación del traslado a otro centro, una vez acordado el mismo entre los especialistas de los mismos, se realizará mediante la activación de un código similar a los existentes ya en funcionamiento (infarto, ictus, ...). Este traslado se realizaría con los recursos necesarios para garantizar la seguridad del paciente. El proveedor del transporte podría ser el SEM o bien un privado que mediante concurso acredite las condiciones necesarias para realizar el servicio.

La monitorización se realizaría mediante tiempos entre indicación de traslado y llegada al centro de referencia; con penalización económica al no cumplimiento, y el seguimiento se realizaría informáticamente con el proveedor del servicio.

4. ESTUDIO DE COSTE ECONÓMICO DEL PLAN ESTRATÉGICO PROPUESTO

El cálculo del coste de esta actividad por centro en la jornada complementaria de una sola especialidad, como la Cirugía General, es difícil ya que algunos recursos, como anestesia y quirófano, se comparten con otras especialidades que realizan actividad quirúrgica urgente de fin de semana. Así, partiremos del coste de los profesionales de guardia en cada centro y, posteriormente, calcularemos el coste tras la concentración de la actividad en un solo centro añadiendo los recursos incrementados por el nuevo plan estratégico.

Coste actual

El precio de hora laborable de convenio de un especialista de presencia es de 24,56 euros y el fin de semana de 27,75 euros; localizable 9,82 euros el laborable y 11,10 euros el festivo. Para los residentes en formación el laborable a 14,6 euros y el festivo 16,56 euros; este último precio varía según el año de residencia y hemos tomado como referencia un residente de tercer año. Analizamos el coste en la franja horaria objetivo del estudio: viernes 17 horas (15:00h-8:00h), sábados 24 horas (8:00h-8:00h) y domingos 24 horas (8:00h-8:00h), un total de 65 horas por fin de semana completo con 17 horas de laborable y 48 horas de festivo.

Quirófano			
	Coste hora nivel B	Horas	Total
Enfermería de anestesia	32,27 €	29	935,83 €
Enfermería de instrumentación	32,27 €	29	935,83 €
Auxiliar de enfermería/TCAI	19,94 €	29	578,26 €
Camillero	17,90 €	29	519,10 €
Administración	21,74 €	29	630,46 €
Total coste fin de semana			3.599,48 €

Tabla 3. Estructura de profesionales no especialistas en cirugía.

No tenemos en cuenta otros festivos intersemanales que hipotéticamente tendrían también que formar parte de la cobertura. Excluimos complementos anuales del convenio por superar las 558 horas de jornada complementaria. Tampoco podemos tener en cuenta los acuerdos de centro existentes y variables que añaden una retribución complementaria, por ejemplo, a los especialistas mayores de 50 años que realizan jornada complementaria de manera voluntaria.

En la actualidad la RSCC tiene la cobertura en especialistas en Cirugía General por año y centro con 52 fines de semana al año: 17 horas laborables = 884 horas y 48 horas festivos = 2.496 horas. El coste se vería incrementado por las horas de presencia física en la guardia localizable que dependerá de las horas reales de presencia difícil de calcular.

- Hospital General de Vic:
Dos adjuntos de presencia física: 182.010 euros/año.
- Hospital Comarcal San Bernabe:
Un adjunto localizable: 36.382 euros/año.
- Hospital de Igualada del CSA:

Un adjunto, un residente de presencia física y un adjunto localizable: 181.803 euros/año.

- Hospital Althaia Manresa:
Dos adjuntos y un residente de presencia física: 236.426 euros/año.
- Hospital de la Cerdanya:
Un adjunto localizable: 36.382 euros/año.

En total en la RSCC se destinan 673.003 euros/año para la cobertura de la jornada complementaria en Cirugía General.

Coste económico del plan estratégico propuesto

Con el nuevo plan estratégico sería imprescindible mantener un adjunto localizable en cada centro para ser consultor de los médicos de urgencias y así mismo atender las posibles emergencias del centro. En caso de atender una emergencia un especialista localizable de otro centro se desplazaría para ayudar en dicha emergencia habitualmente del centro coordinador que es la isócrona. En este caso dado que la frecuencia de estas emergencias es baja se abonaría todo un día de presencia física a los adjuntos implicados a precio hora de

Unidad de CMA				
	Coste hora nivel B	Horas	Días a la semana	Total
Profesional enfermería (mañana)	34,96 €	14,10	2	985,87 €
Profesional enfermería (noche)	34,96 €	10,33	2	722,27 €
Auxiliar de enfermería/TCAI (mañana)	21,32 €	14,10	2	601,22 €
Auxiliar de enfermería/TCAI (noche)	25,51 €	10,33	2	527,04 €
Total coste fin de semana				2.836,41 €

Tabla 4. Coste de la Unidad de CMA.

Resumen de coste de la nueva acción	
Guardia localizables centros	181.910,00 €
Guardia presencia centro receptor	236.426,00 €
Anestesista quirófano complementario	61.520,16 €
Cirujanos quirófano complementario	123.040,32 €
Quirófano complementario	187.172,96 €
Unidad de CMA	147.493,32 €
Total coste anual fin de semana	937.562,76 €

Tabla 5. Coste anual de la propuesta.

festivo es decir 666 euros por emergencia. El coste de 5 cirujanos localizables al año sería de 181.910 euros/año.

En el centro receptor de las urgencias se mantendría una estructura de dos adjuntos y un residente de presencia física para realizar la actividad propia del centro y coordinar las urgencias trasladadas desde otro centro: 236.426 euros/año.

Por otra parte, se habilitaría una actividad extra con equipos quirúrgicos de dos adjuntos extra el viernes de 15:00h a 20:00h (5 horas) y de 9:00h a 21:00h (12horas) sábados y domingos. Serían 29 horas de presencia física para realizar la actividad quirúrgica que se pagarían con un incremento del 50% del precio/hora de jornada complementaria: 123.040,32 euros/año.

De la misma manera, la apertura de este quirófano comportaría una estructura de anestesista con las mismas condiciones retributivas que los cirujanos: 61.520,16 euros/año.

El cálculo del resto de la estructura, formado por profesionales de enfermería de instrumentación (1), enfermería de anestesia (1), auxiliar enfermería (1), camillero (1) y administración (1) con el mismo horario con una retribución según convenio: 187.172,96 euros/año (Tabla 3).

Esta actividad en el centro receptor comporta otros gastos derivados del aumento de la oferta. La propuesta pasa por habilitar durante el fin de semana la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria que no tiene actividad desde las 20:00h del viernes. La apertura de esta Unidad dotada de un profesional de enfermería y un auxiliar de enfermería la noche del viernes y todo el fin de semana hasta la apertura de nuevo de la Unidad de CMA el lunes por la mañana: 147.493,32 euros/año (Tabla 4).

El coste de la nueva acción tal y como le hemos planteado sería: 937.562.76 euros/año (Tabla 5).

Por otra parte, si tenemos en cuenta solo el personal de la especialidad en Cirugía General para realizar esta actividad de forma centralizada existiría un ahorro de 131.626.68 euros/año (Tabla 6).

Esta actividad urgente también tendría un coste en material utilizado durante el proceso quirúrgico que en estas situaciones de urgencia es elevado. Por ello sería necesario realizar una estimación del mismo para poder financiar adecuadamente al centro receptor que realizaría esta actividad. Por último, los postoperatorios, habitualmente más prolongados que en la actividad programada, se asumirían por cada centro.

	Coste personal cirugía actual	Coste personal cirugía nueva acción
Hospital General de Vic	182.010,00 €	
Hospital Comarcal San Bernabe	36.382,00 €	
Hospital de Igualada del CSA	181.803,00 €	
Hospital Althaia Manresa	236.426,00 €	
Hospital de la Cerdanya	36.382,00 €	
Guardia localizables centros		181.910,00 €
Guardia presencia centro receptor		236.426,00 €
Cirujanos quirófano complementario		123.040,32 €
Total coste anual fin de semana	673.003,00 €	541.376,32 €
Ahorro con la actividad centralizada		131.626,68 €

Tabla 6. Ahorro en especialistas en Cirugía General con la actividad centralizada.

CONCLUSIONES

La situación actual en la atención quirúrgica urgente del abdomen agudo quirúrgico en la RSCC es estable y es posible seguir recibiendo esta atención en todos los centros de la región. La tendencia política es mantener al máximo la atención de proximidad en el sistema y se entiende como un servicio necesario en los diferentes sectores de la RSCC.

Es evidente que la futura falta de profesiones en España, y en concreto en Cataluña, conllevará una falta de especialistas en todos los ámbitos. En el caso de la especialidad de Cirugía General, al ser una especialidad envejecida, las jubilaciones en los próximos 5-10 años serán mayores que la capacidad de formación de nuevos especialistas. Así mismo, la tendencia habitual de los especialistas seniors a dejar la jornada complementaria a los 50 años se sumará a las jubilaciones. El recambio generacional, fundamentalmente femenino y en edad de maternidad, se incorporará a un sistema no adaptado a esta situación, lo que dificultará aún más el número de los profesionales disponibles.

Es importante reflexionar sobre esta futura situación y proponer posibles mecanismos para asegurar la adecuada atención a la población en este ámbito de la atención urgente. Es fundamental, para obtener unos resultados en salud adecuados, que esta atención sea cubierta por el personal especializado adecuado.

En análisis realizado en este trabajo se basa en la concentración de la actividad como solución para asegurar que la atención a la urgencia quirúrgica se realiza por parte de personal cualificado. Así mismo una distribución de esta actividad durante la jornada diurna también mejoraría los resultados.

La remuneración económica tiene que ser atractiva para poder captar profesionales interesados en realizar esta actividad complementaria. Este no es el único motivo, pues debe ser una responsabilidad colectiva para garantizar un plan que permita la sostenibilidad del actual sistema, en la que todos los profesionales estén implicados y para ello deben de participar de forma activa en el diseño e implementación.

Un cambio en la manera de atender estas situaciones de urgencia implica una revisión constante de los resultados obtenidos para realizar las correcciones adecuadas.

Este trabajo es el resultado de la inquietud de un profesional implicado en esta atención desde hace muchos años. Mi visión sobre la futura falta de profesionales se basa en los datos demográficos, así como en la percepción actual en otras especialidades con dificultad para cubrir las convocatorias abiertas en nuestro centro. Por otra parte, es difícil prever los cambios en políticas de inmigración de profesionales médicos en un entorno políticamente complejo.

La principal limitación de la implantación de este plan estratégico basado en la concentración de los recursos disponibles en la RSCC en un solo centro es, en primer lugar, las resistencias de los propios centros a perder la capacidad de solucionar las diferentes situaciones quirúrgicas en el mismo centro donde se generan o atienden. Como se demostró en ocasiones anteriores, los centros son capaces de poner en riesgo la calidad y la capacitación real del personal en jornada complementaria con tal de no perder esa faceta concreta de la atención urgente.

El importante volumen de estas situaciones urgentes en la RSCC hace difícil la gobernabilidad de este plan estratégico con la implicación de todos los centros por igual. Los profesionales de todos los centros son los que tendrían que defender y participar activamente en el diseño e implementación de este proyecto. Seguramente el incentivo económico no es lo único que ayudaría a dicha implicación y así se tendría que articular un acuerdo de obligatoriedad en participar de la actividad quirúrgica "territorial" en fin de semana en un solo centro de la Región.

De todas formas, entiendo que la principal limitación es la capacidad de la política local y regional para afrontar el hecho de que "todo" no puede resolverse cerca de casa, por lo que debe implicarse a los ciudadanos para que comprendan que es mejor garantía para ellos el que ante ciertas urgencias graves, el paciente debe ser trasladado a un centro de mayor complejidad y dotación para una intervención quirúrgica urgente. Es más difícil explicar a los ciudadanos las razones por las que se implantaría este plan: falta de profesionales cualificados para atender las urgencias quirúrgicas de Cirugía General, que esperar a que cada responsable de centro tensione al máximo su plantilla de la jornada ordinaria como ha ocurrido históricamente en situaciones similares.

Conclusiones:

1. Se plantea un plan estratégico basado en la concentración de la actividad quirúrgica urgente en la especialidad de Cirugía General ante la futura falta de profesionales. Para su implementación es fundamental una estrategia que implique a todos los actores del territorio, ya sean pacientes, profesionales, gestores o políticos. Sin el apoyo de todos ellos no es posible realizar ningún cambio en este ámbito.
2. Económicamente es viable desde el punto de vista del personal asociado a la especialidad de Cirugía General. Los profesionales con un sistema de remuneración económica mejor colaborarían en un cambio de funcionamiento. A su vez, se tendría que asociar a una importante aportación de recursos estructurales no existentes en la situación actual, pero por otra parte imprescindibles, para el correcto funcionamiento del plan estratégico.

3. La concentración de esta actividad con unos protocolos asistenciales de actuación comunes en el territorio permitiría reducir la variabilidad de la práctica clínica, una mejor monitorización de los resultados y la posibilidad de establecer un sistema de evaluación de mejora continua, implicando a profesionales y gestores en la mejora de la calidad asistencial, lo que se ha demostrado dar muy buenos resultados en el ámbito de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. CatSalut. Servei Català de la Salut. [Internet]. Generalitat de Catalunya gencat.cat. 2019 [citado 15 de Marzo 2019]. Recuperado a partir de: <https://catsalut.gencat.cat>
2. Cat.Salut. Regió Sanitària Catalunya Central Memòria 2017. [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut. 2019 [citado 15 de Marzo 2019]. Recuperado a partir de: <https://catsalut.gencat.cat>
3. Pla de salut de la Regió Sanitària Catalunya Central 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just [Internet]. Direcció General de planificació en Salut. Barcelona, Juny 2018. [citado 15 de Marzo 2019]. Recuperado a partir de: <https://salutweb.gencat.cat/pladesalut>
4. CatSalut. Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran. Memòria 2017 [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut. 2019 [citado 15 de Marzo 2019]. Recuperado a partir de: <https://catsalut.gencat.cat>
5. Pla de salut de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just [Internet]. Direcció General de Planificació en Salut. Barcelona, Juny 2018. [citado 15 de Marzo 2019]. Recuperado a partir de: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020//
6. PLANUC-Pla nacional d'urgències de Catalunya. [Internet]. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2017. [citado 20 de Marzo 2019]. Recuperado a partir de: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/urgencies-mediquestes/planuc>
7. Encuesta sobre la situación de la profesión médica en España 5ª oleada. Informe de resultados. Abril 2018. [Internet] Organización Médica Colegial Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) [citado 20 de Abril 2019]. Recuperado a partir de: https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/informe_de_resultados_-_5o_muestreo_encuesta_situacion_profesion_medica_en_espana-30_mayo_2018_0.pdf
8. https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/informe_de_resultados_-_5o_muestreo_encuesta_situacion_profesion_medica_en_espana-30_mayo_2018_0.pdf
9. Del Pozo G, García Pérez MA, León M, López Ordoño G, Matas V, Sebastianes C. Estudio sobre la demografía médica 2017. [Internet]. Cuadernos Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) 2018 [citado 19 de Abril 2019]. Recuperado a partir de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/
10. Gabinet d'Estudis Col·legials. Informe anual 2017. Informe sobre demografia col·legial 2017. [Internet]. Documents Col·legi de Metges de Barcelona (COMB) [citado 20 de Abril 2019]. Recuperado a partir de: https://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/anuari/anuari2017/col_som-1.html
11. Col·legi de Metges de Barcelona (COMB). Médicos y médicas Informe sobre demografia col·legial 2017. Ejercicio profesional. Demografía. Abril 2018 [Internet]. [citado 20 de Abril 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.comb.cat/cast/professional/demografia/metges-especialitat.htm>
12. Vaughan L, Edwards N, Imison C, Collins B. Rethinking acute medical care in smaller hospitals. [Internet] The Nuffield Trust 2018. [citado 19 de Abril 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/rethinking-acute-medical-care-in-smaller-hospitals>
13. Watson R, Crump H, Imison C, Gaskins M. Emergency general surgery: challenges and opportunities. Research Report April 2016. [Internet] The Nuffield Trust. 2018. [citado 20 de Abril 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/emergency-general-surgery-challenges-and-opportunities>
14. Althaia Xarxa Assistencial Universitaria Manresa. [Internet]. [citado 15 de Mayo 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.althaia.cat/althaia/ca/homepage>
15. Fundació Hospital San Bernabé. Memoria 2015. [Internet]. [citado 15 de Mayo 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.hcsb.info/sites/default/files/memories/memoria2015-hsb.pdf>
16. Consorci Hospitalari de Vic. Memoria 2017. [Internet]. [citado 15 de Mayo 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.chv.cat/consorci/comunicacio/memories/2017-memoria/assistencia/frequentacio-i-ca-suistica/>
17. Consorci Sanitari Anoia. Memoria 2017. [Internet]. [citado 15 de Mayo 2019]. Recuperado a partir de: https://www.csa.cat/documents/memria_activitat_2017.pdf
18. Hospital de la Cerdanya. Memoria 2017. [Internet]. [citado 15 de Mayo 2019]. Recuperado a partir de: http://www.hcerdanya.eu/sites/default/files/media/media/Documents/memoria_rapport_annuel_2017.pdf
19. Cortegiani A, Gregoretti C, Neto AS, Hemmes SNT, Ball L, Canet J, et al. Association between night-time surgery and occurrence of intraoperative adverse events and postoperative pulmonary complications. *Br J Anaesth* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2019 Jun 29];122(3):361-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30770054>

Ampliación de los Servicios Asistenciales de un Centro Sanitario Privado



Ruben Hakobyan Vardanyan

Médico en el Hospital General Asil de Granollers
cmfenals.lloret@gmail.com

ABSTRACT

This article refers to a project to expand a medical center that carries out its activity in the development of prevention, treatment and rehabilitation of users of private health mutual societies, occupational accident mutuals, and mandatory insurance for traffic accidents and travel accidents. This range of services has formed a true "comprehensive patient treatment", with specific management in each of its services. On the other hand, the entity, within this integral philosophy, has not only the legal but ethical responsibility to offer its beneficiaries a quality health benefit as a key differential element when transferring it to the Value concept. In the center there are surgical specialties such as General Surgery, Urology, Gynecology, Traumatology and Orthopedic Surgery, Ophthalmology, Urology, ENT that currently to perform Major Outpatient Surgery (MAC) force patients to be referred to centers located in other towns or provinces which generates discomfort for users and their families due to travel. This fact frontally contradicts the philosophy of our center regarding "integral patient treatment". And for that reason, the need arises to create a Non-Inpatient Surgery Unit (UCSI) to be able to offer the performance of Major Outpatient Surgery.

KEYWORDS

Treatment, Integral, Derivate, Outpatient, Surgery

RESUMEN

Este artículo hace referencia a un proyecto de ampliación de centro sanitario que realiza su actividad en el desarrollo de prevención, tratamiento y rehabilitación de los usuarios de las mutuas de salud privadas, mutuas de accidentes laborales, seguros obligatorios de los accidentes de tráfico y accidentes de viaje. Este abanico de servicios han conformado un verdadero "tratamiento integral del paciente", con una gestión específica en cada una de sus prestaciones. Por otro lado, la entidad, dentro de esta filosofía integral, tiene no tan solo la responsabilidad jurídica sino ética de ofrecer a sus beneficiarios una prestación sanitaria de calidad como elemento diferencial clave al trasladarlo al concepto Valor. En el centro existen especialidades quirúrgicas tales como Cirugía general, Urología, Ginecología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Oftalmología, Urología, ORL que en la actualidad para realizar Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) obligan a derivar a los pacientes a centros ubicados en otras poblaciones o provincias lo que genera incomodidades para los usuarios y sus familiares por los desplazamientos. Este hecho contradice frontalmente la filosofía de nuestro centro en cuanto a "tratamiento integral del paciente". Y por ese motivo surge la necesidad de creación de una Unidad de Cirugía sin ingreso (UCSI) para poder ofrecer la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria.

PALABRAS CLAVE

Tratamiento, Integral, Derivar, Ambulatoria, Cirugía

INTRODUCCIÓN

Centro sanitario ubicado en la comarca de La Selva, en una de las principales vías de acceso de Lloret de Mar desde el año 2012. En el centro existen especialidades quirúrgicas tales como Cirugía General, Urología, Ginecología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Oftalmología, Urología, ORL y Odontología; además de las especialidades médicas: Pediatría, Medicina Familiar, Alergología, Radiología, Psiquiatría, Psicología, Fisioterapia y Rehabilitación y Medicina Estética. La Selva es una comarca situada entre la Cordillera Transversal y la Costa Brava que limita con las comarcas del Maresme, Vallès Oriental, Osona, la Garrotxa, Gironès, Baix Empordà y el Mar Mediterráneo. La capital comarcal es Santa Coloma de Farners, situada en el centro de la comarca.

Hay dos poblaciones que tienen más población que la capital. Blanes y Lloret de Mar, que han progresado mucho debido al turismo. Con una población total de 173.518 personas con mayor densidad en las poblaciones costeras e importante crecimiento demográfico en toda comarca en los últimos años. En el proyecto se realizan estudios de entorno, análisis DAFO, estudio de demanda derivada y un estudio económico para poder evaluar la viabilidad del proyecto.

CONTENIDO

1. ENTORNO

Según los datos del Padrón Municipal a 1 de enero de 2018, Lloret de Mar tiene una población de 37.350 personas y una densidad de población de 766,8 hab./km². Por nacionalidades: 24.277 personas de nacionalidad española y 13.073 de nacionalidad extranjera, conformando este último colectivo el 35% de población. Se tiene que añadir la población estacional ETCA (equivalente a tiempo completo anual), que en el año 2017 eran 15.940 personas. Por lo que se estima que habrá un total de 53.290 personas en el año 2018. Por sexo, en Lloret de Mar la cifra de hombres es ligeramente superior, con una participación del 52,53% sobre la población local, y en la provincia también es mayor el número de hombres, con un porcentaje del 50,74%.

Además, se debe tener en consideración la doble cobertura sanitaria. La doble cobertura sanitaria se produce cuando una persona que tiene derecho a la atención sanitaria pública dispone también de un seguro privado de salud que le permite recibir servicios sanitarios privados. Cualquier persona puede acudir a los servicios sanitarios privados pagando de su bolsillo, pero solo se define como doble cobertura

ra cuando se dispone específicamente de un seguro de salud privado. La población tiene derecho a la asistencia sanitaria pública porque ha cotizado a la seguridad social o bien se encuentra en alguna de las numerosas situaciones en la que se le reconoce el derecho, dando cobertura casi a la totalidad de la población; pero no a toda, hay una parte que no tiene derecho a la atención pública y solo dispone de cobertura privada si contrata un seguro. Este tipo de situación se da con mayor frecuencia en Lloret de Mar, donde como ya se ha comentado hay un 35% de población extranjera. En el año 2014 la Generalitat contabilizó 2.032.911 de personas con un seguro de salud en Cataluña, pero no todas tienen doble cobertura. Los funcionarios del estado y sus familias pueden escoger ser atendidos por la comunidad autónoma o por una aseguradora privada y el 80%, 160.815, eligen atención privada, de modo que no tienen doble cobertura. La diferencia entre el total de asegurados y los funcionarios que han escogido la privada es de 1.872.096 personas; es decir, un 24,9% de la población tiene doble cobertura.

¿Por qué uno de cada cuatro catalanes, pese a tener derecho a la asistencia sanitaria pública, contrata un seguro de salud? Hay varias razones. Por un lado, el seguro privado da acceso a los centros sanitarios privados y los médicos en ejercicio libre, que a veces son médicos que trabajan por la mañana en un centro público y por la tarde en un centro privado. Por la tarde se elige el médico que no se ha podido elegir por la mañana. Otra razón es el tiempo de espera. Los centros privados y los médicos en ejercicio libre tienen menos tiempo de espera que los centros públicos. Y otro argumento frecuente es que los médicos privados dedican más tiempo a cada enfermo y los centros privados disponen de una mejor atención hotelera. Estas razones son las que se han dado habitualmente para justificar que una persona se gaste más de 700 € al año de media en un seguro privado para recibir unos servicios a los que tiene derecho en la pública. Pero hay otros argumentos; uno es considerar el seguro como un sueldo en especie y otro es la respuesta de la gente a los recortes en la sanidad pública. Algunas empresas dan a sus trabajadores un seguro privado como complemento del sueldo, en parte por razones fiscales, pero también como un incentivo a algunos trabajadores y directivos. Las estadísticas de la Generalitat muestran qué servicios se pagan privadamente en el hospital. Así, por ejemplo, el 31% de los partos son privados y buena parte de la cirugía es privada: el 35% de la cirugía electiva y el 25,8% de la cirugía mayor ambulatoria. También son financiadas por terceros (no Administración Pública) el 26% de las altas de los hospitales y el 21% de las urgencias.

Finalmente, hace falta destacar el auge del sector turístico, especialmente en la zona litoral de la comarca, alrededor de los núcleos de Lloret de Mar, Blanes y Tossa de Mar. Lloret de Mar con su oferta hotelera

de 29.000 plazas, en el año 2018 ha recibido un total de 1.165.841 turistas. En el sector sanitario privado coexisten varios tipos de pacientes. Por un lado, las compañías aseguradoras se consideran clientes de los establecimientos sanitarios que trabajan con ellas o “fuente de pacientes asegurados”. En esos casos, el paciente asegurado (es decir, el usuario o receptor de la asistencia sanitaria a través de su cobertura privada) no es quien le abona al centro dicho servicio, sino que es la mutua de salud la que lo hace, una vez se ha registrado dicha prestación mediante la tarjeta de salud correspondiente. Por otro lado, los pacientes pueden ser los propios receptores del servicio. Esto ocurre cuando el paciente es un particular o lo que se podría denominar como un “privado puro”, el cual abona, directamente en el centro, la atención sanitaria recibida. La mayoría de las empresas privadas se nutren de ambos tipos de clientela.

2. HIPÓTESIS

Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria han tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos quince años, incrementando notablemente la eficiencia en la atención a pacientes susceptibles de procedimientos quirúrgicos que, con anterioridad, eran ingresados en unidades de hospitalización convencional. Lo relativamente novedoso de esta modalidad asistencial es su importante diseminación y la diversidad de configuraciones organizativas, estructurales, funcionales... que tienen; así como sus notables repercusiones en términos de calidad y seguridad del paciente que la identifican como una de las unidades en las que prioritariamente se deben elaborar criterios de calidad y seguridad, y su evaluación como soporte de las decisiones clínicas y de gestión, en el marco de los objetivos y acciones contemplados en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La CMA comienza su desarrollo en España en los inicios de los años 90 con alguna experiencia previa aislada. La primera unidad autónoma de CMA se crea en Barcelona en 1990 (Viladecans) y en 1992 se creó la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el Hospital de Toledo. Siendo el primer trabajo publicado sobre resultados de Cirugía Mayor Ambulatoria el de Rivera en 1988. Y, E. Sierra, uno de los precursores de esta modalidad asistencial en España, publicó en 2001 una recomendable revisión del desarrollo de la CMA en España, a los 10 años de la puesta en funcionamiento de la pionera unidad de Viladecans.

El Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud ha publicado recientemente un resumen del «estado del arte» en relación con la Cirugía Mayor Ambulatoria. Sus conclusiones, coincidentes con las de la *Healthcare Comision*, señalan los siguientes aspectos para impulsar el desa-

rollo de la CMA:

- Resultados asistenciales. La incidencia de mortalidad en los 30 días posteriores a la intervención de CMA es extraordinariamente baja (alrededor de 0,01%) y en la mayor parte de los casos no tiene relación con el propio acto quirúrgico. La incidencia de morbilidad mayor directamente asociada con la CMA es menor de 1%. En una importante serie publicada en España, la tasa de mortalidad fue muy baja (1/25.553 pacientes), así como la tasa de reingresos desde domicilio (0,15%). Reduce los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales. La tasa de consultas no planificadas durante los 30 días siguientes a la intervención se sitúa entre el 0,28% y el 1,5%.
- Resultados sociales. Los estudios demuestran un alto grado de satisfacción del paciente (o parental en el caso de niños) con la CMA. La satisfacción del paciente puede ser optimizada mediante: un buen control del dolor, las náuseas y vómitos en el postoperatorio, tiempos de espera pre-quirúrgicos cortos, buen trato al paciente y ambiente confortable, evitar que el paciente sienta que se le da el alta prematuramente o se le fuerza al alta y seguimiento telefónico al día siguiente.
- Resultados económicos. Los costes hospitalarios de la CMA son entre el 25% y 68% inferiores a los de la cirugía con ingreso para el mismo procedimiento. Los beneficios económicos de la CMA incluyen los siguientes: evita estancias hospitalarias (lo que permite tratar a un mayor número de pacientes y reducir las listas de espera); libera recursos de hospitalización convencional para casos más urgentes y complejos; en las Unidades de CMA específicas se mejora la programación quirúrgica; se reduce el número de cancelaciones quirúrgicas (al no competir con casos más urgentes y/o la necesidad de camas hospitalarias) y, por tanto, se aumenta el rendimiento de quirófano; disminuye las necesidades de personal, al no ser generalmente necesaria la pernocta en el hospital; y hay una utilización más eficiente de los equipos e instalaciones del bloque quirúrgico.

3. ANÁLISIS

Se va a utilizar la matriz DAFO, para analizar la posición de la clínica a través de este desglose. En este análisis, se analizará tanto la situación interna, como son las debilidades y fortalezas, como la externa, amenazas y oportunidades, todo ello en una matriz cuadrada (Tabla 1).

Debilidad	Amenaza
Aspecto negativo de una situación interna y actual	Aspecto negativo del entorno exterior y su proyección futura
Fortaleza	Oportunidad
Aspecto positivo de una situación interna actual	Aspecto positivo del entorno exterior y su proyección futura

Tabla 1. Matriz DAFO.

Debilidades

Principio de actividad siempre dura e incierta ante el descubrimiento de eventos como la COVID que hacen ver una labilidad del mercado desconocida y que obliga a tener un cojín financiero para resistir periodos de incerteza. Se cubren pocas especialidades quirúrgicas con posibilidad de realizar CMA. Se trata de un centro médico privado y no de un complejo hospitalario, por lo que no se podrán ciertos tratamientos complejos. Grado de obsolescencia tecnológica, nivel de desarrollo tecnológico. Mercado de trabajo, escasez de profesionales especializados.

Amenazas

Aumento progresivo del número de centros sanitarios privados. Especialidades integradas en la cartera de servicios de la provisión pública. Recesión económica con altas tasas de desempleo y menor poder adquisitivo de los ciudadanos. Mercado de trabajo, escasez de profesionales especializados. Mercado financiero, cambios en los tipos de interés, presión fiscal. Falta de liquidez, errores de estrategia, gestión comercial. Asumir un nivel superior de riesgos asistenciales que puede obligar a un importante salto de estructura. Obtener la acreditación del Departament de Salut de Generalitat para CMA.

Fortalezas

Elevada profesionalidad, especialización y cualificación teórico-práctica del personal. Trato personalizado, con dedicación plena y orientación al cliente. Experiencia profesional de los socios. Sinergias entre nuestras especialidades. Local muy céntrico y con buena afluencia de viandantes. Citaciones a corto plazo. Sistemas de incentivos, proceso de selección. Imagen por marca, historial de empresa, experiencia, política de precios. Personal

multilingüe capaz de comunicarse con los pacientes de diferentes países.

Oportunidades

Gran preocupación por la salud y el control médico, con el consecuente incremento de la demanda. Competencia posicionada a distinto nivel competitivo, sobre todo en cuanto a disponibilidad y equipamiento tecnológico. Listas de espera en la sanidad pública con una sensación de difícil accesibilidad en estos momentos. Posibilidad de ampliar a más especialidades, según demanda. Posibilidad de exportar nuestro modelo de negocio a otras ciudades. Innovaciones tecnológicas en el mercado. Adaptación a los cambios demográficos y socioculturales. Gran incremento de turismo en España y en particular en Lloret de Mar con la iniciativa del ayuntamiento de cambiar el modelo del turismo hacia un turismo familiar y deportivo. La alta cualificación que posee el centro es, por tanto, un aspecto muy relevante tanto en el presente como en el futuro. Además, la atención individualizada en este tipo de servicios, que suelen ir acompañados de altas dosis de preocupación, es también determinante a la hora de sentirse a gusto y reforzar la relación profesional-paciente. La práctica inmediatez desde que se solicita el servicio hasta que este es prestado es una ventaja sobre el sistema sanitario público. Este factor es extremadamente significativo en la Pediatría, Traumatología, Urología, Radiodiagnóstico, Ginecología y Obstetricia, etcétera. La ubicación del local es una característica muy importante a la hora de darse a conocer.

4. ESTUDIO DE DEMANDA DERIVADA Y NO SATISFECHA

En primer lugar, se analiza la situación actual del centro: la actividad quirúrgica derivada y no satisfecha, las oportunidades de ampliar los nuevos servicios, la necesidad de crear alianzas estratégicas, ... Actualmente, el centro tiene 20.150 historias clínicas (HC) con un crecimiento de una media de 220 HC al mes. En este momento existen especialidades quirúrgicas tales como Cirugía General, Urología, Ginecología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Oftalmología y ORL que, en la actualidad, para realizar Cirugía Mayor Ambulatoria están obligadas a derivar a los pacientes a centros ubicados en otras poblaciones o provincias. Según los datos estadísticos de los que se dispone, también se realizan derivaciones para las pruebas endoscópicas con una frecuencia de 5-8 fibrogastoscopias y 4-5 colonoscopias al mes, generadas de la actividad actual de centro. Además, se destaca la posibilidad de ampliar la cartera de los servicios con nuevas especialidades, por ejemplo: Digestología, con sus pruebas diagnósticas derivadas

como son fibrogastroscofia y colonoscopia que requieren de las instalaciones adecuadas; Cirugía Plástica, con posibilidad de realizar intervenciones como blefaroplastia, implantes capilares, etcétera. Se ha detectado un importante incremento de demanda de esta especialidad y, como consecuencia, genera demanda derivada y no satisfecha que hay que tener en cuenta para el proyecto.

Tras analizar el entorno e identificar la demanda de los servicios no satisfechos se tratará de especificar los servicios que serían necesarios para poder dar cobertura a la demanda no satisfecha, en particular a la demanda de Cirugía Mayor Ambulatoria y la endoscopia digestiva. Se estima que para poder dar cobertura a la demanda no satisfecha se necesitarían dos quirófanos para poder atender al mismo tiempo pacientes de diferentes especialidades, sala para exploraciones endoscópicas y sala de preanestesia y recuperación. Es importante crear alianzas con hospitales y clínicas privadas para poder derivar a los pacientes en caso de necesidad o alguna complicación que pudiera tener lugar. De hecho, ya se está en estrecha colaboración con la Clínica Girona y la Clínica Onyar, situadas en Gerona ciudad.

5. ESTUDIO ECONÓMICO

En este apartado se analizarán las necesidades de tipo económico y financiero que precisa la puesta en marcha del proyecto, con el propósito de ayudar a valorar si es rentable o no emprender el nuevo proyecto. Se trata, pues, de conocer la inversión económica necesaria y cómo se va a financiar, estimar los costos y gastos que va a suponer la puesta en marcha del proyecto y valorar los posibles ingresos para realizar un cálculo aproximado de los beneficios que puede dar el proyecto.

Para este proyecto se deben tener en cuenta dos tipos de inversiones, cuya suma proporcionará el total de inversiones necesario para poner en marcha el proyecto. Las inversiones en activos fijos son aquellas destinadas a recursos de tipo tangible, como la maquinaria o el mobiliario preciso. Los gastos previos preoperatorios, es decir, aquellos destinados a la realización de estudios, captación de capital, realización de diseños y planes, y permisos previos a la puesta en marcha del proyecto. Se van a realizar obras para la creación de dos quirófanos, sala de espera, aseos, sala para exploraciones endoscópicas, sala de preanestesia, etcétera.

Activo fijo. Inmovilizado intangible - son aquellos activos que se componen de derechos susceptibles de valoración económica, identificables, no físicos y de carácter no monetario. Para este negocio se contará con el siguiente inmovilizado intangible:

aplicaciones informáticas (importe satisfecho por la propiedad o por el derecho al uso de programas informáticos para la gestión de quirófano); licencias y proyectos (se tendrán que contar con una serie de licencias sanitarias para la apertura de la clínica); y honorarios (profesionales de la Sanidad). El inmovilizado material está constituido por elementos patrimoniales tangibles, muebles o inmuebles. Mobiliario: la sociedad es propietaria del local por lo que se habilitará para una UCMA y se invertirá en todo el mobiliario necesario para cumplir los objetivos previstos para un buen funcionamiento. Maquinaria: es fundamental para el funcionamiento del negocio. Para dar una atención adecuada se necesitará maquinaria especializada, todo tipo de utensilios, además de maquinaria complementaria como fuentes de luz, procesadores de imágenes, monitores, etcétera. Equipo de proceso informático: ordenadores que necesitarán los médicos.

Instalaciones telemáticas: será necesario actualizar las instalaciones para acoplarlas a las preferencias/necesidades de la actividad a desarrollar. Por ejemplo, será necesario invertir en las instalaciones de telefonía, internet, agua... Obras de instalación: se realizarán las obras necesarias para la eficaz distribución de la UCMA. Otro inmovilizado material: aquellos elementos del inmovilizado material que no tienen cabida en las partidas anteriores, como podría ser el aire acondicionado, necesidades diarias para los trabajadores. Todo el equipamiento, mobiliario que se va a necesitar para el correcto funcionamiento de la UCMA que se requiere para diferentes áreas de la unidad.

Activo circulante. Al principio se tendrán muchos gastos antes de obtener ingresos, por lo que para poder afrontarlos se realizará una inversión en circulante financiada por recursos propios.

Previsión de ingresos y gastos. A continuación, se hará un análisis de la cuenta de resultados haciendo una previsión de ingresos y gastos para los cinco primeros años. Las previsiones para el escenario realista serán las que se plantean a continuación. Previsiones de Ingresos: es complejo detallar la previsión esperada de ingresos que la empresa va a tener, pero se pueden estimar los mismos basándose en los datos de los que se dispone y con ello calcular los ingresos previstos. En el sector en el que se trabaja, la salud, es difícil prever el número de clientes que van a acudir a la clínica y saber los tratamientos que van a necesitar, ya que cada cliente necesitará de un especialista diferente. Por este motivo, se pueden prever los ingresos revisando la demanda derivada y no satisfecha en los últimos dos años. Se han realizado 216 derivaciones para estudios endoscópicos (gastro y colo-

		Derecho de quirófano	Honorarios médicos	Anestesia	Ayudantía	
Urología	15	2.400 €	2.250 €	1.350 €	250 €	6.250 €
Cirugía General	103	16.480 €	15.450 €	9.270 €	1.716 €	42.916 €
Ginecología	11	1.760 €	1.650 €	1.133 €	183 €	4.726 €
Traumatología	45	7.200 €	6.750 €	4.050 €	750 €	18.750 €
Oftalmología	25	4.000 €	3.750 €	2.250 €	416 €	10.416 €
ORL	12	1.920 €	1.800 €	1.080 €	200 €	5.000 €
Gastro-colonoscopias	108	17.280 €	16.200 €	9.720 €		43.200 €
Total	319	70.180 €	47.850 €	28.710 €	10.550 €	157.290 €

Tabla 2. Previsión de ingresos en el primer año de funcionamiento.

noscopias) y 422 intervenciones quirúrgicas (IQ) tipo II. Una media de 108 estudios endoscópicos y 211 IQ tipo I-II en un año. Por cada intervención se facturarán los siguientes conceptos: derechos de quirófano, honorarios médicos, ayudantía (no en todas las intervenciones), anestesia (no en todas las intervenciones). Además, por los estudios endoscópicos: derechos de sala, honorarios médicos, anestesia. Se estima que en concepto de derecho de quirófano se facturará una media de 220€, honorarios médicos 150€, el importe de ayudantía habitualmente es del 30% de los honorarios médicos (se estiman 50€) y anestesia una media de 90€.

En la tabla 2 se puede ver que la previsión de ingresos para el primer año de funcionamiento, el cual es el primer año que la UCMA esté en marcha, será de 157.290 euros. Es una cantidad proporcional a la inversión propuesta anteriormente y al plan financiero. A me-

didada que la clínica se vaya asentando, aumentarán los clientes y con ello los ingresos finales. Además de tratamientos que se irán introduciendo en los pacientes a medida que vayan asistiendo a las primeras consultas con los especialistas médicos. Para el cálculo de previsión de ingresos en los primeros cinco años se tendrá en cuenta que, tras finalizar las obras y realizar todas las instalaciones, hay que solicitar la autorización sanitaria correspondiente. Se estima que este procedimiento puede tener una demora de 1 año de media, por lo tanto, durante este periodo no se va a tener actividad, tampoco ingresos, pero sí gastos. Los ingresos aumentan con el paso del tiempo puesto que la clínica va aumentando el número de pacientes.

Previsiones de gastos: tras haber analizado la previsión de los ingresos para el primer año de funciona-

	2020	2021	2022	2023	2024
Nóminas		29.092 €	29.092 €	29.964 €	29.964 €
S. Social		11.636 €	11.636 €	11.985 €	11.985 €
Agua	520 €	1.200 €	1.200 €	1.300 €	1.300 €
Electricidad	1.800 €	4.200 €	4.300 €	4.500 €	4.500 €
Seguros	5.000 €	5.000 €	5.000 €	5.000 €	5.000 €
G. Financieros	5.000 €	5.000 €	5.000 €	5.000 €	5.000 €
Honorarios médicos		43.555 €	45.732 €	48.019 €	50.420 €
Fungibles		8.400 €	8.820 €	9.261 €	9.724 €
Total	12.320 €	108.083 €	110.780 €	115.029 €	117.893 €

Tabla 3. Previsión de gastos de los primeros cinco años.

Activo	Saldo	Pasivo	Saldo
No corriente	553.450 €	Neto patrimonial	573.850 €
Aplicaciones informáticas	5.800 €	Capital	553.450 €
Licencias y proyectos	9.540 €	Reservas	12.000 €
Honorarios proyecto	9.830 €	Existencias	8.400 €
Mobiliario	24.900 €		
Maquinaria	280.000 €		
Equipo informático	3.800 €		
Equipo musical	2.500 €	Deudas a largo y corto plazo	0 €
Obras, instalaciones, instalaciones telemáticas	242.250 €		
Corriente	20.400 €		
Existencias	8.400 €		
Tesorería	12.000 €		
Caja	2.000 €		
Banco	10.000 €		
Total activo	573.850 €	Total pasivo	573.850 €

Tabla 4. Balance de situación al inicio de la actividad.

miento, se presentará la previsión de gastos también para los primeros cinco años.

Los gastos irán ligados con el aumento de pacientes que vaya habiendo con el paso del tiempo. Conforme vaya aumentando el volumen de clientes irán aumentando los gastos de la empresa generando gastos variables. Además, el personal médico tiene sus honorarios ligados a la productividad, por que cuanto más se facture más se gastará en concepto de honorarios. Pero los gastos en personal administrativo, enfermería, auxiliares de enfermería no tendrán variaciones significativas.

6. BALANCE DE SITUACIÓN AL INICIO DE ACTIVIDAD

Análisis de la cuenta de resultados. Tras haber realizado las previsiones para los ingresos y gastos que

deberá asumir la empresa, se pasará a realizar el análisis de la cuenta de resultados. En este análisis se podrá ver las diferencias entre todos los ingresos y gastos que ha tenido la empresa durante el año. Además, se sabrá de qué manera obtiene beneficios la empresa y de qué forma se pueden mejorar.

Como se puede observar, la lentitud de Administración Pública en resolver las solicitudes de autorizaciones sanitarias afecta de forma directa al proyecto, retrasando el inicio de actividad y la recuperación de la inversión inicial. En este análisis se va a ver cómo evoluciona la empresa en los cinco primeros años. El beneficio obtenido es positivo a lo largo de los años y se incrementa notablemente, por lo que la producción evoluciona positivamente. En cuanto a los gastos fijos, viendo como aumentan de un año a otro da a entender que la productividad será mayor ya que la

	2020	2021	2022	2023	2024
Ingresos	0 €	157.290 €	173.019 €	190.321 €	209.353 €
Gastos	67.665 €	160.980 €	166.125 €	170.374 €	173.238 €
Personal	0 €	81.835 €	86.460 €	89.968 €	92.369 €
Amortizaciones	55.345 €	55.345 €	55.345 €	55.345 €	55.345 €
Consumos	12.320 €	23.800 €	24.320 €	25.061 €	25.524 €
Resultado de explotación		3.690 €	6.894 €	19.947 €	36.115 €
Gastos financieros	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Resultado neto		3.690 €	6.894 €	19.947 €	36.115 €
Cash-Flow	55.354 €	59.035 €	62.239 €	75.292 €	91.460 €

Tabla 5. Análisis de la cuenta de resultados de los primeros cinco años.

empresa tendrá más gastos en agua, luz, ... Las amortizaciones son las mismas año tras año ya que en un principio no se va a invertir en más inmovilizado. Se ha realizado una inversión inicial muy elevada y completa por lo que no se comparará de momento más.

7. RECUPERACIÓN DE LA INVERSIÓN

Ahora es pasa a analizar una evaluación financiera de las inversiones a través del Valor Actual Neto (VAN) y la Tasa Interna de Retorno (TIR) para conocer qué tipo de rentabilidad presenta a largo plazo. El Valor Actual Neto es un elemento que permite conocer el valor a través de los flujos de caja originados por la inversión. La Tasa Interna de Retorno es la tasa de interés a través de la cual se iguala a cero el valor actual neto. Con ella se sabrá qué rentabilidad dará el negocio. Se necesitarán conocer el desembolso inicial (553.450 €) y tasa de descuento (2%) para poder calcular la previsión de los flujos de caja para los ocho primeros años. Conocidos los flujos de caja, se pueden calcular el VAN y el TIR a través de la siguiente fórmula:

$$VAN = -I_0 + \sum_{j=1}^n \frac{FN_j}{(1+i)^j}$$

Practicada la fórmula, el resultado es positivo por lo que se llevará a cabo la idea de negocio dada su viabilidad. A los ocho años, se recuperará la inversión inicial y se obtendrá un beneficio. En cuanto a la TIR también es mayor que la Tasa de descuento (COK), la cual es mayor que el gasto en inversión. A corto plazo, la idea de negocio también tiene viabilidad.

CONCLUSIONES

Analizando la potencialidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria, las expectativas de los pacientes y la misión del centro de ofrecer una atención integral en proximidad, así como la realidad especial del entorno con gran presencia de no residentes motiva a realizar una Unidad de CMA en el centro. Analizado los riesgos de actividad por dificultad de profesionales o volumen que las especialidades generen de CMA, así como el *business plan* (que se considera sólido a medio plazo) hace persistir en la idea; si bien se plantea contar con *partners* que den seguridad de flujo y permitan aguantar las dificultades de la arrancada y llevar con menos riesgo el espacio de incertidumbre. También se puede concluir la generación de modelos estandarizados repetibles vinculados a estructuras hospitalarias en forma de red.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contabilidad y finanzas para no financieros 2ª edición adaptada a los nuevos planes contables Oriol Amat Ediciones Deusto ISBN: 978-84-234-2671-3.
2. Finances i comptabilitat per a directius Oriol Amat – Maria Jesús Soriano ACCID – Associació Catalana de Comptabilitat i Direcció ISBN: 978-84-16583-47-8.
3. REAL DECRETO 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
4. Libro Blanco para el Diseño Preventivo e Inclusivo de un Centro de Trabajo Sanitario, Foment del Treball nacional. Código de acción: IT-2010/086.
5. Luis Bohigas, economista <https://blog.aquas.cat/2017/04/20/doble-cobertura-salud/?lang=es>





En colaboración con Janssen España