



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

PACIENTES, MÉDICOS Y CIUDADANOS
ANTE EL NUEVO SIGLO.
DE LOS SERVICIOS SANITARIOS A LA SALUD

Discurso de recepción como Académico Correspondiente
Prof. Dr. Mariano Guerrero Fernández

Presentado por
Ilmo. Sr. Dr. Justo Medrano Heredia

Leído el día 19 de febrero de 2015

VALENCIA

Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana
Avda. Blasco Ibáñez, 15
(Facultad de Medicina)
Teléfono 963 86 46 53
46010 VALENCIA

Página web: www.ramcv.com
Correo electrónico: secretaria@ramcv.com

Artes Gráficas Soler, S.L.
www.graficas-soler.com

Presentación del Dr. Mariano Guerrero

Justo Medrano Heredia
Académico de número de la RAMCV

Exmo. Sr. Presidente de la Real Academia
Ilma. Sra. Secretaria e Ilmos. Sres. miembros de la Junta de Gobierno de la misma,
Ilmo. Sr. Presidente del Colegio de Médicos de Alicante
Ilmos. Sres. Académicos,
Ilmo. Sr. Presidente de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Alicante,
Sras. y Sres., amigos todos

La incorporación de un nuevo académico a nuestra Real Academia es siempre un motivo de satisfacción para la misma, por cuanto significa un enriquecimiento científico de la misma, tanto más cuando ésta vez un experto médico gestor, como el Dr. Mariano Guerrero viene a contribuir a continuar cumpliendo los objetivos de aquella.

La Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana pudiera ser una Institución desconocida para algunas personas por lo que considero oportuno iniciar su presentación, exponiendo algunas características de la misma.

La Academia tiene ya casi dos siglos de existencia. En todo este tiempo ha estado y está presente en la vida científica y médica de

Valencia y desde hace más de 50 años ha extendido su presencia, actividad e influencia a las Provincias de Castellón y Alicante, al haberse convertido oficialmente en la RAM de la Comunidad Valenciana. Alejada de toda competitividad personal, provinciana, corporativa o profesional, constituye un espacio de serena reflexión sobre los avances, aplicaciones, problemas y soluciones de la Medicina y de sus Ciencias afines y donde en plena armonía confluyen e interaccionan sus objetivos propios con los de otras Instituciones, como los de las Sociedades científicas, Universidades, Colegios profesionales o Consellerías. Y asimismo con los tres Colegios Oficiales de Médicos, todo ello en el marco de una colegiada y estrecha colaboración con los tres niveles provinciales y los órganos gubernativos.

El nivel científico alcanzado por la Medicina y la Sanidad en nuestra Provincia de Alicante, hace que cada vez sean más los Académicos de esta Provincia, que como brillantes científicos y profesionales, se incorporen a las tareas de esta real Institución.

Como ya adelantaba, hoy se va nombrar a un nuevo académico, al Dr. Mariano Guerrero Fernández. La Academia le reconoce así su aportación a la asistencia sanitaria de la población, así como su intensa y eficiente actividad en el proceso del cambio en el modelo de gestión de los hospitales públicos.

Nuestro nuevo académico nacido en Granada, estudió en el Colegio Ave María fundado por el Padre Manjón en el Albaycín, continuando después en el Colegio Mayor de la Victoria y licenciándose después en Medicina y Cirugía en la Universidad de Granada, con una nota media de 9.3 sobre 10. De allí pasó a Valencia donde realizó el Mir en Pediatría, especializándose después en Alergología e Inmunología y alcanzando posteriormente el grado de Doctor en Medicina por la Universidad de Valencia.

Pero pronto descubrió su interés por la gestión sanitaria, pasando a ser Director del Hospital Provincial de Almería y luego a Director Asistencial del Hospital Universitario de Son Dureta de Palma de Mallorca y después ser nombrado sucesivamente Director Gerente del Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant, del

Hospital Ramón y Cajal de Madrid y del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

Ha realizado sendos Máster en Gestión Hospitalaria y en gestión de Servicios Sanitarios y es Experto Universitario en Cooperación Internacional al Desarrollo y Diplomado en Sanidad por la Escuela Departamental de Valencia.

En la Universidad Católica de Murcia ha sido Director de la Cátedra de Gestión y Planificación de Servicios Sanitarios, Director de la Escuela de Gestión de Servicios Sanitarios y Director del curso de Experto Universitario en Cooperación Internacional.

Como muestra y reconocimiento de su cualificación, fue nombrado Miembro del Jurado de los Premios Jaime I en la modalidad de Investigación Clínica.

Ha sido Profesor en diversas Universidades, como las de Valencia, Elche, Alicante, Católica de Murcia, de Murcia, Complutense de Madrid, Europea de Madrid, Barcelona, Cantabria, Navarra y Las Palmas de Gran Canaria.

Así mismo lo ha sido en diferentes Máster, como de Gestión de Servicios sanitarios de la Facultad de Medicina de Valencia, de Economía de la Salud de la Universidad de Alicante, Las Palmas de Gran Canaria, de Bioética de la Universidad de Murcia , de Dirección Estratégica y Gestión Hospitalaria de la Universidad de Elche y de la Escuela de Negocios de la Fundación Universidad Empresa de la Región de Murcia y de la Diplomatura en Sanidad de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

Es Secretario General de la Junta directiva de la Sociedad Española de directivos de la Salud desde el 2002.

Por si fuera poco es además Académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia y Académico de la Real Academia de Farmacia Santa María de España de Murcia.

Como tema de su discurso de entrada en nuestra Academia ha escogido el siguiente “Pacientes, médicos y ciudadanos ante un nuevo siglo. De los servicios sanitarios a la salud.”

Ciertamente en el centro de la intensa actividad desarrollada por el Dr. Guerrero, como ya ha podido observarse por su currículum así como por sus publicaciones, han estado siempre dos aspectos esenciales, la salud como bien individual y la gestión de los servicios sanitarios. En cuanto al primero ha defendido siempre el rol del paciente activo y el autocuidado de su salud, analizando la salud de los españoles, a través del estudio de sus hábitos y de las encuestas de salud.

En cuanto a lo segundo fue uno de los primeros gestores que se percibió de las profundas transformaciones que se estaban produciendo y de la necesidad de buscar nuevas formas y fórmulas de gestión. En este sentido como persona constante, convencida de sus ideas pero de forma flexible y dialogante, supo ir las aplicando como experto, tanto en su actividad pragmática e imaginativa al frente de varios grandes hospitales, como a través de sus enseñanzas, innovando y creando para los demás nuevos caminos.

El concepto de salud no puede ser definido con precisión y en todo caso lo que se entienda por salud, dependerá de lo que se entienda...Pero es ciertamente algo más que la ausencia de enfermedad o la actividad curativa de los Hospitales y de los Centros de Salud. En esa línea el sentimiento de estar sano o el silencio sintomático, son desde luego aspectos parciales de lo que entendemos hoy por salud. En cada época y civilización el concepto de salud ha ido variando según la educación social, los tipos de patología, el propio concepto de enfermedad, las circunstancias sociales y económicas y los recursos disponibles. A ello contribuye, el que la demografía de un País va cambiando y así en el nuestro está disminuyendo la natalidad y aumentando la longevidad.

La salud de una persona depende de factores biológicos individuales, pero también de otros relacionados con el medio ambiente, los hábitos y los estilos de vida.

Sin embargo nos encontramos con una población cada vez más exigente y menos tolerante cuando no ve cubiertas sus expectativas por el sistema sanitario. El impacto de un crecimiento imparable del gasto y su repercusión en el PIB, ponen en entredicho la sostenibilidad de cualquier sistema sanitario.

El Hospital moderno es un invento del siglo XX y viene desde lejos necesitando reformas. Es difícil hacer llegar a los profesionales y a los ciudadanos, la necesidad de racionalizar su funcionamiento y lo es aún más el que se impliquen todos más en el cuidado de su propia salud.

Es en este campo donde el Dr. Mariano Guerrero ha dirigido su interés, sus estudios y sus esfuerzos por aplicar de forma flexible pero constante, sus ideas y sus conocimientos.

No perdió nunca de vista, sin embargo el cuidado de otros aspectos importantes en su vida, como lo han sido en primer lugar, el amor por su esposa la Dra. Leonor Neira, médico ginecólogo y el afecto y la atención debida a sus hijos, con quienes comparte diversas actividades. Entre ellas su pasión por el campo y su amor por África, sus gentes, su cultura y su arte. Del conocimiento de ello nace su compromiso social y su decidida actividad en la Cooperación internacional. Aún así siempre le queda tiempo para como estudioso del mismo, gozar del arte pictórico español del siglo XX.

Conozco desde hace más de veinte años al Dr. Mariano Guerrero, pues me sucedió en la gerencia del Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant, cuando ambos éramos más jóvenes. Desde entonces he podido ser testigo de su brillante devenir en el campo de la gestión sanitaria y de su estudio.

Es él quien con la venia del Sr. Presidente, tendrá la palabra; para mí ha sido una gran satisfacción, haberlo podido presentar en éste para nosotros, formal pero emotivo acto de su incorporación a la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.

PACIENTES, MÉDICOS Y CIUDADANOS
ANTE EL NUEVO SIGLO.
DE LOS SERVICIOS SANITARIOS A LA SALUD

Prof. Dr. Mariano Guerrero Fernández

A mis tres hijos: Mariano, Natalia y Alejandro

“No tenemos en nuestras manos la solución a los problemas del mundo,
pero ante los problemas del mundo tenemos nuestras manos”
Teresa de Calcuta

Excelentísimo Sr. Presidente de la Real Academia de Academia
de Medicina de la Comunidad Valenciana
Ilustrísimos Sres. Académicos
Ilustrísimas Autoridades
Queridos compañeros, amigos y familiares
Señoras y Señores:

Quizá la emoción no me permita expresar mi agradecimiento a la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana que me acoge entre los suyos, y deseo expresar mi reconocimiento al Excelentísimo Sr. Presidente, el Dr. D Antonio Llombart, y en su nombre a todos los Ilustrísimos Señores Académicos, y de una forma especial al Ilustrísimo Sr. Vicepresidente el Dr. D Justo Medrano Heredia, que tan amable y generosamente me ha presentado.

El honor que se me brinda en este acto obedece a la generosidad que hacia mi tiene esta alta Institución Académica y, además, deseo en este momento singular poder reiterar mi agradecimiento a las personas e instituciones que han facilitado el que desde hace de más de 40 años la Comunidad Valenciana sea mi casa, donde vive mi familia y muchos de mis amigos, ya que en algunos de sus hospitales he pasado gran parte de mi vida profesional: el antiguo Hospital General Sanjurjo, hoy Dr. Pesset, el Hospital la Fe, el Hospital General de Alicante, el Hospital del Vinalopó de Elche y el Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Mi vinculación profesional a la Comunidad Valenciana comenzó en 1979 cuando inicié la especialización médica, por el sistema MIR, en la Especialidad de Pediatría en el antiguo Hospital General Sanjurjo, después en el Hospital de la Fe y posteriormente en 1993 cuando tuve el honor de dirigir el Hospital Universitario San Juan de Alicante, tras mi paso por el Hospital General de Almería y la Ciudad Sanitaria de Son Dureta de Palma de Mallorca.

Permítanme decirles que hace ya más de 30 años comencé a interesarme por el mundo de la gestión sanitaria en general y hospitalaria en particular y recientemente, cuando hacía unas revisiones bibliográficas y curriculares, descubrí artículos y revistas que hablaban en esos años de la situación de crisis del sistema sanitario y de la necesidad de nuevos modelos, ya en 1984. Treinta años después estamos ante la necesidad de nuevos modelos, nuevos tiempos, nuevos hospitales y nuevas soluciones.

No puedo dejar de recordar en estos momentos a aquellas personas que desde mi infancia más influyeron en mí: mis abuelos maternos, también quiero recordar a mi padre que hoy estaría feliz y emocionado, pero que en algún lugar estará pendiente de este acto.

Gracias a Leonor, a mis hijos, a mi madre, a mis hermanos y al resto de mi familia.

Y mucho agradecimiento a mis amigos que tanto me enseñan y ayudan.

Sobre el impacto económico de los servicios sanitarios

En España desde hace varias décadas tenemos un buen Sistema Sanitario, de tal forma que si tuviéramos que elegir en qué país recibir asistencia sanitaria, España estaría entre los primeros a nivel mundial, según el Health Systems in Transition Spain 2010, que valora el estado de salud de la población, la cobertura, la accesibilidad, la equidad financiera, los resultados de salud atribuibles a la acción del sistema sanitario, la calidad y seguridad de la atención sanitaria, la satisfacción de los pacientes y usuarios y la legitimidad del sistema.

Aun siendo constatable la calidad del Sistema Sanitario Español, ha venido siendo habitual un discurso dominante respecto a la necesidad de la innovación en las organizaciones sanitarias, aunque desgraciadamente en la mayoría de los casos el discurso se ha instalado en el hilo argumental de la bondad del sistema sanitario español, lo que puede haber contribuido a un espejismo para la autocomplacencia e inmovilidad, ante las necesarias reformas del sistema sanitario.

En ese sentido y debido al dinamismo de las circunstancias que sobre el sistema sanitario actúan, en los últimos análisis y actualizaciones de estos rankings hay resultados dispares. De esta manera la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) publicó en junio de 2013 un informe sobre el gasto sanitario y situaba a España en el lugar 35 dentro de los países más desarrollados del planeta, motivado por los recortes sanitarios, fruto de la crisis económica, tales como una disminución del gasto en un 0.5% en 2010 y un 2.8% en 2011, después de una década de crecimientos sostenidos superiores al 5%, aunque, a pesar de ello, no se han detectado modificaciones en los indicadores de salud en las evaluaciones de los últimos años.

Hay que resaltar que a pesar de la disminución del gasto sanitario en estos últimos años, los españoles continúan disfrutando de una elevada esperanza de vida al nacer, de 82.4 años, solo superada por los ciudadanos suizos y japoneses.

Además, no podemos dejar de destacar que los servicios sanitarios han tenido un importante impacto en la estructura del gasto de las diferentes Comunidades Autónomas. En general, el gasto sanitario supera el 36% del gasto público del conjunto de las Comunidades, destacando que la Comunidad que más porcentaje destina a sanidad es la Comunidad Valenciana, con un 41.3% del total de los presupuestos.

En el año 2011 el gasto sanitario por habitante en España disminuyó en 200 euros respecto al año anterior, correspondiendo el 75% de este gasto al sector público. Aun así, hemos de mencionar que a pesar de la disminución del gasto, el gasto público era superior al del conjunto de la OCDE que no superaba el 72%.

En el desglose del gasto sanitario el 54% corresponde a la atención especializada, el 16% a la atención primaria, el 20 % al gasto farmacéutico y solo el 1.4% se destina a la prevención y a la salud pública. Así mismo el 90% del gasto sanitario lo gestionan los gobiernos autonómicos.

En referencia a la financiación, el 95% procede de los tributos generales del Estado, el 2.5% de las contribuciones de los trabajadores a través de las mutuas profesionales y de accidentes y el 3,5% lo aportan las mutuas de funcionarios. A su vez, la adjudicación de los fondos se realiza por un criterio capitativo, ponderado por la estructura poblacional y su dispersión, así como por factores geográficos como extensión e insularidad.

Como el asunto de los informes sanitarios hay que verlo con cierta perspectiva, más recientemente la Agencia Bloomberg que pone en común información correspondiente del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de la Salud, ha realizado un nuevo informe en el que coloca al sistema sanitario español en el lugar 14, cuando la misma agencia, en la anterior evaluación del año 2013 España ocupaba el lugar 5. Países como Japón, Corea del Sur e Italia copan los primeros puestos de este informe. La clasificación se basa en la esperanza de vida y el coste per cápita relativo a la atención sanitaria.

Dejando al margen al asunto de los rankings, la OCDE, en 2011, publica que España gasta en sanidad el 9.5% de su PIB, el 7% del gasto es público y el 2.5% es privado, muy en la línea de los países de nuestro entorno, como son Reino Unido, Irlanda, Italia, Noruega, todos ellos, con un gasto inferior al 10% de su PIB. Otros como Francia, Suiza o Alemania superan este 10 %, esta última con un gasto del 11.6% del PIB.

Para el año 2015 el presupuesto público medio por habitante está en 1185 euros, que es el 75% del gasto sanitario global ,con grandes diferencias entre las Comunidades Autónomas, ya que País Vasco, Navarra y Cantabria superaran los 1.300 euros por habitante.

España dispone de un total de 759 hospitales, 453 del Sistema Nacional de Salud y 306 privados, para más de 47 millones de ciudadanos que vivimos en el territorio nacional. Dispone de 140.000 camas, es decir, 3 camas por cada 100 habitantes. La Comunidad Valenciana dispone de más de 10.000 camas y 1.230 puestos de hospitales de día.

Según las últimas publicaciones de la OCDE, España dispone de 1.200.000 profesionales sanitarios, de los cuales cerca de 132.000 son médicos, con más de 20.000 en formación y un gasto sanitario público en recursos humanos para 2015 superará los 23.570 millones de euros. Además, el presupuesto sanitario público de las diferentes Comunidades Autónomas alcanzara los 51.700 millones de euros, un 2.3% más que en 2014.

Podemos afirmar que la sanidad goza de buena salud y seguirá ganando peso social, ya que la experiencia sanitaria por parte de los ciudadanos es directa y el debate sobre ella se centra en lo material y en el gasto, sin descartar el debate ideológico sobre el asunto público y privado, debido al referido componente social de los servicios sanitarios que supera desafortunadamente al del concepto de la salud.

Numerosos estudios han intentado explicar cuáles son los determinantes del crecimiento del gasto sanitario, tanto internacional

como nacional. En este sentido Barros, en 1998, estableció que el envejecimiento de la población no contribuye de forma decisiva al aumento del gasto sanitario y si el aumento del PIB del país determinado y en menor grado el progreso tecnológico. En el mismo sentido de relacionar el aumento del gasto con el PIB apuntan los estudios de Di Matteo, en 2005, aunque no descarta la importancia del envejecimiento, pero matizado en referencia al gasto sanitario en los últimos años de la vida. El mismo autor establece en su estudio que el progreso tecnológico puede explicar el 66% del gasto sanitario real per cápita.

Es importante que reseñemos los estudios que establecen un aumento del gasto sanitario en relación con la cercanía de la muerte, sin importar la edad a la que ella ocurre. Este es uno de los elementos que han generado la idea de la importante relación del envejecimiento con el gasto sanitario, ya que los mayores tienen más probabilidades de morir que los más jóvenes. En este sentido están los trabajos de Seshamani en 2004 cuando estableció una importante relación entre el aumento del gasto sanitario por paciente en los 15 años anteriores a la muerte.

En referencia al consumo de recursos sanitarios por parte de los mayores, estudios como el de Lubitz y Riley y los de Casado expresan que sólo una pequeña parte del aumento del gasto sanitario se puede atribuir al envejecimiento poblacional, puesto que el estado de salud medio de las personas mayores ha mejorado conforme aumentaba su longevidad y que el mayor gasto sanitario viene determinado por la evolución de distintos factores no demográficos, como son la intensidad de la atención, el coste de los tratamientos o el desarrollo de nuevas tecnologías médicas.

Liao expuso en el 2000 que las personas que sobreviven pasados los 85 años tienen mejor calidad de vida en el año previo a la muerte que el de las personas que murieron antes de cumplir los 85 años. Podríamos adentrarnos en la hipótesis de que el aumento de la utilización hospitalaria por las personas mayores en los países desarrollados es la opción de una sociedad que aspira a una mayor longevidad y calidad de vida, y no una consecuencia directa del envejecimiento poblacional y de su estado de salud.

Sobre la salud de los ciudadanos

La salud, como bien individual, con múltiples implicaciones socioeconómicas y culturales, no es la ausencia de enfermedad, ni tampoco un especial estado de ánimo, sino que es una encrucijada, es un estado variable con determinantes, como son la herencia personal, el medio ambiente en el que vivimos, el estilo de vida que practicamos y los sistemas económico, social y sanitario donde nos ha tocado vivir. A pesar de ello los ciudadanos, en general, asociamos la mejora de la salud a la existencia de buenos sistemas sanitarios, aunque existen abundantes referencias bibliográficas que demuestran que dicha afirmación no es exacta, ya que los factores sociales o económicos, la biología humana, la carga genética, el medio ambiente, la conducta y los estilos de vida desempeñan un papel más importante en la salud que los propios servicios sanitarios.

Sin ninguna duda, la salud de las personas está fuertemente influenciada por el entorno en el que las personas viven, trabajan, se alimentan o disfrutan de su tiempo. Esta cuestión fue ampliamente expuesta por Mark Lalonde cuando en 1978, siendo Ministro de Salud de Canadá, emitió un informe donde explicaba que el entorno generador de la salud está integrado en un campo formado por cuatro áreas: los estilos de vida, el entorno, la biología y el sistema de cuidados sanitarios y que representaban, a la hora de explicar la salud, el 43%, 19%, 27% y 11% respectivamente. Sin embargo, el 90% de los gastos en salud se dedicaban al sistema de cuidados sanitarios.

El citado informe, con algunas matizaciones sigue en evidente actualidad, puesto que las recientes actualizaciones han venido a consolidar la hipótesis de Lalonde, ya que el último informe al respecto pone de manifiesto que el 80% de los determinantes de la salud poblacional se encuentran fuera del sector sanitario clásico, al establecer que el 10% de la salud corresponde a factores ambientales, el 40% a factores socioeconómicos, como la educación, el empleo, la seguridad comunitaria, y solo el 20% corresponde a los servicios sanitarios, fundamentalmente relacionados con la garantía en el acceso a los servicios sanitarios y a la cali-

dad de los mismos. Por último, el 30% restante corresponde a los hábitos de no salud, a saber, tabaquismo, abuso del alcohol, sexo inseguro, dieta inadecuada y ausencia de la práctica de ejercicio físico.

Debemos afirmar que los principales determinantes de la enfermedad son, sobre todo, económicos y sociales, considerando de una forma paradigmática a las guerras como uno de los principales alteradores de la salud de la población y posiblemente lo que mayor impacto negativo genera en la salud pública.

Por todo ello, la salud está relacionada con otros campos no sanitarios como la educación, el mercado laboral, el urbanismo, la vivienda y todas aquellas otras políticas que pueden generar desigualdades sociales, culturales y económicas. Como ejemplo de este asunto encontramos que en los países del tercer mundo, el acceso al agua potable es el factor más influyente en la esperanza de vida, y que en los países de nuestro entorno las causas de mortalidad evitable están relacionadas con factores sociales y en especial con el estilo de vida.

Actualmente aceptamos que todas las políticas deben confluir en la mejora de la salud poblacional y que además deben de hacerlo dando respuesta a los determinantes extra sanitarios, lo que implica el compromiso de la transversalidad, con estrategias horizontales en otros sectores como la economía, la educación, las obras públicas y el medio ambiente en la definición de objetivos de salud para la población, sin dejar de conservar y mejorar la asistencia sanitaria en su vertiente preventiva, curativa y rehabilitadora, procurando un adecuado balance entre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como su mantenimiento y recuperación.

Lamentablemente actuar desde la intersectorialidad es mucho más complejo que hacerlo desde un único sector y aunque en la última década son muchas las voces que lo reclaman, en términos de salud, el asunto no está generalizado en la agenda de todas las autoridades sanitaria y gestores de la salud, más centrados en la

provisión de servicios sanitarios que en la mejora de la salud de la población desde una estrategia más preventiva y promocional.

Sin embargo, los ciudadanos, los medios de comunicación, la industria sanitaria, los profesionales sanitarios y los políticos parecemos no tener demasiado en cuenta estos aspectos, ya que la mayor parte de los recursos se dedican a la asistencia sanitaria y no propiamente a la consecución de objetivos de salud, a través de otras inversiones no sanitarias propiamente dichas. De hecho, la mayor parte de las enfermedades responsables de incapacidad y muerte prematura son poco sensibles a incrementos adicionales de recursos estrictamente sanitarios.

Sin duda, una población con mayor esperanza de vida implica la necesidad de contemplar los equilibrios sobre el gasto social en un horizonte a largo plazo. Se trata, como afirma Lopez Casasnovas, de juzgar la justicia entre los participantes equitativos, es decir, la parte que se apropia cada individuo de los presupuestos públicos, en razón de sus circunstancias vitales: pensiones, sanidad, servicios sociales, educación, vivienda, etc.

Además, sabemos que el gasto sanitario aumenta con la renta y la riqueza de un país. Como constatación empírica de diversos estudios, desde la perspectiva temporal, los aumentos de renta deberán implicar que el gasto sanitario crece. Sin embargo, ya Samuel Preston en 1970 estableció que aumentar el gasto sanitario no produce efectos significativos en la esperanza de vida, ni en la mayor parte de los indicadores de salud convencionales, pero si produce mayor bienestar personal en relación con la calidad percibida, según la utilidad individual. De hecho en los países de la OCDE llegado al gasto sanitario a un 10% del PIB no se mejora el estado de salud al aumentar el citado porcentaje.

La Evaluación del impacto en salud (EIS) es una metodología integral, que apoyada por la OMS, evalúa el impacto de políticas y estrategias no estrictamente sanitarias en la salud de la población y se basa en que la enfermedad no solo hay que tratarla, sino que lo más rentable es evitarla. Es decir, esta metodología evalúa el impacto en la salud de la población, tanto de los hábitos de vi-

da saludables, como de otros determinantes sociales. A su vez conceptos como calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), como método de evaluar la salud de la población a través de su bienestar, viene siendo utilizado como un nuevo modelo de evaluación.

Sobre los hábitos de vida y la salud

Vivir de manera activa en todas las etapas de la vida es una aspiración que tiene como requisito previo e indispensable la salud, entendida ésta como la capacidad que han de tener las personas para llevar adelante su proyecto vital. Conseguir esa legítima y natural aspiración humana debe ser el objetivo prioritario de todo Sistema Sanitario y de todas las políticas en general.

Avanzar en el conocimiento de cómo diferentes determinantes impactan sobre la salud colectiva e individual es obligado. El propio sistema sanitario, aunque no es el más relevante, si asume una de las mayores responsabilidades, en relación con las expectativas de los ciudadanos.

A la vez, si los determinantes de la salud son más sociales y económicos, es necesario que los sistemas de información sanitarios muestren esta realidad. Es decir, debemos de dotarnos de sistemas de información centrados más en la salud poblacional que en los servicios sanitarios, y que aporten datos fiables y contrastables para permitir articular la política sanitaria, también llamada gestión sanitaria estratégica.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el fin de mejorar la información sobre el estado de salud de la población, la utilización de los servicios sanitarios y los hábitos de vida de los ciudadanos, viene realizando, de manera periódica, desde el año 1987, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de España que proporciona información sobre aspectos como la morbilidad percibida, los hábitos de vida y las conductas relacionadas con los factores de riesgo.

En los 25 años en que se han venido realizando encuestas se ha puesto de manifiesto la reducción de la población joven y el incremento de la población mayor de 65 años. Como consecuencia de ello se ha producido un empeoramiento del nivel medio de salud percibido y, además, un incremento del gasto sanitario atribuible al incremento de la población con más edad y peor salud, aunque hay voces discrepantes sobre esta etiología del aumento del gasto sanitario.

Por otra parte, viene siendo evidente en las sucesivas Encuestas Nacionales de Salud que el 70% de la población española que reside en viviendas familiares considera que su estado de salud es bueno o muy bueno. Los hombres consideran que tienen mejor estado de salud que las mujeres, ya que el 75% de los ellos declara tener un estado de salud bueno o muy bueno, aunque las mujeres tengan mayor expectativa de vida.

En referencia a los hábitos de vida podemos enfatizar que el 50% de la población española adulta nunca fumó, el 17% son exfumadores y el 3% son fumadores ocasionales. El 31% de la población de 16 años o más fuma, son el 39% de los hombres y el 23% de las mujeres. Del total de personas que fuman, el 90% lo hace diariamente. Además, en las edades más jóvenes apenas hay diferencias por género. De cada 100 hombres de 16 a 24 años, 39 fuman y 34 en el caso de las mujeres.

El 40% de la población mayor de 16 años es bebedora habitual, el 38 % es abstemia y el 15% es bebedora ocasional. El 34% de la población en general y el 45% de los niños de hasta 15 años consumen dulces a diario. No es de extrañar que sólo el 48% de la población general esté en normo peso, el 37% esté en sobrepeso y el 13% sean obesos. Cuando se evalúa el índice de masa corporal infantil entre los 2 y los 17 años, el 18% de ellos tiene sobrepeso y el 9% son obesos. El 42% de la población duerme menos de 8 horas diarias y el 55% de la población no realiza actividad física en su tiempo libre.

Por último señalar que sólo el 70% de las personas mayores de un año come fruta a diario y solo el 45% consume diariamente verduras y hortalizas.

Sobre nuestra percepción de la salud

Hemos de diferenciar entre la enfermedad reconocida por el sistema sanitario y la capacidad funcional que experimentamos las personas. Por ello, debemos distinguir entre la enfermedad desde un punto de vista clínico, orientada sobre la aplicación del conocimiento médico disponible y la tecnología sanitaria actual y, por otra parte, la percepción que sobre la enfermedad y la salud tienen los ciudadanos, muy vinculada en cómo influye en sus vidas el proceso del enfermar. Se trata de la salud percibida.

Actualmente la salud percibida, muy en relación con los conocimientos que sobre las enfermedades tienen los pacientes y los ciudadanos en general, está influenciada por las informaciones que sobre la salud y la enfermedad aparecen en internet y en las redes sociales, ya que España es el séptimo país del mundo en uso de las redes sociales.

Actualmente no debemos de obviar el impacto de las redes sociales, en general, y en los servicios sanitarios en particular. La comunicación digital y las redes sociales se han convertido en algo indispensable en el día a día de todos los ciudadanos, creando un espacio virtual a través del cual todos podemos expresar, comunicar, crear opinión y marcar tendencias, eliminando las barreras físicas y dando lugar a una sociedad más conectada e informada. Actualmente en España hay más de 29 millones de usuarios de Internet, un 62,6% de la población y conectados a Facebook hay 16 millones de españoles y se estima que como usuarios de Internet hay más de 153 millones de hispanoparlantes, según datos de junio de 2010 a los cuales pueden llegar los consejos de salud por estos medios.

Con este tipo de formas de comunicación los pacientes se sienten parte activa de la organización que ahora es 2.0. En este sentido

el National Health Service (NHS) y el Instituto Karolinska de Suecia están utilizando YouTube y Facebook para comunicarse con los ciudadanos en general.

Una consulta realizada para conocer el estado actual de los vídeos sobre salud online en español mostró la existencia de 6032 vídeos, con más de 17 millones de visualizaciones, más de 12.000 suscripciones y 1.691.000 visitas a estos canales. Con esto ha surgido el término de *eHealth Literacy*, es decir, la capacidad de los pacientes para un mayor disfrute de la e-salud.

Según el último Euro barómetro la mitad de la población europea usa internet para consultar temas relacionados con la salud, el 40% de una forma ocasional y el 9% de forma habitual. El 43% de los europeos y el 41% de los españoles opinan que internet es una buena herramienta para tener conocimientos sanitarios sobre su salud. El 74% de los españoles y el 60% de los europeos consideran que la información encontrada en la Web procede de una fuente fiable y el 13% de los ciudadanos admite valerse de internet como forma de obtener una segunda opinión y el 23% indaga en internet sobre el tratamiento prescrito por el facultativo.

Sabemos, asimismo, que la percepción de un buen estado de salud disminuye con la edad. A mayor edad aumenta considerablemente el porcentaje de personas que declaran un estado de salud regular y los que indican que su salud es mala o muy mala.

En este sentido podemos afirmar que el 6% de la población española tiene dificultad moderada, grave o absoluta para desarrollar actividades de la vida diaria, afectando al 5% en los hombres y el 8% en las mujeres.

En la población mayor de 65, al analizar algunas de las 27 actividades cotidianas recogidas en la Encuesta de Salud Percibida, tales como el autocuidado, las labores del hogar, el desplazamiento, entre otras, más de un millón de personas declaran tener dificultades para llevar una vida normal y libre de cargas y limitaciones. Estas dificultades se presentan con más frecuencia a medida que aumenta la edad, hasta alcanzar el valor del 45% de las

personas de 80 y más años. El tipo de problema que origina estas limitaciones es físico en el 78% de los casos y mental en el resto.

En este sentido, hoy día las expectativas de los ciudadanos, en referencia a la capacidad de los servicios sanitarios de resolverlo todo, han hecho que la medicina haya caído en su propia trampa y que la muerte sea vista como el fracaso de la asistencia sanitaria, sin aceptar que a pesar de los avances de la medicina la tasa de mortalidad mundial sigue siendo del 100%, como estableció Robert Zussman, en el siglo pasado.

Sobre las desigualdades en salud de la población

La pérdida del carácter finalista de la financiación sanitaria tras el proceso trasferencial del año 2001, con un modelo de financiación autonómica que integra la financiación sanitaria en la financiación autonómica general, en el proceso de transferencia a las 10 Comunidades que aún no lo tenían, no ha ido acompañada de instituciones y estrategias efectivas de coordinación y planificación de los Servicios Autonómicos de Salud. Además, mantenemos un fraccionamiento ineficiente de las agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias y no existe realmente un sistema informativo sanitario a nivel del Estado que permita comparar los resultados sanitarios ni los indicadores de salud, lo que ha generado que se pueda poner en riesgo el principio de igualdad de oportunidades en la provisión de los servicios sanitarios, de sus tecnologías y de sus tiempos de respuesta, debido que la igualdad de acceso está estrechamente relacionada con la distribución geográfica de la oferta y esta con la utilización.

Aceptando que los servicios sanitarios son una parte de un proceso mucho más complejo, como expresa Jose Martin, cuando expone que el principal determinante de las desigualdades de salud es la desigualdad social, de tal manera que las diferencias de renta y educación importan y condicionan tanto en los años de vida, como en la calidad de la misma, entre las diferentes CCAA. De hecho la existencia de desigualdades de salud entre las CCAA no solo existen y persisten, sino que tienden a aumentar, tanto

cuando se analizan las tasa de mortalidad, como cuando se utilizan indicadores tales como la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) o la esperanza de vida en buena salud (EVBS), de acuerdo a la percepción subjetiva que los ciudadanos tienen de su estado de salud.

Podemos afirmar que las enfermedades que matan a los ciudadanos en los países desarrollados están correlacionadas con las desigualdades sociales. De hecho, en España los indicadores de morbilidad parecen seguir un patrón de desigualdad Noreste- Suroeste, y el atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España establece un gradiente norte sur para la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebro vasculares, como principal causa de muerte en España y además estos resultados no relacionan directamente la eficiencia del sistema sanitario de una Comunidad con los resultados en salud, dada la multicasualidad de estos y la influencia del gradiente social y económico. Pero ante todo hemos de tener claro que no enferman los territorios, enferman y mueren las personas que viven en los distintos territorios

Sobre la salud de las personas mayores

Aunque tradicionalmente la vejez se ha relacionado con la enfermedad, los informes del IMSERSO establecen que el 40% de los mayores declara tener buena o muy buena salud, mientras que sólo un 20% declara tener mala o muy mala salud y aunque la esperanza de vida para quien alcance los 65 años se sitúa en 16 y 20 años más para vivir, según sean hombres o mujeres respectivamente, otra cuestión es analizar si esta esperanza de vida lleva consigo un aumento en los años de vida en salud o si realmente sabemos si los años ganados se viven en buena salud o si por el contrario los mayores están pasando cada vez más años con discapacidad o limitaciones. Además, también, hemos de separar el envejecimiento fisiológico, fruto del proceso biológico normal, del envejecimiento patológico.

La salud percibida definida como la valoración global de las percepciones que las personas tienen sobre su estado de salud, refle-

ja mejor que el estado de salud objetivo la capacidad o incapacidad de las personas para desenvolverse en su vida cotidiana. Es evidente que la evaluación que las personas hacen de su estado de salud depende de factores socioculturales, pero también de características psicológicas e individuales.

A su vez, la salud percibida ha demostrado ser un indicador significativo de la mortalidad y uno de los mayores factores predictivos para evaluar y calcular la utilización de servicios sanitarios. Pues bien, sabemos que las personas mayores aceptan ciertos síntomas, limitaciones o enfermedades como propias de su envejecimiento fisiológico, lo que les lleva a tener una salud percibida más positiva de lo que cabría esperar, si se tienen en cuenta sus tasas de morbilidad objetivada por los profesionales sanitarios. Esto podría explicar el que exista una relación negativa entre salud percibida y edad, hasta la edad de 52 años, y a partir de entonces la edad no influye de forma significativa en la salud percibida.

¿Quién conoce las necesidades y expectativas de los pacientes acerca de la calidad de los servicios sanitarios?

Hoy día el sector sanitario no solo debe de dar respuesta a las necesidades sanitarias de la población, sino también cumplir con las expectativas de los pacientes y ciudadanos en general, con nuevos perfiles socio-culturales. Además hemos aceptado que una de las claves de la calidad asistencial se basa no exclusivamente en el conocimiento científico evidenciado, sino también en satisfacer las expectativas de los pacientes.

Actualmente los servicios personalizados se han convertido en una mercancía enloquecedoramente escasa y en los servicios sanitarios se reclama no solamente la calidad científica y técnica sino también confort, aceptabilidad, comunicación y participación, en relación con el nivel cultural y social de los pacientes. Es la personalización del servicio sanitario uno de los pilares básicos en los que se sustenta el concepto de calidad total en la prestación de servicios sanitarios.

La calidad del servicio sanitario tiene componentes que podemos identificar como dimensiones de la calidad. En este sentido la existencia de elementos tangibles como son las instalaciones físicas de calidad, la capacidad de respuesta para ofrecer un servicio rápido, accesible y continuado, la profesionalidad como sinónimo de destreza, cortesía, atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto, la comunicación con lenguaje entendible. Pero, además, la calidad del servicio está relacionada con el grado de participación del paciente en su enfermedad y en las decisiones que sobre ella hay que tomar, así como en la capacidad de elegir a dónde acudir, en caso de necesitar ayuda médica, en la información relevante que facilita el profesional sanitario, en la posibilidad de elegir sus preferencias en el tratamiento a recibir, otorgando su consentimiento informado.

Los ciudadanos que solicitan atención y cuidados exigen una asistencia sanitaria de calidad desde el punto de vista científico y técnico, pero además requieren una organización centrada en ellos, como clientes de la empresa sanitaria, que les garantice cuidados continuos, que no solo se les informe, sino que se les comunique, considerada la comunicación como proceso bidireccional, en lenguaje entendible, a más de lo establecido en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, que regula tanto la autonomía del paciente, como sus derechos y obligaciones, en materia de información y comunicación, entre otras.

En este sentido, el consentimiento informado garantiza que al paciente le asista el derecho a estar informado acerca de su padecimiento, sobre la propuesta de tratamiento y las terapias alternativas, así como de los riesgos y la posibilidad de resultados adverso, para con ello poder participar y tomar una decisión afirmativa y participativa.

Un concepto de extraordinario impacto en la calidad percibida es la participación ciudadana en los servicios sanitarios, al aparecer un nuevo modelo de paciente, más activo y gestor de su salud, lo que supone un importante cambio en la relación entre los pacientes y los profesionales sanitarios, tradicionalmente basado en una

relación de agencia, donde el paciente transfiere la mayoría de las decisiones al profesional sanitario.

Hoy día los pacientes tienden a ser cada vez más activos y expertos en la evaluación del servicio esperado versus el servicio recibido, comparando de esta forma la calidad esperada y la calidad experimentada y sentida, diferenciando la calidad técnica, la calidad corporativa de la organización que los trata y la calidad funcional como expresión de como se ha realizado el proceso que se presta al paciente. La calidad percibida por el ciudadano es la suma de todas ellas.

Sabemos que hay pacientes que pueden llegar a ser expertos en el manejo de su propia enfermedad y esto posibilita una opción real de participación, con un papel más activo sobre la salud, como ocurre en la toma de decisiones compartidas. Los pacientes están interesados en saber el curso de su enfermedad, las posibles complicaciones y las diferentes alternativas diagnósticas y terapéuticas, pero también empiezan a estar interesados en conocer aspectos como las estancias e ingresos hospitalarios innecesarios, las estancias preoperatorias no programadas, las muertes evitables, las tasas de úlceras por presión, las infecciones nosocomiales no previsibles, las caídas en el curso de la hospitalización, los reingresos por el mismo proceso en un tiempo determinado, las variaciones en las indicaciones de cirugía electiva, exploraciones diagnósticas y prescripciones de medicamentos, entre otras.

Muchos pacientes pueden participar decidiendo donde se acude a la hora de recibir asistencia sanitaria, manifestando sus preferencias sobre el tratamiento a recibir, corresponsabilizándose sobre bastantes decisiones terapéuticas y sus riesgos, consintiendo informadamente el tratamiento a recibir, realizando un uso responsable de los recursos sanitarios, mediante el correcto cumplimiento terapéutico, participando en actividades de educación sanitaria y actuando como un paciente activo y formador de otros pacientes.

Además, podemos conocer de qué se quejan los pacientes en las organizaciones sanitarias. De una forma mayoritaria se quejan

de la organización que presta el servicio en un 30%, de las demoras en recibir el servicio en un 29% y en un 13% del trato recibido. Mucho menos del desacuerdo diagnóstico, tan solo en un 8%, un 5% de las listas de espera, un 4% de la denegación de asistencia y un 2% de la hostelería según el Informe Anual del Defensor del Pueblo a las Cortes Generales en 2010. En este mismo informe aparece que el 33% de los ciudadanos opinan que la sanidad pública no presta los mismos servicios con independencia de la Comunidad Autónoma donde se resida y el 53% opina que existe desigualdad o falta de equidad en los servicios sanitarios que se prestan entre comunidades o entre áreas urbanas o zonas rurales o que el acceso a las prestaciones sanitarias no se efectúa en condiciones de igualdad efectiva en detrimento de uno de los principios básicos que caracterizan al Sistema Nacional de Salud, como es la equidad.

En el citado informe se apunta que una de las causas de mayor insatisfacción de los pacientes en relación con los servicios sanitarios de financiación pública está en relación directa con la falta de suficiente y adecuada información antes, durante y después del proceso asistencial, considerada la información como unas de las herramientas del marketing.

A día de hoy, siete de cada diez reclamaciones por daños sanitarios están motivadas por defectos en el consentimiento informado. Este procedimiento no solo ha modificado la forma de relacionarse el médico con el paciente, sino que, también ha supuesto un cambio en la forma de abordar las reclamaciones por negligencia en los tribunales. Cada vez se alega más la falta de consentimiento informado y de información, cuando históricamente las denuncias relacionadas con asuntos médicos solían estar referidas a casos de mala praxis.

A la obligación de informar se suma la mayor protocolización de la práctica clínica que ha provocado, a su vez, un aumento de la desconfianza entre profesionales y enfermos y una medicina defensiva. En este sentido, la información solo es válida cuando el paciente la recibe de forma completa por parte del médico. De hecho, la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 exige el consen-

timiento libre y voluntario del paciente de modo previo a la intervención en el ámbito de la salud. No obstante puede manifestar que no quiere ser informado.

Un caso excepcional al respecto es el llamado privilegio terapéutico por el que se considera justificado limitar la información en los casos de necesidad terapéutica, cuando, por razones objetivas, el conocimiento de la situación puede perjudicar al paciente de forma grave.

La judicialización de la sanidad se ha convertido en una barrera para la confianza. Cada año hay en España más de 100.000 nuevas contiendas a dirimir en los juzgados por cuestiones sanitarias. Es verdad que en ocasiones con el apoyo y el aliento de los asesores legales. El resultado de todo esto es que el médico se siente acosado por la consecuencia jurídica a la que podría conducir su práctica, lo que propicia que ralentice la toma de decisiones de riesgo por miedo a una posterior reclamación, sometiendo al paciente a una multitud de pruebas, sobre todo analíticas y de imagen, por los temores a la demanda.

Además, la población, cada vez más exigente y consciente de sus derechos, es menos tolerante cuando no ve no cubiertas sus expectativas por el sistema sanitario y sus profesionales. De tal forma que podemos afirmar que actualmente no es fácil ser profesional sanitario, ni ser paciente, ya que las excesivas expectativas generadas por las posibilidades de la medicina han desembocado en que muchas personas no aceptemos la incertidumbre y limitaciones que la asistencia sanitaria tiene.

La participación de los pacientes supone un importante cambio en la relación de los pacientes y los profesionales sanitarios. El paciente participa y genera criterio, mediante su compromiso con el cumplimiento terapéutico, manifestando su queja, reclamación o felicitación, y participando en asociaciones de pacientes o en blog específicos de su patología.

El lugar que ocupaba tradicionalmente el profesional sanitario ante cualquier síntoma o signo de alarma, lo comienza a tener

hoy día el autocuidado a través de la información y formación sanitaria al alcance de los pacientes. De hecho el acceso a internet constituye una fuente inagotable de información sanitaria dirigida a pacientes y las redes sociales una herramienta de participación a través de intercambio de información y consejos prácticos entre pacientes familiares y profesionales sanitarios.

Sobre las necesidades sanitarias y las expectativas de los ciudadanos y los pacientes. El papel del marketing sanitario

Si conocer las características del cliente, del mercado y del producto, así como la evaluación constante de los mismos son las principales actividades del marketing, cabe preguntarse si en el sector sanitario es ésta una cuestión de utilidad o si el marketing aporta al sector sanitario algún valor añadido, o si puede o debe realizarse un plan de marketing en una organización sanitaria, así como si es de aplicación solo para el sector sanitario privado, o si por el contrario, también es de utilidad para el sector sanitario público.

El marketing no se reduce a hacer publicidad, sino que a través de sus cuatro herramientas, a saber, el análisis de necesidades, la gestión de los productos y servicios, el estudio de la accesibilidad de los mismos y la estrategia de comunicación estudia necesidades y propone servicios que satisfagan necesidades y expectativas individuales y colectivas, ya que el marketing tiene como objetivo satisfacer las necesidades de los consumidores, usuarios, pacientes o ciudadanos sanos, maximizando la rentabilidad y por ello se considera de una extraordinaria utilidad sanitaria.

El marketing sanitario consiste en identificar las necesidades y preferencias de pacientes y población en general para diseñar, tras ello, la atención sanitaria, social y hostelera que satisfaga sus necesidades en tiempo y forma adecuados, con costes aceptables y sostenibles. A la vez el marketing sanitario y su herramienta, la comunicación, deben convertirse en una extraordinaria herramienta para la promoción de la salud, una ayuda tanto

para los ciudadanos para conservarla, como para los pacientes para gestionar su enfermedad.

Debido al aumento de las expectativas de los ciudadanos, en referencia a la capacidad resolutoria de los servicios sanitarios, la medicina ha caído en su propia trampa, al verse la muerte como el fracaso de la asistencia sanitaria, sin aceptar que a pesar de los avances de la medicina la tasa de mortalidad mundial sigue siendo del 100%.

Sin embargo, en el entorno sanitario el término marketing ha tenido en las pasadas décadas una connotación negativa, sin apreciar e identificar que se hace marketing sanitario cuando se pone en marcha una campaña de promoción de la salud, una campaña de vacunación, una estrategia de evitación de hábitos no saludables, un programa de adherencia terapéutica, un programa de captación de profesionales sanitarios o un programa de captación de pacientes, en aquellas organizaciones sanitarias donde el paciente no esté cautivo, como ocurre en la mayoría de los servicios sanitarios. Los programas de libre elección de centro sanitario y de profesional, así como los dirigidos a la utilización responsable y eficiente de los recursos sanitarios ponen al marketing sanitario en el centro de la discusión en materia de gestión sanitaria.

Aunque sin llamarte marketing también lo hacemos cuando se realiza una publicación científica, cuando se acude a un congreso, cuando participamos en un estudio de benchmarking de resultados, cuando optamos por tener los mejores profesionales, cuando queremos que los mejores Residentes elijan nuestro centro para realizar la especialidad, cuando queremos que los pacientes más interesantes científicamente vengan a nuestro hospital, cuando ponemos en marcha una página web dirigida a los pacientes o cuando abrimos un portal sanitario. Se trata, en suma, de poner en marcha una campaña de marketing dentro de los planteamientos éticos de la práctica asistencial.

Ni que decir tiene que en los sistemas de financiación privada de la sanidad, el marketing sanitario es una herramienta habitual y de extraordinario desarrollo. De hecho para muchos profesionales y organizaciones sanitarias con ánimo de lucro es una herramien-

ta de supervivencia y uno de los principales errores cometidos es el no desarrollar un plan de marketing muy profesional, para hacerse visible en el entorno.

Si las tendencias en gestión sanitaria se dirigen hacia una nueva realidad en la que el paciente es el eje del sistema provisor, hemos de aceptar que la calidad del servicio ofrecido es una cuestión en la que el paciente intervendrá activamente, como consecuencia del importante desarrollo de las tecnologías de la información, de la accesibilidad del ciudadano a la información sanitaria y al creciente interés de los ciudadanos por conservar su salud y, sobre todo, por el importante aumento del nivel social y cultural de la población, en general.

Sin embargo, en España aunque no de forma general, la gran mayoría de los pacientes están cautivos y la asistencia sanitaria está históricamente muy basada en el concepto de la relación de agencia, con poca participación del paciente y un claro desarrollo del principio de racionalización técnica. Por ello, los recientes programas de libre elección de centro sanitario o de médico sólo son utilizados por el 7% de la población, ya que a pesar de haber casi 7 millones de ciudadanos con doble aseguramiento, se trata de una población poco acostumbrado a elegir, en un sector sanitario de calidad razonable. También es cierto que los sistemas de financiación capitativos están generando la necesidad de fidelizar los pacientes asignados, promoviendo la competencia en términos de calidad técnica, accesibilidad, confortabilidad y promoción de la salud, al poderse atender a pacientes no pertenecientes a la población asignada, según el principio de que el dinero siga al paciente. Es en este entorno en el cobra fuerza y razón de ser el marketing sanitario a través de las estrategias de comunicación con los ciudadanos, como pacientes reales y clientes potenciales.

Aceptando que el marketing sanitario no se reduce a hacer publicidad de la empresa, debe ofrecer en un formato adecuado, por una parte, las posibilidades que la organización sanitaria ofrece para satisfacer necesidades sanitarias y por otra, marcar una estrategia de adherencia para la población en general, estableciendo los elementos diferenciadores de cada organización en térmi-

nos de liderazgo de excelencia, desde el punto de vista clínico y de satisfacción de los pacientes.

La comunicación con los pacientes es cada día más necesaria y difícil y en muy poco tiempo hemos pasado de la confianza del paciente en su médico, a una cierta desconfianza y la tradicional relación asimétrica y paternalista entre el médico y el enfermo va desapareciendo, al adquirir éste un papel más activo en las decisiones sanitarias. Por todo ello, las autoridades sanitarias, los gestores y los propios profesionales del sector, deben de actuar como comunicadores de lo que se dispone, de cómo se administra lo que se tiene y de cuál es el impacto de la medicina en el estado de salud de los ciudadanos, tanto en los aspectos preventivos, hasta los rehabilitadores y paliativos, sin menoscabo de la acción educativa sobre la salud, dentro del concepto de mejora de la calidad de vida.

Además, hemos de reconocer que algunas de nuestras organizaciones se han desarrollado, en algún momento de su historia, más de acuerdo a las expectativas de los propios profesionales del sistema, que a las necesidades, evidenciadas o no, de los pacientes y sabemos que las “estrategias de orientación cliente” tratan de poner al paciente como eje de la organización. Por ello, han aparecido nuevos conceptos de organizar el sistema sanitario para adecuarse a las necesidades de los pacientes, tales como las unidades de la hospitalización madre-hijo, el acompañamiento al parto, la cirugía ambulatoria, la hospitalización a domicilio, las unidades de adolescentes o las unidades de hospitalización de ancianos, entre otras.

Sin duda, la comunicación es la herramienta más conocida del marketing, tanto en su faceta de comunicación externa dirigida a los pacientes y a la población en general, como en su faceta interna: la comunicación dirigida a los profesionales de la empresa.

Hoy día se necesitan organizaciones sanitarias que hablen de gestión de procesos clínicos y de evaluación de resultados en términos de salud, pero a la vez, también necesitamos organizaciones que definitivamente consideren la comunicación con los

pacientes como una de las estrategias más favorables en aras de establecer una potente política de calidad. Por ello, los profesionales sanitarios han de tener, a más de la formación en conocimientos, las habilidades sociales y actitudes que generen empatía con los pacientes, específicamente las centradas en la capacidad de diálogo, la escucha, la gestión de la emotividad y la orientación a resultados de salud.

El plan de comunicación al centrarse en los pacientes reales y potenciales pretende ser un mecanismo que permita hacer diana en las necesidades y expectativas de los pacientes y a la vez consiga las sinergias necesarias para que una adecuada gestión de los procesos clínicos, ofrezca servicios excelentes, y a la vez genere adherencia de los profesionales con su organización.

De esta forma la comunicación se conforma como un vector de la organización sanitaria debiéndose establecer los objetivos, estrategias, metodología y soporte necesario. Como aspectos a tener en cuenta en el plan de comunicación sanitario señalemos que la comunicación, tanto interna, dirigida a los profesionales, como la externa, dirigida a los pacientes y a la sociedad en general, sean parte del plan de calidad sanitario, que utilice como mecanismo de retroalimentación la opinión de los ciudadanos.

La participación de los pacientes debe ser una estrategia institucional de comunicación cualquiera que sea el mecanismo utilizado. Hoy día internet se posiciona como la primera fuente de información en salud, inclusive por delante de la visita presencial al médico, lo que ha hecho que las organizaciones sanitarias se pongan en alerta. Actualmente en España podemos encontrar más de 600 hospitales presentes en el ciberespacio, donde más de 500 tiene una página web. De los hospitales con presencia digital más de 200 tienen presencia en las redes sociales, siendo la principal Facebook, seguida de YouTube y Twitter. Un reciente estudio sobre redes sociales y asociaciones de pacientes descubre que el 70% de estas organizaciones consideran muy necesario el uso de las redes para comunicarse con los pacientes y sociedad en general.

A su vez las organizaciones sanitarias aceptan que un paciente informado es un colaborador activo, aunque en algunos casos se pueden crear falsas expectativas, en un momento en el que más de la mitad del población utiliza ya las redes sociales y en el caso de los médicos este porcentaje se eleva al 90% con fines personales y el 65% con fines profesionales. El advenimiento del concepto de gestión de la cronicidad ha hecho que esta sea una de las áreas en que más se ha desarrollado, según se desprende la Estrategia Nacional de abordaje de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad.

Es en este contexto donde se enmarca el concepto de la adecuada alfabetización digital e-salud, ya que el 65% de los internautas busca información sobre la salud, bien sea antes o después de acudir a la vista médica y el 20% de los ciudadanos utilizan las redes sociales para temas relacionados con la salud, y la creciente alfabetización sanitaria ha acelerado las estrategias de e-pacientes, a través de las escuelas de pacientes o de los programas dirigidos a conseguir pacientes activos y expertos.

Conociendo el paciente su enfermedad, será capaz de familiarizarse con ella, preparándose en el impacto que ésta tendrá en las esferas personal, familiar y profesional, en la calidad de su vida presente y futura, y además será capaz de poner en marcha medidas efectivas para el autocuidado, ajustando el tratamiento a sus propias necesidades y además ejercerá su capacidad de decisión a la hora de consumir los recursos necesarios de una forma responsable, y al contar con información suficiente podrá evitar riesgos y complicaciones y asumirá un papel activo, interactuando con los profesionales sanitarios para aprender más de su enfermedad y del tratamiento prescrito, con una información que le ofrezca seguridad, garantía y confianza.

Ya el ciudadano comprometido y formado es el mejor gestor de su propia salud, considerada ésta como un bien individual, y hemos de resaltar que no todo en el sector sanitario es evidencia científica, ni práctica clínica apropiada, ni sistemas de información, ni inclusive resultados en salud, es necesaria la opinión del paciente y sus familiares en el proceso clínico, en los mejores términos entendibles, y por todo ello a más de las herramientas del marke-

ting como disciplina es necesaria la reingeniería de muchos comportamientos, para mejorar incluso lo que ya se hace bien, pero sobre todo para dirigir las organizaciones sanitarias y los procesos clínicos a las necesidades, los deseos y las expectativas de los pacientes y ciudadanos en general.

Sobre cómo utilizamos los servicios sanitarios

La percepción que tenemos de la salud viene condicionada por mensajes seductores que afirman que al ideal de salud se llega mediante el consumo sanitario y, en la sociedad de los países de la OCDE los ciudadanos nos hemos habituado a consumir todo aquello que deseamos, incluido los servicios sanitarios. Sabemos, además, que el consumo produce satisfacción, en general, y que la satisfacción es un parte importante de la salud percibida.

En muchas ocasiones, la visita al médico, como una necesidad imperiosa por razones estrictamente sanitarias, ha pasado a la historia. De hecho, en no pocas ocasiones, los servicios sanitarios se utilizan, como si un bien de consumo se tratara y el consumo de medicamentos no es ninguna excepción.

En un reciente informe de Archives of Internal Medicine se afirma que el 42% de los médicos de Atención Primaria de EEUU creen que sus pacientes están recibiendo demasiado tratamiento y el 62 % afirman que el número de pruebas diagnósticas se reduciría si no generase beneficios a los médicos especialistas. Asimismo, el 45% asegura que una de cada diez visitas de pacientes se podría resolver telefónicamente, por correo electrónico o que podría ser atendida por una enfermera.

En nuestro país el 70% de la población utiliza las consultas médicas en un año, el 20% utiliza las urgencias y el 10% tiene un ingreso hospitalario. Del total de personas que acuden al médico ambulatoriamente, algo más de 5 millones son hombres y casi 7 millones son mujeres. El 74% de las consultas responde a un motivo clínico: diagnóstico, tratamiento o revisión, y el 21% acudió por un motivo administrativo: dispensación de recetas, parte de

baja, confirmación o alta. Además, más del 40% de los pacientes mayores se automedica, es decir que toman medicamentos que sus médicos no conocen.

Los ingresos hospitalarios están relacionados con los grupos de edad, ya que el 16% de la población de 65 y más años tiene una mayor frecuentación hospitalaria. El motivo del ingreso hospitalario más frecuente es la intervención quirúrgica, siendo el 49% del total de ingresos y el 60% del total de los ingresos hospitalarios se hacen a través del servicio de urgencias.

Debemos de aceptar que la prolongación de la vida es una de las consecuencias positivas y una muestra del éxito de nuestra sociedad en general y de nuestro Sistema Sanitario, en particular, junto a otros determinantes, como se expuso con anterioridad, pero de este éxito se derivan también otras consecuencias que suponen nuevos retos para el sector, como el alargamiento de la cronicidad clínica, que obliga a un cambio en la forma de la provisión de los servicios sanitarios, ya que, de los 12 millones de personas que utilizan los servicios de urgencias, la edad introduce importantes diferencias. Así el 50% de las personas de 75 y más años y el 36% de los menores de 16 años acuden a urgencias anualmente, frente al 23% de las personas entre 35 y 54 años.

Sabemos que la utilización de los hospitales por parte de los ciudadanos de más de 65 años se acerca a la mitad del total de los ingresos y el 40% del total de las urgencias hospitalarias, aunque solo representan el 17% de la población. También conocemos que los procesos clínicos por los que acuden a los hospitales son más severos. Además, están más días ingresados, pero llama la atención que cuando intentamos establecer una relación entre la edad y la salud, no encontremos explicación general a partir de los 65 años. El ciudadano que llega a los 70 u 80 años tiene, en general, la misma salud que cuando tenía 65 años. Es curiosa la cuestión.

El 55% de las personas consume algún medicamento habitualmente. Son 48 de cada 100 hombres y 62 de cada 100 mujeres y este consumo aumenta con la edad. El 92% de las mujeres de 65 y más años consume medicamentos, frente al 33% de las menores

de 16 años. En los hombres estos porcentajes se situaron en el 83% y el 35% respectivamente.

Sabemos que parte del consumo farmacéutico no aporta salud, aunque, si satisfacción, y puede ser la causa del consumo actual con más de 1000 recetas al minuto y más de 600 millones de recetas actuales. Se sabe, además, que el incumplimiento terapéutico afecta a casi el 50% de los pacientes con tratamientos para patologías crónicas y hasta el 20% de los pacientes con enfermedades agudas. Además, el 70% de las recetas se concentran en un 20% de la población y de hecho es conocido que hasta hace poco tiempo el paso del estado de no pensionista a pensionista suponía un aumento significativo del número de recetas, que de otra forma no se hubiera producido. Esto es lo que se denomina riesgo moral. De hecho el consumo por individuo aumentaba en un 25% en el primer año de gratuidad.

Teniendo en cuenta que el 75% del gasto sanitario se genera en personas con al menos una enfermedad crónica y que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en economías avanzadas está por debajo del 50%, es necesario aumentar la adherencia de los pacientes crónicos al tratamiento.

Hoy día con el advenimiento de nuevas formas de prestación en los servicios sanitarios, como es la hospitalización a domicilio y la implantación de la e-salud, a través de la incorporación de tecnologías de la información en el sector salud, se tiende a modificar la relación del ciudadano con los servicios sanitarios y el patrón de la utilización de los servicios sanitarios. Asimismo con este nuevo patrón se modifica el diseño de los hospitales, y ya no son centros de internamiento, sino más bien, centros de diagnóstico ambulatorio y de tratamiento agudo y además también cambian las funciones de nuestros médicos, enfermeras, y demás profesionales de la salud, a la vez que el domicilio se considera un buen lugar terapéutico una vez que se mejoran las condiciones de los hogares, el nivel económico y social de los ciudadanos y sobre todo el nivel cultural y educativo.

¿En qué hemos avanzado en la provisión y seguridad de los servicios sanitarios?. El papel de los profesionales médicos

Aceptando que en este siglo XXI la salud de los ciudadanos depende y está determinada por el nivel cultural, el género, la edad, la estabilidad social y política y por el nivel económico del país donde se vive y que el ciclo económico expansivo previo a la crisis de los últimos ocho años se ha caracterizado por una mejora en los resultados en salud, expresados en una mayor esperanza de vida al nacer, un mejor diagnóstico y tratamiento de muchas patologías, especialmente las enfermedades oncológicas y crónicas, apoyado por un mejor nivel económico y social.

Nadie niega los importantes avances realizados en las organizaciones sanitarias en los últimos treinta años, desde las modificaciones en el modelo de financiación, la transferencia de las responsabilidades a las Comunidades Autónomas, la implantación de las tecnologías de la información como herramientas clínicas en la gestión sanitaria o la presencia de la tecnología sanitaria diagnóstica y terapéutica de gran valor sanitario, entre otras, que han supuesto una revolución del sector, en una situación social y económica caracterizada por el envejecimiento de la población con un proceso reciente de desaceleración brusco de la economía.

Con la actual coyuntura económica, en la mayoría de los países europeos, los sistemas sanitarios están sometidos a una presión que pone en situación límite la sostenibilidad de los mismos. Lo que se ha convertido a día de hoy en el principal reto del sistema sanitario. Por otra parte, el sector salud juega desde hace varias décadas un papel determinante en las economías de los países desarrollados, especialmente en aquellos que en los que se ha desarrollado el estado del bienestar, convirtiéndose en un generador de riqueza y empleo. De esta manera, el impacto que el sector salud tiene en el PIB ha seguido una línea ascendente de forma ininterrumpida año tras año en todos los países occidentales, solo estabilizado en la época de crisis económica, siendo varios los factores que influyen en el curso ascendente del gasto sanitario, entre ellos: los avances tecnológicos en el área sanitaria, las ma-

yores expectativas de los ciudadanos ante su salud, el incremento de la intensidad diagnóstica y terapéutica ante similares cargas de enfermedad en los pacientes, comparada con la práctica clínica de hace varias décadas y por el incremento de la población mayor y dependiente en la población general.

De hecho no está realmente clara la relación entre el gasto sanitario y la carga de la enfermedad, este como indicador de necesidad, y cuestiones como la limitación al esfuerzo terapéutico son estrategias a valorar en los entornos de la macroeconomía sanitaria y en el práctica clínica individual y cotidiana.

Existe un moderado consenso sobre cuáles son los factores que más influyen en la utilización de los servicios sanitarios. Uno de ellos es la longevidad de la población, al suponer un incremento de las necesidades sanitarias por vivir más años y aumentar consecuentemente las enfermedades cardiovasculares y los trastornos degenerativos, a más del envejecimiento fisiológico. Otro, el cambio del patrón epidemiológico, con un aumento de enfermos crónicos, afirmando que la cronicidad clínica está asociada, no sólo al envejecimiento, sino también a hábitos de vida no saludables, al tabaquismo o al sedentarismo, al consumo de alcohol y al estrés.

Además, los avances contra el cáncer han convertido en enfermos crónicos a pacientes que décadas atrás morían en la fase aguda de la enfermedad. Y además, el constante avance científico y tecnológico de las investigaciones biomédicas y de la industria farmacéutica, lo que unido a una creciente y real fascinación tecnológica ha generado un incremento del consumo de los servicios sanitarios.

En la historia natural de la enfermedad podemos encontrar diferentes estadios, referidos a la utilización de los servicios sanitarios por parte de los ciudadanos. En la primera fase el individuo está sano, pero está expuesto a determinados factores causales de enfermedad. Es lo que se denomina periodo pre patogénico. El periodo patogénico tiene una fase en que la enfermedad no se detecta clínicamente, es la fase de latencia, y a ella sigue una etapa

de evidencia clínica, que concluye con la curación, la cronificación o la muerte, y es en esta etapa donde se utilizan fundamentalmente los servicios sanitarios.

También es verdad que cada día llegan más pacientes a solicitar asistencia sanitaria ante problemas banales, que hasta hace poco tiempo se solucionaban en el seno de la familia o simplemente no merecían la consideración de problema sanitario. Inclusive, podemos afirmar que hemos medicalizado nuestras vidas y los profesionales sanitarios, a veces, se ven abocados a dar respuestas sanitarias ante demandas que estrictamente no lo son.

Todas las anteriores cuestiones no pueden ser ajenas a un problema propio de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, donde el consumo de los servicios sanitarios y el gasto sanitario asociado, ha crecido de una forma imparable, incluso en los años de las crisis económicas.

Además, hemos de reconocer que la evolución tecnológica, la globalización del conocimiento y una mayor exigencia social han hecho que el proceso asistencial, que siempre estuvo sustentado en una relación de interpersonal de confianza, sinceridad y empatía, con un conocimiento clínico generalista, que nos permitía ver a los pacientes como un todo ha evolucionado a otro escenario donde los servicios médicos, muchos de ellos basados en el desarrollo tecnológico, han inducido una inconsciente e innegable compartimentación de la asistencia sanitaria, aparejada a una preocupante pérdida de las habilidades clínicas. Esta es la cara perversa de la súper especialización de la asistencia sanitaria.

La tecnología que debería de haberse convertido en el mejor aliado del profesional, como apuntaba recientemente Ginés Madrid, ha terminado superándolo y la confianza de los pacientes en los profesionales ha ido disminuyendo en beneficio de aquella. Se ve con mucha frecuencia como la tecnología ejerce un efecto mágico en las expectativas de los ciudadanos, bien por planeamientos mediáticos inapropiados, o bien por interés en promover su uso.

Lo cierto es que el ciudadano no considera concluido un acto médico de calidad, salvo que medien las pruebas diagnósticas más modernas, aunque estén indicadas con escasa idoneidad, coincidiendo con la creencia de que la medicina moderna se basa sobre todo en la tecnología y que los principios clínicos tradicionales como el contacto humano con el paciente han pasado a un segundo plano y es que la medicina ha caído en su propia trampa, al sustituir la tecnología por los que han de ser los compromisos de la práctica clínica, como son la competencia profesional, la honestidad con los pacientes, la confidencialidad, el mantenimiento de una relación apropiada con los pacientes, la mejora continua de la calidad asistencial, la mejora del acceso a una asistencia equitativa, una justa distribución y uso de los recursos sanitarios siempre limitados, un compromiso con el conocimiento científico, con un mantenimiento de la confianza a través de una actitud adecuada en los conflictos de intereses en el seno de las responsabilidades profesionales, como expresión de los valores de la profesión.

Ha de ser recuperada la perdida visión integral de las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes, fruto de la súper especialización médica, donde un mismo paciente puede estar siendo atendido por diferentes profesionales, con problemas de coordinación, de sobreutilización de recursos, de duplicidades y de problemas de eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios y de seguridad del propio paciente.

Esta cara perversa de la fragmentación del proceso asistencial olvida que la salud y la enfermedad y todo el espacio intermedio, son un proceso continuo, que incluye la prevención primaria, secundaria y terciaria, abarcando desde la educación para la salud, el diagnóstico temprano, el tratamiento para evitar complicaciones, el tratamiento y seguimiento del proceso clínico en fase crónica, la rehabilitación y hasta la readaptación al medio.

No es infrecuente observar a un paciente que recorre servicios médicos que luchan por mantener su identidad, pasa por áreas de alta tecnología exploratorias o terapéuticas, patrimonio de otras especialidades, cruza las delimitadas barreras entre la atención

especializada y la atención primaria, pero nadie, ni el propio paciente, en algunos casos, tiene una visión integral de su proceso. La organización, consciente de la fragmentación, se ha inventado la conocida “nota de interconsulta”, como un adhesivo terapéutico.

Debemos aceptar que la alta especialización médica y la incomprendida, pero real separación entre los dispositivos asistenciales de asistencia primaria y especializada tiene alguna responsabilidad, al no considerar la continuidad de la asistencia médica y de los cuidados de enfermería y sociales como un atributo de la calidad de la asistencia. Es decir, la fragmentación del proceso clínico es uno de los grandes problemas dentro de la calidad asistencial.

El concepto gestión integral de la salud, no puede ni debe ser considerado sólo como una actualización del clásico ciclo asistencial. La promoción de la salud y la prevención primaria, a lo largo de toda la vida de las personas también lo es, y debe ser ejercido por todos los agentes sanitarios a más de los dispositivos asistenciales, desde los servicios de Atención Primaria hasta los servicios sociosanitarios, dentro de un modelo de centros de cuidados y atención sanitaria, orientados al paciente (Patient Focused Care), o de las más modernas Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), como nuevos modelos organizativos, ante la necesidad de un rediseño radical del proceso asistencial, especialmente en los pacientes con enfermedades crónicas, como máximo exponente de la falta de coordinación, adecuación y continuidad de la atención sanitaria clásica, prioritariamente orientada a la atención de los problemas agudos de la salud.

A la prevención primaria, como expresión de la promoción de hábitos de vida saludables hay que añadir la prevención secundaria y terciaria, es decir, el diagnóstico precoz y la intervención temprana, y esto significa un cambio estructural de todo el sistema, donde el dispositivo asistencial se centre en mejorar la salud de la población, más que en producir servicios sanitarios per se, fomentando el envejecimiento saludable y garantizando la sostenibilidad del sistema sanitario.

Para ello es fundamental, una nueva organización social más centrada en las necesidades de los ciudadanos, que en el caso de lo estrictamente sanitario debemos basarnos en la experiencia acumulada en hospitales americanos, europeos e incluso españoles que propugna que la calidad de la asistencia sanitaria se ve favorecida y mejor valorada por los pacientes, cuando esta se aborda desde unidades por agregación de profesionales que estudian y prestan servicios a tipos de pacientes con patologías y necesidades homogéneas, en comparación con unidades asistenciales clásicas.

Estas unidades que surgieron de la agrupación de servicios y especialidades en áreas autónomas de gestión con criterios principalmente epidemiológicos y anatómico funcionales, y que pueden gozar de autonomía presupuestaria y de gestión, deben de no solo prestar asistencia sanitaria, sino que además de ejercer los modelos de prevención secundaria y terciaria, han también de convertirse en los líderes de la prevención primaria de esas patologías específicas, al ser identificados por los ciudadanos como los expertos, siguiendo los criterios de la comunicación que tan desarrollados tiene el marketing sanitario.

En definitiva, se trata de favorecer que la organización migre desde la posición actual de servicios médicos basados en los conocimientos científicos y técnicos de las especialidades médicas, hacia un modelo dirigido hacia las necesidades de los pacientes, en el que la concurrencia de diferentes profesionales en el manejo de enfermedades o de tecnologías puede ser muy favorable. En ese sentido, la agrupación de servicios ha permitido desarrollar unidades clínicas específicas dirigidas al diagnóstico y tratamiento integral de pacientes con enfermedades, no sin problemas de resistencia al cambio, en un entorno poco acostumbrado a las experiencias organizativas.

Necesitamos una nueva organización que hable de equipos de mejora de la salud de los ciudadanos y no solo de servicios sanitarios y que se centre en la evaluación de resultados en salud de la población y no sólo en la eficiencia en la provisión de servicios sanitarios e incluso de los procesos clínicos, sino que provea servi-

cios sanitarios y que evalúe resultados en salud. Esto es un objetivo que causará cierto rechazo en nuestras organizaciones que han estado y siguen estando muy centradas en la producción de servicios sanitarios, muchos de ellos con poco impacto en la mejora de la salud y algunos claramente innecesarios a más de los potencialmente peligrosos para la salud de los pacientes.

Es muy saludable reconocer que algunas de las organizaciones sanitarias se han desarrollado, en algún momento de su historia, más de acuerdo a las expectativas de los propios profesionales del sistema que a las necesidades, evidenciadas o no, de los pacientes, lo que ha producido un lento alejamiento de la comunicación con los pacientes y una enorme fragmentación del proceso asistencial, antes referenciada, pero debemos ser optimistas al afirmar que estamos en la transición desde un modelo de prestación de la asistencia sanitaria basado en el “principio de agencia”, donde el papel del paciente es prácticamente pasivo, a un modelo de participación y compromiso del paciente y su entorno familiar en las decisiones a tomar sobre su estado de salud.

Podemos afirmar que desde el Principio de Prioridad hacia el bienestar del paciente que integra la no maledicencia y la beneficencia y que afirma en su formulación que el altruismo contribuye a generar confianza, como eje de la relación médico-paciente, pasando por el Principio de Justicia Social, se ha de pasar al Principio de Autonomía del Paciente, con la importancia de la información al paciente y del consentimiento informado, prevaleciendo la práctica ética y eliminando la asistencia inadecuada, todo ello basado en la consideración del paciente activo y participe de muchas de las decisiones que sobre su salud y su enfermedad el profesional médico ha de decidir.

En esto se basa todo el concepto del paciente informado como eje central del sistema, para que se convierta en un sujeto activo e involucrado en la toma de decisiones sanitarias que le afecten, tales como la automedicación, la adherencia a los tratamientos, la promoción de la salud y la eficiente gestión del gasto sanitario, al poder el paciente resolver algunas necesidades sanitarias en su propio entorno, sin necesidad de acudir a los dispositivos asis-

tenciales. Es aquí donde se centran gran parte de las modernas líneas de gestión sanitaria, al considerar el domicilio del propio ciudadano como un buen lugar terapéutico para bastantes actuaciones sanitarias.

De hecho uno de los proyectos más interesantes de provisión de servicios sanitario a nivel mundial, el de **Káiser Permanente**, con un modelo de gestión integrada y un excelente desarrollo de la gestión de los pacientes con enfermedades crónicas se basa en mejorar la salud poblacional de sus asegurados y no en la provisión de servicios asistenciales, considerando la hospitalización como un fallo del sistema, teniendo entre sus rasgos más sobresalientes un importante compromiso con la gestión del conocimiento, con la difusión de las mejores prácticas y la comunicación de los resultados en términos de salud, de acuerdo con las necesidades y expectativas de sus asegurados y sus representantes, fomentando la información sanitaria y los hábitos saludables, incidiendo en el conocimiento que han de tener las personas sobre su estado de salud y la gestión de su enfermedad, considerado esto como una ventaja competitiva, a través de programas que mejoran los resultados de salud individual y poblacional, fundamentalmente orientados a patologías crónicas en las enfermedades cardiovasculares, diabetes, asma y cáncer y basados en evidencia científica de calidad, muy centradas en intervenciones conductuales que deben modificar las conductas no saludables.

A más de lo referido con antelación, es necesario insistir en la necesidad de buscar más eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios, hablar de la gestión de la indicación clínica, de la inadecuación de muchos ingresos hospitalarios, del déficit de evidencia científica en casi un 70 % de las actuaciones diagnóstico terapéuticas, de la hospitalización innecesaria, de la cirugía electiva poco contrastada, de la utilización de procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos de dudosa utilidad, de la fascinación tecnológica en el campo de la medicina, basados muchos de ellos en la escasez de elementos evaluadores, no solo en la indicación, en la provisión, en la eficiencia, sino en las posibilidades de poder mantenerlos y en la utilidad en términos de salud aportada por los mismos.

Los diferentes servicios sanitarios de los países de la OCDE han venido realizando cambios en la provisión de los servicios sanitarios, de una forma más acelerada con la llegada de la crisis económica reciente. A tal efecto en el NHS inglés se ha introducido el pago por resultados en el sistema de pago a los hospitales o el establecimiento del NICE, Instituto Nacional para la Excelencia Sanitaria y Clínica que actúa evaluando resultados de eficiencia y de salud basada en la utilización eficiente de los recursos sanitarios que han demostrado utilidad y cuyo uso ha sido autorizado.

En el Sistema Nacional Sueco se ha introducido el principio de coste efectividad, para que cuando se deba de elegir entre distintas opciones de cuidados, deba de existir una relación razonable entre los costes y los efectos, medidos en términos de mejora de la salud o calidad de vida. También está implantado, además del copago por el uso de medicamentos, el copago por día de hospitalización.

En el Sistema de Salud de España, tras el proceso transferencial se han venido ensayando diferentes modelos de provisión de los servicios sanitarios públicos, que financiados sobre una base capítativa, ponderada por la estructura poblacional y su dispersión, así como por factores geográficos como la extensión o la insularidad. En este sentido se han puesto en marcha fundaciones públicas, consorcios, empresas públicas y se han implantado desde hace más de 15 años los modelos de colaboración público privada, tanto de servicios no sanitarios, como de servicios sanitarios como expresión de la colaboración público privada dentro de los modelos transferencia de riesgo. Las Comunidades Autónomas de Valencia, Madrid y Cataluña han sido en las que estos modelos han tenido más desarrollo. El caso más paradigmático es el que representa el modelo concesional integral del modelo Alzira y las Entidades de Base Asociativa (EBA) de Cataluña.

No debemos dejar de mencionar el caso estadounidense, que gasta el 17% de su PIB en servicios sanitarios y donde los hospitales forman parte del modelo de vida del ciudadano medio y el coste del seguro de vida se incrementa anualmente en más de un 10%,

con un coste medio que supera los 10.000 dólares. Precisamente en este país se ha realizado una importante aportación a un nuevo modelo de provisión de los servicios sanitarios. Son las ACO (Accountable Care Organizations), de las que la aseguradora Kaiser Permanente es un referente, por sus iniciativas y resultados. Las ACOs son una red de profesionales médicos y de hospitales que comparten la responsabilidad en la atención de pacientes y que se comprometen a gestionar las necesidades de atención sanitaria de un mínimo de 5.000 beneficiarios de Medicaid o Medicare por un mínimo de tres años. Se trata de un sistema de prestación de servicios integrados por cobertura poblacional basada en el pago por una cápita y con una fuerte base de Atención Primaria, con incentivos por resultados en salud, con muy potentes sistemas de prevención primaria secundaria y terciaria.

Todo lo anterior ha de ser visto unido al concepto de medicalización de la vida cotidiana, donde la sociedad ha convertido los síntomas en enfermedades, en general, y muchos casos los servicios sanitarios han sido considerados como un bien de consumo general, en un país como el nuestro donde los ciudadanos acuden una media de 8 veces al año a los servicios sanitarios como media, el doble de lo que ocurre en el Reino Unido y el triple que en Suecia.

En referencia a los avances en la seguridad de los pacientes, hemos de decir que la preocupación por la calidad asistencial en la década de los 70 se centró en los aspectos científico y técnicos, en la década de los 80 el interés se centró en la utilización adecuada de los recursos sanitarios. La satisfacción del paciente marcó la década de los 90 y el nuevo milenio dió paso a una nueva dimensión de la calidad basada en la seguridad clínica del paciente, entendiéndose que la seguridad clínica del paciente corresponde a una asistencia sanitaria libre de peligro y exenta de daño, pero ello resulta difícil dada la creciente complejidad de la práctica clínica. La creciente complejidad de los sistemas sanitarios suponen un nuevo escenario para el ejercicio de las ciencias de la salud, ya que la medicina en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura y en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa. En

este sentido, podemos considerar la seguridad clínica del paciente como la ausencia, prevención y mejora de resultados adversos evitables originados como consecuencia de la atención sanitaria. Ello implica la aplicación de las buenas prácticas en centros seguros.

Los sucesos adversos ligados a la asistencia sanitaria suponen un problema importante para la salud pública, porque son frecuentes, tienen consecuencias graves, su tendencia es creciente, tienen un gran impacto sanitario, económico, social e incluso mediático, y además, muchos de ellos son potencialmente evitables. La tasa de efectos adversos en hospitales oscila entre un 4% y un 15%, de los cuales un 50% son evitables, en un entorno en el que uno de cada tres pacientes que acude a un servicio de urgencias lo hace por síntomas relacionados con la medicación utilizada, bien porque el tratamiento farmacológico no fue el adecuado, bien por que el paciente se automedicó o porque ha sufrido un efecto adverso tras su administración del medicamento. De hecho, el 37% de los efectos adversos está relacionado con la medicación utilizada, el 25 % corresponden con las infecciones nosocomiales y un 25% están relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento clínico.

Es evidente que el escenario sanitario se ha complicado y que en los últimos 20 años se ha producido en la sociedad un cambio cultural importante que ha pasado de considerar los efectos adversos como el tributo a pagar por el progreso científico, hasta la criminalización de los mismos, siendo una de las claves de la judicialización de la medicina.

¿Qué hay de nuevo en la práctica clínica?

La práctica clínica es cada vez más compleja en nuestro modelo asistencial del que todos nos sentimos tan orgullosos y que ha contribuido a la mejora del estado de bienestar de nuestro país. Sin embargo se trata de un modelo con más de 40 años que necesita de una nueva etapa en la que sus aspectos organizativos y

gestores sean renovados, ya que a pesar de sus reiteradas bondades el sistema y la organización sanitaria denota agotamiento.

Además sabemos que las estructuras muy burocratizadas, propias de muchos de nuestros hospitales y servicios de salud, no garantizan la calidad de la gestión, miran más hacia dentro que hacia fuera y buscan perpetuarse en aptitudes pretéritas, pudiéndose afirmar que la eficiencia del sistema sanitario público español es mejorable, ya que su gestión sigue anclada en patrones que pueden esterilizar iniciativas incentivadoras del talento de sus profesionales.

Podemos afirmar que estamos en la transición desde un modelo de prestación de la asistencia sanitaria basado en el “Modelo de Agencia”, donde el papel del paciente es prácticamente pasivo, a un modelo de participación y compromiso del paciente y su entorno familiar en las decisiones a tomar sobre su estado de salud. En esto se basa todo el concepto del paciente activo, tan importante en tantas cuestiones como la automedicación, la adherencia del paciente a los tratamientos, la promoción de la salud y la eficiente gestión del gasto sanitario.

El modelo de gestión en las empresas que gestionan conocimiento y pertenecen al subgrupo de empresas inteligentes, como son los servicios sanitarios, deben conseguir que sus agentes: políticos, clínicos, gestores y ciudadanos tengan objetivos y estímulos coincidentes. Este sería el marco en el que se puede y debe desarrollar el modelo de gestión clínica que ya en el siglo pasado preconizaba Graham Lister y que más de quince años después está nuevamente de actualidad en nuestro país.

En el mundo sanitario la gestión clínica reaparece como una herramienta que intenta resolver los problemas de calidad, eficiencia, gestión del incremento de la demanda, sostenibilidad del sistema, variabilidad en la práctica clínica, déficit de evidencia científica de muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, de la mano de los profesionales clínicos, los gestores sanitarios, las autoridades sanitarias y, como no puede ser de otra forma, con la intervención activa de los ciudadanos enfermos y no. De

hecho, este paradigma, se basa en centrar la organización en las necesidades de los pacientes, hacer más partícipes a los profesionales clínicos y ofrecer un servicio de calidad contrastada. Es decir, la gestión clínica es una forma de organizar, dirigir o establecer la práctica clínica, centrándose en el núcleo diagnóstico-terapéutico.

Lister estableció que la gestión clínica es la gestión de los procesos clínicos y de todas las actividades que en ellos se engloban y de los recursos necesarios para llevarlos a cabo, lo cual lleva implícito un rediseño organizativo que necesita identificar el liderazgo de profesionales médicos y de enfermería para llevarlo a cabo. No se trata de convertir a los clínicos en gestores, sino de establecer que los clínicos y gestores trabajen coordinadamente.

La gestión clínica como modelo asistencial integrador, colaborativo y multidisciplinar busca la mejora de la eficiencia y la calidad de las prácticas clínicas, con transferencia de capacidad y responsabilidad a los profesionales clínicos, en referencia a la eficiencia y adecuación de los recursos utilizados en el proceso asistencial, pero también en el compromiso de ejercer no sólo una práctica clínica buena, sino también adecuada a los conocimientos científicos contrastados y actuales, a las necesidades y posibilidades del paciente, con la participación activa de él y de su entorno familiar y social y con el compromiso de la eficiencia clínica y la sostenibilidad del sistema sanitario de financiación pública.

Pero a la vez esta herramienta, como nueva propuesta para abordar problemas de siempre, es decir, mejorar la práctica clínica y los resultados de la misma en la salud de los pacientes, está fundamentada en principios éticos, científicos y asistenciales además de económicos y no es una panacea ya que ofrece ventajas pero no está exenta de inconvenientes que la limitan, cuando están ausentes los atributos en los que se basa.

Sin embargo, hay que pasar de la gestión clínica a la gestión de la clínica, centrándose más en los valores éticos de la práctica clínica, reduciendo la variabilidad de la propia práctica clínica, incor-

porando el coste como un atributo en la toma de las decisiones clínicas, y esto tiene cuestiones deontológicas a discutir.

Como establecía Arrunada, las reformas fracasadas, al margen del coste económico, son un derroche de un recurso muy escaso: la moral del personal directamente productivo, ya que originan cansancio en toda la organización, que se ve acosada por sucesivos equipos planificadores, cuyo único logro acaba siendo en muchos casos el perjudicar la actividad de los encargados de producir. Por ello, es fundamental a la hora de conceptualizar la gestión clínica analizar las limitaciones de implantación para garantizar práctica clínica apropiada, a través de la evidencia científica, evitando las variaciones en la práctica clínica en los diferentes territorios, hospitales y servicios clínicos.

En este sentido el objetivo fundamental del dispositivo asistencial no puede ser otro que garantizar práctica clínica apropiada basada en la consecución de eficacia, seguridad y efectividad en las decisiones clínicas y en el uso eficiente de las tecnologías sanitarias, de acuerdo a la evidencia científica, de la mano de las agencias de evaluación de las tecnologías, cuyo principal objetivo es promover la introducción, adopción, difusión de las tecnologías sanitarias, para que su utilización se haga de acuerdo a criterios de seguridad, eficacia y efectividad demostrada, ya que en la actualidad algunos resultados clínicos son dispares y además se encuentran lagunas, en relación al efecto que sobre la salud y la calidad de vida produce la tecnología sanitaria.

Por otra parte, las altas potencialmente ambulatorias suponen el 22% del total de las altas en el conjunto de los hospitales de nuestro país y las estancias innecesarias, utilizando el protocolo de adecuación de las mismas en hospitales españoles públicos, tienen un rango entre el 17% y el 47%. El 64% de las estancias innecesarias se deben a demoras en el alta por deficiencias organizativas del hospital o por uso de pautas conservadoras de duración de la estancia. El 28 % se deben a deficiencias en la programación de exploraciones y quirófanos. Sin embargo, sólo el 2% de ellas se deben a responsabilidad del paciente y de su familia y el 7% a la inexistencia de recursos alternativos al hospital.

Al respecto hemos de aceptar que en los tiempos actuales todavía quedan prácticas médicas más centradas en la opinión de expertos que en los resultados de los estudios de metaanálisis y en la evaluación sistemática de la bibliografía científica de calidad y que no todos los tratamientos médicos son identificados como efectivos, con evidencia científica, siendo los medicamentos de baja utilidad terapéutica uno de los ejemplos más importantes. Se trata, en efecto, de modificar el modelo de toma de decisiones clínicas conjugando la experiencia del clínico, y la evidencia de la investigación con las preferencias del paciente.

Algunos investigadores consideran el análisis de las tasas de mortalidad evitable como un método simple y útil para evaluar la calidad y efectividad del dispositivo asistencial, ya que identifica un grupo de muertes cuya presencia evidencia problemas en el sistema sanitario, a la luz del conocimiento científico actual, tanto en prevención como en diagnóstico y tratamiento. Holland y Charlton definen enfermedades y edades en las cuales la aparición de una muerte indica un déficit de la asistencia sanitaria, de la política sanitaria o de ambas. Muertes producidas por la hipertensión arterial entre 5 y 64 años, neumonía entre 5 y 49 años, enfermedad reumática entre 5 y 44 años, asma entre 5 y 49 años, hernia abdominal entre 5 y 64 años serían, entre otras, son un grupo de fallecimientos que se asociarían a deficiencias de la asistencia sanitaria. Así mismo, Holland considera como déficit de la política sanitaria las muertes ocurridas por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón entre 5 y 64 años, cirrosis hepática entre 15 y 74 años y todos los accidentes de vehículos de motor.

Como limitantes de la implantación de programas de gestión clínica podemos mencionar la ausencia de sistemas de información cualitativos que garanticen que la práctica clínica es apropiada y basada en el análisis riguroso de la literatura científica y que además pueda ser evaluada en términos de eficiencia y de impacto de la salud que produce. En este entorno el médico se convierte en un gestor e intérprete de la información clínica, gestionando el conocimiento, en un sector en el que la información científica se duplica cada 5 años, en el que los profesionales suelen tener dudas médicas frecuentes en la toma de decisiones y

donde las limitaciones al esfuerzo terapéutico implican valores y posiciones éticas personales y profesionales, debido, entre otras cuestiones, a que solo dos de cada cinco decisiones médicas están rigurosamente basadas en la evidencia científica por el modelo de ensayo clínico. A este fenómeno se debe la gran cantidad de variabilidad de la práctica clínica.

Otra importante limitación es la ausencia de sistemas de información con gran contenido clínico, que identifiquen la producción clínica y todos sus componentes y que, a la vez, se sumerjan en reconstruir el proceso asistencial. Los sistemas de información deben no solo poder ayudar a definir los procesos clínicos, sino que también deben evaluar la eficiencia en la gestión de procesos clínicos. En este sentido, los sistemas de información deben considerar los costes de la no calidad clínica, evaluando sistemáticamente las altas potencialmente ambulatorias, las estancias innecesarias, las estancias preoperatorias, las suspensiones quirúrgicas no indicadas, las mortalidades evitables, las úlceras de presión, las infecciones nosocomiales, las caídas en el curso de la hospitalización, los reingresos por el mismo proceso en un periodo determinado, las variaciones en las indicaciones quirúrgicas, en exploraciones diagnósticas, en determinaciones analíticas o en las prescripciones de medicamentos que no se ajusten al conocimiento científico contrastado, los retrasos diagnósticos y terapéuticos o el índice de sustitución para CMA (cirugía mayor ambulatoria) para un determinado proceso clínico, por sólo mencionar diferentes puntos de vista a incluirse en el diseño e implantación de un sistema de información para la gestión de procesos asistenciales.

Actualmente estamos ante una nueva etapa en la que podemos acceder a evidencias de la efectividad y eficacia de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, no ya a través de los ensayos clínicos y los estudios de meta análisis, sino a través de la explotación y del análisis masivo de gran cantidad de información almacenada en los sistemas de información electrónicos sobre las actuaciones clínicas, se trata de los Big Data. A través del análisis de estos grandes bases de datos podemos conocer la eficacia y eficiencia de muchas de nuestras actuaciones clínicas con lo que

ganaremos en evidencia de muchos de los procedimientos que a día de hoy no la tienen y además se podrán definir y establecer otros sistemas de financiación, como son los contratos de riesgo compartido, cuya financiación se basa en la evaluación de la eficacia y eficiencia de los tratamientos. Se trata de la Medicina Generadora de Evidencia, a través de sus análisis.

La ausencia de una organización sanitaria real y eficazmente centrada en los pacientes, es otro pilar para garantizar la calidad de los procesos clínicos. Se deben imponer organizaciones sanitarias centradas en las necesidades y expectativas de los pacientes, para mejorar los resultados clínicos y el impacto de estos en la salud de la población. A su vez, los gestores deben buscar esquemas organizativos que favorezcan la gestión clínica de calidad, defendiendo que la génesis de los problemas se encuentra, tanto en el escaso desarrollo de un modelo organizativo que favorezca la participación de los clínicos en la gestión, como en la ausencia de programas formativos en metodología de evaluación de la calidad asistencial y en la ausencia de evidencia científica en la valoración de la efectividad de algunos tratamientos aplicados.

Hay que reseñar lo poco aportado por la Ley General de Sanidad a la organización de servicios sanitarios. Casi nada se ha avanzado en cultura de la organización desde su promulgación en el año 1986. Sin embargo, nadie niega que una parte de la eficiencia del sistema sanitario se debe a la estructura de la organización y otra parte se debe a las decisiones clínicas.

Por otra parte, el compromiso político es necesario para poner en marcha un nuevo modelo organizativo que facilite la gestión clínica, ya que el compromiso político con esta nueva cultura lleva consigo el asumir que los planes de financiación deben de cubrir no solo en el modelo asistencialista sino también en los planes de promoción de la salud y además, asumir el riesgo que cualquier reforma organizativa lleva implícito, en un sector tremendamente inmovilista.

También es necesario un nuevo modelo de directivo, más líder y menos burocrático, con gestores que promuevan el cambio en la

organización del trabajo y en definitiva ayuden a cambiar el modelo de práctica clínica. Un cambio innovador implica consolidar el liderazgo directivo a través de la profesionalización de los gestores sanitarios con una voluntad política de llevarlo a cabo. Una gran limitación para la descentralización son los gerentes con poco perfil de líderes, poco comunicadores, ya que la necesidad de cambio precisa explicar los objetivos de transformación de la organización.

De la misma forma es preciso un nuevo modelo de equipo directivo, huyendo de los organigramas inoperantes y acercando a los clínicos a la estructura gerencial.

Es imprescindible la formación permanente en términos de calidad, evidencia científica y eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios, por parte de los clínicos y los gestores, como también es necesaria una recompensa por el trabajo más eficiente, por el compromiso y la dedicación, a través de un plan de incentivos.

Los servicios sanitarios ante una sociedad envejecida y el reto de la atención a los pacientes crónicos

Hace un siglo no había mayores. La ancianidad es un fenómeno singular reciente y es, a su vez, consecuencia del progreso y uno de los grandes éxitos de las sociedades desarrolladas del siglo XX.

En el siglo XXI el reto es hacer los sistemas sanitarios y sociales sostenibles ante esta nueva realidad. Sin embargo, es relativamente frecuente que se utilice el término crisis cuando nos referimos al fenómeno del envejecimiento, cuando el envejecimiento es un triunfo del estado del bienestar y una consecuencia de multitud de acciones, encaminadas a conseguir más años y mayor calidad de vida.

En todos los países de nuestro entorno económico, político y social, a lo largo del pasado siglo, se han producido grandes cambios en la estructura social. Sin duda, ha sido el envejecimiento de la población el gran cambio en el orden social. El descenso de

la natalidad y el aumento de la esperanza de vida obligan a afrontar el envejecimiento poblacional como un hecho real con enormes consecuencias. De hecho, se estima que en Europa uno de cada tres ciudadanos tendrá más de 60 años en el año 2050 y que habrá dos mayores por cada niño. En España en 1970 había 3.500.000 de personas con más de 65 años, actualmente hay 8 millones, con una esperanza de vida al nacer de 83 años. A principios del siglo XX solo un 26% de los nacidos llegaba a los 65 años y hoy lo consiguen el 85%.

Cada mes 36.000 personas sobrepasan el umbral de los 65 años y son el 18% de la población, donde los octogenarios se han multiplicado por 13 y en 2050 los mayores de 65 años supondrán el 37% de la población española.

El envejecimiento poblacional se ha producido porque llegan más supervivientes a la edad de 65 años, como consecuencia del descenso de las mortalidades infantil y, además, porque hay menos jóvenes, como consecuencia de la baja tasa de fecundidad.

En los ciudadanos mayores ha sido evidente el aumento de las necesidades sanitarias y no es menos cierto que en un sinnúmero de situaciones personales y colectivas resulta difícil referirnos a necesidades sanitarias de forma exclusiva, porque las fronteras de lo considerado sanitario se desdibujan, emergiendo necesidades que no se resuelven con servicios sanitarios y precisan ser entendidas como un nuevo paradigma social, cultural y familiar ya que hasta el momento, la medicina se ha mostrado eficaz en combatir la muerte y alargar la vida, pero no ha podido devolver en muchos casos el funcionamiento de las habilidades, que según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del INE afectan al 35% de los hombres y al 65% de las mujeres mayores de 65 años, siendo severa la pérdida de las habilidades para la vida cotidiana en el 50% de los casos.

Nuestro Sistema Sanitario se diseñó en los años 60 del pasado siglo y se orientó a la atención de las enfermedades agudas. Desde entonces la morbilidad ha variado extraordinariamente y hoy la mayor parte de los recursos sanitarios se dedican a la atención

de enfermos crónicos. En este nuevo escenario nuestras organizaciones sanitarias deben reordenarse para ofrecer servicios que abarquen todas las necesidades de los ciudadanos que ya no solo abarcan el curar, sino también cuidar, aliviar, prevenir y escuchar.

En los sistemas sanitarios diseñados para el tratamiento de pacientes agudos, los pacientes con enfermedades crónicas son tratados en fracciones o tramos agudos de la enfermedad y se convierte la enfermedad en una sucesión de actuaciones sin continuidad asistencial, donde no se maneja al paciente como un agente activo en el manejo de su enfermedad, perdiéndose la oportunidad que representa un paciente con capacidad para el autocuidado.

En la UE un 20% de la población mayor de 15 años tiene una enfermedad crónica. En España, el 41% de los hombres y un 46% de las mujeres tienen un problema de salud, mientras que los mayores de 65 años tienen uno o varios problemas crónicos de salud en el 95% de los casos, siendo esta la principal causa de mortalidad. En 2005 la OMS señalaba que el 60% de todas las muertes en el mundo fueron debidas a enfermedades crónicas y especialmente a las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes. Para este tipo de asistencia se precisa un modelo asistencial que requiere una atención más proactiva y que contemple al paciente en su globalidad, con un enfoque integrado, por parte de los distintos dispositivos y profesionales que desempeñan sus funciones de forma planificada estructurada y coordinada.

Además sabemos que las enfermedades crónicas son la principal causa de discapacidad en España y suponen la mayor carga para el Sistema Nacional de Salud, representando el 80% de las consultas de Atención Primaria, el 60% de las hospitalizaciones y el 75% del gasto sanitario total.

El 1% de los ciudadanos son enfermos crónicos extremos que pasan el 10% de su vida en el hospital y consumen el 45% de las estancias de cualquier sistema sanitario. Con este escenario la planificación del abordaje de la enfermedad, la promoción del auto-

cuidado y la anticipación a los episodios de desestabilización clínica son las estrategias clave para un mejor control de la enfermedad y con ello se consigue una menor carga de enfermedad y una utilización de recursos más adecuada, a través de la gestión activa de las enfermedades crónicas, de una forma continuada mejorando la adhesión al tratamiento, la mejora de los estilos de vida, el autocontrol continuo por el paciente, que se convierte en experto y sujeto activo para el control de sus salud y el manejo de sus enfermedades y sobre todos la actuación precoz en los ciclos de desestabilización.

Uno de los paradigmas del paciente crónico es el paciente diabético. En el mundo hay 366 millones de personas diabéticas entre 20 y 79 años, lo que significa el 8% de la población en este tramo de edad, aunque se sospecha que hay más de 180 millones de personas no diagnosticadas y es responsable de 4.6 millones de muertes anuales y del 11% del gasto sanitario mundial en adultos. En España hay 2.8 millones de diabéticos con una prevalencia de 8.1%. Se trata de una epidemia del siglo XXI, además, la diabetes y su compañera la obesidad se están cebando con los países pobres, donde están el 80% de los diabéticos.

Existen diversos modelos de atención a pacientes crónicos. El “chronic care model” es un modelo conceptual desarrollado por el Mc Coll Institute for Health Care Innovation, basándose en seis elementos: La organización del sistema de salud, la salud comunitaria, el modelo asistencial, el autocuidado de los pacientes, la ayuda en la toma de decisiones clínicas y los sistemas de información Especial importancia tiene en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas los sistemas de información, como soporte para la gestión clínica, al ofrecer la información relevante de forma estructurada, proactiva e integrada, siendo el eje fundamental la Historia Clínica Electrónica.

Es evidente, además, que los indicadores de salud clásicos, basados exclusivamente en la mortalidad se han mostrado insuficientes para describir la evolución del estado de salud de la población en general, y de los mayores en particular, siendo evidente la necesidad de implantar indicadores de salud que tengan en cuenta

la morbilidad y la discapacidad. Se trata de los indicadores denominados de esperanza de vida saludable, pues combinan información sobre la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad, y ponen de manifiesto si los años de vida ganados son vividos con un buen estado de salud o están afectados en alguna medida por la enfermedad y la discapacidad y dependencia.

En todas las Comunidades Autónomas se han diseñado diferentes Planes de Atención a pacientes crónicos, resaltando el diseñado en el Servicio Vasco de Salud o el de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana. Todos ellos se basan en la estratificación de pacientes como eje principal, siguiendo los postulados de la pirámide de Kaiser, y todos los planes de atención a pacientes con enfermedades crónicas coinciden en que el domicilio del paciente es un buen ámbito asistencial.

Actualmente el impacto de la población mayor en los hospitales vienen siendo estudiado intensamente y, para la mayoría de los gestores sanitarios, en general, y hospitalarios en particular, este panorama es de sobra conocido, aunque se ve diariamente como una gran crisis. Sin embargo, la auténtica crisis es no haber adecuado, con suficiente antelación, el sistema sanitario y socio-sanitario para una realidad sabida con antelación, lo cual es una responsabilidad de todos, pero sobre todo de los responsables de la política sanitaria y social, de las últimas décadas.

Ya que varios autores consideran que la mayor parte del incremento del gasto sanitario viene determinado por la evolución de factores no demográficos, como son la intensidad de la atención, el coste de los tratamientos o el desarrollo de nuevas tecnologías médicas y no solo debido al envejecimiento poblacional, podríamos considerar que el envejecimiento no sea el principal determinante en la frecuentación hospitalaria.

En este caso, el argumento que lo puede explicar es que el aumento de la frecuentación por causas ajenas al envejecimiento está basado en la capacidad de beneficiarse de una intervención sanitaria o en los cambios en la oferta de servicios, debido a modificaciones en el manejo clínico de los trastornos crónicos.

Estamos ante un nuevo paradigma que debe seguir siendo estudiado, pero que ofrece puntos de vista diferentes a lo que es el discurso general, que asocia el aumento de la frecuentación hospitalaria al aumento de la longevidad. Estamos ante un importante dilema, que se basa en la hipótesis de que los gastos sanitarios dependen más de los factores de oferta (incremento de los servicios ofertados) y de demanda (mayor perceptibilidad de morbilidad y la correspondiente capacidad para beneficiarse de las intervenciones sanitarias) y mucho menos de los factores demográficos. Y es que la demanda, como materialización del consumo solo se produce cuando coinciden la necesidad, como sensación de privación de un estado saludable, y el deseo, como interés por conocer la necesidad y querer satisfacerla y en todo este círculo los factores culturales, sociales y económicos tienen mucho que decir.

Considerado el envejecimiento como un éxito de nuestra civilización, hemos de adentrarnos en el concepto del envejecimiento activo, olvidando los estereotipos ligados a la visión anacrónica de que las personas mayores se identifiquen con los pobres y los enfermos. Es entonces cuando el concepto de envejecimiento activo cobra interés, como un proceso de optimización del bienestar social, físico y mental, de las personas, para vivir de forma activa y autónoma un periodo cada vez más largo.

Existen, en el entorno sanitario, tres tipos de cuidados: los cuidados y asistencia a otros, en ello se basan los servicios sanitarios. Los cuidados entre grupos, es decir, los grupos favorecedores y los cuidados a uno mismo, es decir, el autocuidado, que tiene una serie de factores personales basados en la motivación, la voluntad, los conocimientos, las actitudes y los hábitos y otros factores externos o ambientales de tipo cultural, ideológico, social y político.

La Carta de Ottawa de 1986 es el primer gran referente mundial en cuanto a promoción de la salud. En ella se plantearon cinco áreas estratégicas para el logro de los objetivos de la promoción de la salud: la formulación de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables a la salud y el bienestar, el fortalecimiento de las acciones comunitarias, la participación de las

personas en las decisiones que inciden en su salud y el desarrollo de habilidades personales necesarias para vivir una vida saludable.

El autocuidado es una dimensión que se refiere a cómo el paciente se implica en la gestión de su enfermedad. Esto supone el uso eficaz de estrategias de apoyo y capacitación que faciliten que el paciente adquiera la motivación, los conocimientos, las habilidades y los recursos necesarios, basado en la evaluación del paciente para el autocuidado, la educación terapéutica estructurada, la activación psicosocial del paciente y el apoyo mutuo.

Para Orem el autocuidado es la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar, como acción que realiza una persona madura para cuidarse a sí misma, en el ámbito donde se desenvuelve, como expresión inteligente de la prevención, sobre todo en enfermedades como la diabetes, la obesidad, el ictus y la enfermedad coronaria, considerando al paciente como una parte activa del tratamiento y genera un cambio en la ubicación donde se presta la asistencia sanitaria, de una forma especial en el domicilio del paciente.

Para Jovell un paciente activo es aquel paciente que tiene el conocimiento y las habilidades para hacerse responsable de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que le atienden y así definir objetivos terapéuticos adoptados de forma compartida con los médicos. Se trata de trasladar la responsabilidad desde el estado paternalista al ciudadano responsable, con una visión más preventivista, más salubrista y menos asistencialista. Se trata de una expresión inteligente de la prevención y genera un cambio en la ubicación donde se presta la asistencia sanitaria, preferencialmente en el domicilio del paciente.

El autocuidado está basado en la educación de los pacientes, la educación para la salud y la modelización de conductas para la salud, apoyado en un sistema de valores, cultura y motivación de los individuos y las comunidades respecto a la salud. Es funda-

mental para ello la cultura del aprendizaje, como hecho dinámico centrado en la adquisición de conocimientos, aptitudes y destreza que produzcan cambios.

En el caso de los mayores, para que el autocuidado se convierta en una alternativa real y eficaz de la atención integral es necesario que los miembros del equipo de salud que trabajan con los pacientes reconozcan, en primer término, los cambios que se producen a causa del envejecimiento normal y patológico y sus consecuencias y, además, los principios de enseñanza para el aprendizaje de adultos y las técnicas recomendadas para favorecer la adquisición voluntaria y permanente de conductas de positivas de la salud, al permitir a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones, con el apoyo formal e informal del sistema social y sanitario.

Reflexiones finales

No existe una respuesta exacta en la asimétrica relación entre los servicios sanitarios y la salud de la población, aunque los servicios sanitarios aun no siendo el principal determinante de la salud, generan las mayores expectativas personales y colectivas en términos de seguridad y bienestar y son las que mayor valor, satisfacción y seguridad aportan al bienestar, seguridad y progreso personal y social. En este sentido debemos reflexionar acerca del papel que debe corresponder a los servicios sanitarios como principal fuente de gasto de recursos entre todos los determinantes de la salud.

Para actuar en la mejora de la salud de la población no solo se ha de incidir en la eficiente utilización de los recursos que al sistema sanitario se dediquen, sino que se ha de trabajar activamente en las estrategias educativas enfocadas a la educación sanitaria y la prevención primaria, secundaria y terciaria que abarcan tanto la promoción de los hábitos de vida saludable, como el diagnóstico precoz y la intervención temprana ante los primeros síntomas de la enfermedad.

Ni las nuevas necesidades y expectativas de los ciudadanos, ni el envejecimiento poblacional, ni la creciente utilización de los servicios sanitarios, ni el incremento del gasto sanitario, ni el importante consumo de medicamentos, ni la ausencia de estudios que evalúen el impacto de los fármacos en la salud, ni el déficit de adherencia de los pacientes a los tratamientos, entre otros retos, se resuelven aportando sólo dinero al sistema sanitario y social, sino aportando valores sobre la salud y su protección, ya que el dinero solo resuelve problemas a corto plazo.

Los servicios sanitarios tienen importantes problemas de gestión basados en las variaciones de la práctica clínica, en el déficit de evidencia científica de muchos de sus procedimientos diagnóstico terapéuticos y en la sobreutilización de los mismos, motivados por el cambio social que lleva consigo la medicalización de la vida y la fascinación tecnológica de nuestra sociedad. Además, los principios en los que se basa la calidad de los servicios sanitarios no solo se refieren al componente científico técnico, sino que son muy importantes los aspectos no sanitarios y debemos de hablar de trato y tratamiento.

La participación de los ciudadanos en las decisiones referidas a su salud y su enfermedad son de capital importancia de cara a mejorar la calidad asistencial, disminuir las variaciones de la práctica clínica, y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario. En este sentido, las tecnologías y la globalización de la información, las redes sociales y los portales de salud se están convirtiendo en herramientas usadas por los ciudadanos para poder participar en los servicios sanitarios.

No debemos obviar que la ciencias sanitarias y las organizaciones para la prestación de servicios sanitarios han avanzado en las últimas décadas más que en toda la historia de la humanidad y a la vez, en ninguna época como en la actual, se han planteado tantos y tan complejos dilemas morales a la hora de tomar decisiones clínicas. Además los servicios sanitarios solo basados en los avances tecnológicos están vacíos y terminan por ser rechazados por los ciudadanos.

Actualmente a la crisis económica se ha unido una crisis del modelo de prestación de servicios sanitarios que denota un gran agotamiento, lo que unido a una crisis de valores en la sociedad ha desembocado en que en ninguna época como la actual se han planteado tantos problemas morales a los profesionales sanitarios como actualmente.

Los profesionales sanitarios han de aceptar que ante recursos sanitarios muy limitados y sin la posibilidad de recurrir al endeudamiento, hecho muy habitual en las últimas décadas, hay que recurrir al principio de oportunidad, que se basa en que la utilización de los recursos en un determinado paciente, lleva implícito negarlos a otro, y esto genera un importante dilema ético. Además debemos aceptar que las organizaciones sanitarias y sus profesionales han de tener una actitud comprometida con la promoción de la salud, más allá de las cuestiones de experiencia técnica.

Nunca en toda la historia de la humanidad en el caso de las ciencias de la salud, se había llegado a un nivel, como el actual, en la consecución de eficacia. En el caso de la eficiencia, aun siendo un imperativo ético, no estamos al mismo nivel, pero a la vez nunca había existido tanta deshumanización en la prestación de servicios sanitarios. Nunca antes había estado tan presente el concepto del dilema ético en la limitación del esfuerzo terapéutico, del que tanto hablaba Gómez Rubí.

Nadie tiene soluciones completas ante el imparable aumento del gasto en los servicios sanitarios y sólo el compromiso de los ciudadanos, de los políticos y de los profesionales, pueden conjuntamente afrontar este enorme reto, con una sociedad más solidaria que soporte el impacto de los servicios sanitarios y sociales en las economías nacionales, que huya del cortoplacismo político en las políticas sanitarias y que acepte el reto de la ancianidad como un éxito de las actuales generaciones y no como una carga.

Hay que aportar nuevas estrategias en la relación de los ciudadanos con los profesionales sanitarios, favoreciendo la comunicación y dirigiendo los mensajes de los expertos sanitarios hacia el

fomento del autocuidado, hacia la implantación de hábitos saludables, hacia la utilización razonable de los dispositivos sanitarios y es, de igual manera, imprescindible que los Sistemas Nacionales de Salud avancen en una filosofía de dinamismo, modernización y globalización.

Hemos de erradicar la fascinación tecnológica en la asistencia sanitaria, apostando más por los programas de promoción de la salud, ayudando a que la sociedad esté preparada para no depender en exceso de la tecnología y a la vez sin sanitarizar nuestros comportamientos, aceptando que el domicilio del paciente es un excelente lugar terapéutico para muchas patologías, especialmente en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas, sin olvidar el papel que como agentes de salud deben de aportar las oficinas de farmacia, los colegios, las asociaciones de pacientes y las asociaciones sociales.

Hay que aceptar que existe el envejecimiento fisiológico y que el objetivo de la medicina ha de ser intentar prolongar la vida, pero no más allá de los límites biológicos, aceptando que a pesar de los avances de la medicina la tasa de mortalidad se mantendrá en el 100%. En esencia, se basa en no añadir solo años a la vida, sino añadir vida a los años, ya que siendo la expectativa de vida un buen indicador de salud, el mejor es la evaluación de la calidad de los años de vida vividos.

El autocuidado está estrechamente relacionado con el profesional sanitario que ha de tener una actitud ejemplarizante y pedagógica, ante unos pacientes más activos ante su salud y más expertos en el manejo de sus enfermedades, como agentes fundamentales en la conservación y mejora de la salud. En ese sentido no escuchar a los pacientes es un desperdicio social y económico, más cuando hemos de aceptar que nuestras organizaciones sanitarias suelen infantilizar a los pacientes y prestar poca atención a sus sugerencias. Hemos de aceptar que hay mucha inteligencia fuera del sistema sanitario de utilidad para el mismo y que las opiniones estructuradas de los pacientes son una fuente inagotable de hacer las cosas mejor.

Debemos apostar por unos servicios de salud que evolucionen desde un modelo reparador y sanitarista a un modelo más predictivo y preventivista, más salubrista, tratando de caminar desde un modelo muy presencial, y centrado en la producción y prestación de servicios sanitarios, hacia un modelo con mayor participación de los pacientes en su salud, más basado en la eliminación de hábitos tóxicos para la salud y más centrado en el autocuidado.

Hemos de apostar por una más sólida relación entre los ciudadanos, los pacientes y los médicos en una sociedad que promueva que los servicios sanitarios y sociales no hablen de enfermedades sino de enfermos, consolidando una actitud ejemplarizante y pedagógica por parte de los profesionales de las ciencias de la salud, para fomentar la promoción de la salud colectiva, dentro de una ética personal y profesional.

Debemos fomentar unas organizaciones sanitarias, unos profesionales y una sociedad que exija que todas las políticas tengan como eje vertebrador la promoción de la salud, como palanca del desarrollo colectivo e individual, y que impulsen tanto la inversión en salud como la garantía de la accesibilidad a los servicios sanitarios.

Debemos garantizar unas organizaciones sanitarias que tengan como protagonistas a los ciudadanos, para abordar coordinadamente las acciones de promoción de la salud, de asistencia diagnóstica y terapéutica, así como las rehabilitadoras y de reintegración laboral y social y unos servicios sanitarios que actúen de forma integrada y coordinada, para conseguir que la asistencia sanitaria sea un derecho de los pacientes, que se ofrezca en relación a las necesidades de los ciudadanos y pacientes, de acuerdo a su estado de salud y al de su enfermedad y a las limitaciones que esta provoque, comprometiéndose en la provisión de una asistencia sanitaria continua, adecuada, científicamente apropiada y eficiente, de acuerdo a las necesidades y expectativas de los ciudadanos y en relación con los recursos disponibles.

Debemos como profesionales sanitarios comprometernos con la promoción de los mejores hábitos saludables y demás determi-

nantes que influyen en la salud individual y colectiva. En ese sentido, nosotros debemos considerar necesaria una reingeniería de muchos de nuestros comportamientos, para aceptar que se puede mejorar lo que pensamos que ya hacemos bien y convencernos de que la máquina organizativa sanitaria puede progresar si se abre al exterior, ya que el conocimiento se genera cada vez menos dentro de entornos cerrados.

Los profesionales sanitarios hemos de asumir que se trata de cambiar para crecer, para mejorar y avanzar hacia un nuevo espacio más creativo, comenzar una nueva etapa transformadora, donde resurgirán los talentos ocultos, que han de formar parte de las reflexiones de las autoridades, los profesionales sanitarios y los ciudadanos, no solo en el conocimiento de los servicios sanitarios y en las necesarias reformas organizativas, sino también en que los servicios sanitarios son una importantísima herramienta para mejorar el objetivo fundamental que es la salud de la población.

Solo el compromiso de todos resolverá esta encrucijada, y como decía Virgilio, la fortuna favorece a los que se atreven.

He dicho,
Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

Ahn N; Alonso J; Herce J A; Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España.2003. Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA. 78 págs.

Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, García-Montero JI, Mareca-Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clín (Barc)* 2008.131: 26-32.

Alonso J, Muñoz A, Antó JM. Using length of stay and inactive days in the hospital to asses appropriateness of utilisation in Barcelona, Spain. *J. Epidemiol Community Helth* 1996; 50: 196-201.

Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit* 2006;20(Supl.1) : 41-7.

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Mira-Solves JJ. *Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes*, MAPFRE – Díaz de Santos, 2008. ISBN: 978-84-7978-890-2.

Aranaz-Andrés JM, Limón-Ramírez R, Aibar-Remón C, Miralles-Bueno JJ, Vitaller-Burillo J, Terol-García E, Gea-Velázquez de Castro MT, Requena-Puche J, Rey Talens M y grupo de trabajo ENEAS. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. *Gac Sanit* 2008; 22(Supl 1):198-204.

Arbelo López de Letona A., Martín R. Hospitales geriátricos y/o larga estancia: presente y futuro. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2.002; 3:107-115.

Barros PP. The black box of health care expenditure growth determinants. *Health Econ*; 1998.7(6): 533-544.

Belenes R. Cambios en la organización del Hospital moderno: el reencuentro entre clínicos y gestores. *Todo Hospital* 1999; 155: 229-233.

Belenes R. Innovaciones en la gestión : Nueva cultura empresarial en los servicios sanitarios. En: Cuervo JI., Varela J., Belenes R. Eds. Gestión de Hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona : Vicens Vives. 1994: 118-171.

Bengoia R; Nuño R; Curar y Cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica. OMS 2008.

Bernabeu R; Sanchez JM; Carrillo A. Calidad de la prescripción inicial de la oxigenoterapia domiciliaria en un área sanitaria de la Región de Murcia. Rev Calid Asist. 2011; 26(1): 28-32.

Blumenthal D., Epstein A.M. The Role of Physicians in the Future of Quality Management. The New England Journal of Medicine. 1996; 335.17: 1328-1331.

Borrell C.; Peiró R.; Ramón N et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autonómicas del estado español. Gac Sanit. 2005; 19: 277-85.

Brook RM., Kamberg CJ., McGlynn EA. Health system reform and quality. JAMA 1996; 276: 476- 480.

Buchanan D. et al. Doctor in the process: the engagement of clinical directors in hospital management. Journal off Management in Medicine 1997; 2 (4): 13-15.

Busse R. et al. Managing chronic disease in Europe. www.sustainhealthcare.org.

Campillo Artero C. La seguridad del paciente; estamos seguros de ella?. Gestión clínica y sanitaria 2009. 11: 83-88.

Carrasco P; Jimenez R; Barrera V; et al. Factores predictivos del uso de automedicación entre la población española adulta. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 2008. 17 (2): 193-199.

Carreras M., Caramés J. Gestión Clínica: posibles implicaciones para enfermería. Gestión Hospitalaria 1999; 10(1): 27-32.

Casado Marín D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. Gac. Sanit; 2000; 15: 154-163.

Castellote FJ., Campillo HV., Navarro D. Riesgo social al ingreso hospitalario en mayores de 75 años. Todo Hospital 2.001. 180: 611-616.

Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999; 353 (9159): 1178-81.

Compañ L, Portella E. El impacto del envejecimiento en la utilización de servicios sanitarios. *Todo Hospital* 1994; 106:13-17.

Coppard L. La autoatención de la salud y los ancianos. En: *Hacia el bienestar de los ancianos*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1985.

Couceiro Azucena. Bioética para clínicos. Edit Triacastela. Madrid. 1999. 359 págs.

CuervoJI., Varela J., Belenes R. Gestión Hospitalaria. Ed. Vicens Vi-ves.1994.

Di Matteo. The macro determinants of Canadian provincial government health expenditures: 1965-1991. *J Health Econ*; 1998. 71(1): 23-42.

Escobar MA; Puga MD; Martin M. Análisis de la esperanza de vida libre de discapacidad a lo largo de la biografía: de la madurez a la vejez. *Gac. Sanit.* 2012; 26(4): 330-335.

Esnaola S; Bacigalupe, et al. La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*; 24 (supl 19): 119-113.

European Commission e-Health Benchmarking. SMART 2009/2022. Deloitte. abril 2011.

Evidence Based Medicine Working Group. Evidence Based Medicine. A new approach to teaching the practice of Medicine. *JAMA* 1992; 268: 2920-2925.

Ferro T; Borrás JM. Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gac Sanit.* 2011; 25.3: 240-245. .

Gabarrón E; Fernández- Luque L. E-salud y vídeos online para la promoción de la salud. *Gac Sanit.* 2012; 26 (3): 197-200.

García Armesto S.; Abadía T.; Duran A et al. España: Análisis del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en Transición.* 2010; 12:1-240.

Gertman PM, Restucia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing evaluation unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19: 855-871.

Ginés Madrid: El proceso asistencial y los retos del siglo XXI. En lecciones magistrales en Diagnóstico e Innovación. Cátedra Extraordinaria Roche – UCM. Madrid 2014. 495 pags.

Ginés Madrid. La fascinación por la tecnología: Luces y sombras. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. 12 de noviembre de 2013.

Gomez Rubí J. la medicina, sus academias y el milenio que viene. Discurso inaugural del año 2000 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

Gómez Rubí JA. Origen de la Medicina Intensiva en España: Historia de una revolución. Medicina Intensiva. 1988. 22(9):421-428.

Gornemann I., Zunzunegui. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. Gac Sanit. 2002; 16.2: 156-159.

Gorronogoitia IA., Ibañez PF., Olaskaga A. Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. Atención Primaria 1.992; 10: 771-776.

Guerrero Fernández M. Gestionando procesos clínicos. Gestión Hospitalaria 1998; 9 (4): 49-58.

Guerrero Fernández M. Importancia en la elección de los sistemas de información adecuados: Papeles Médicos 1997; 6: 27-38.

Guerrero M, Garí J., Serrano M. et al. The elderly in acute-patients hospitals. En: Hospital Management International. FIH. London 1.994: 243-244.

Guerrero M. ¿Cómo están de salud los mayores?. Gestión Hospitalaria. 2003; 14.4: 109-110.

Guerrero M. La Gestión Clínica. Pediat. Integral 1998; 3(3): 365-9.

Guerrero M., Alfonso JL., Sanchís B., Prado MJ. ¿ Utilización hospitalaria y ancianidad creciente en el usuario atendido?. Gac. San. Barc.1992; 29:62-66.

Guerrero M., Garí J. Alfonso JL., Ibarra JM., Raduán J., Rodríguez P. Análisis de las altas hospitalarias en la población anciana. Todo Hospital 1.996; 125: 37-40.

Guerrero M., Garí J., Veny J., Berlanga R. Impacto de la población de más de 75 años en un hospital de agudos. Med. Clin. Barcelona 1992.1192; 36:53.

Guerrero M., Los Servicios Sanitarios en el actual entorno sociosanitario. *Gestión Hospitalaria*; 2002; 13: 49-52.

Guerrero Mariano. De nuevo con las medicinas. *La Verdad de Murcia*. Editorial. 8 noviembre 2003.

Guerrero, M. La Eficiencia clínica. En *Tratado de Epidemiología Clínica*. Ed. Departamento de Medicina Universidad de Alicante. Gráficas Enar. Madrid. 1994.

Guidelines for doctors in the new world. (Editorial) *Lancet*. 1992; 339: 1197-1198.

Guillem P; Francés F; et al. Estudio sobre la automedicación en población universitaria española. *Rev Clin Med Farm*. 2010. 3(2).

Ibarra JM, Guerrero M, Rodríguez P, Raduán J, Ferrándiz R. Casuística hospitalaria en pacientes mayores de 64 años. *Gac Sanitaria* 1995; 9: 48: 38-39.

Ibarra JM., Guerrero M., Rodriguez P., Raduan J., Ferrandiz R. Análisis de las altas hospitalarias de ancianos en un hospital de agudos. *Rev. Gerontol.*1996; 6:106-113.

Jiménez D; Hernández C. Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gac Sanit* 2010; 24 (2): 116-118.

Jovell A; Navarro MD; Fernández L; Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria*. 2006; 38(3): 234-7.

Jovell AJ. Etica de las decisiones sanitarias. *Med Clin (Barc)*.2005; 124: 580-2.

Jubete Vazquez, MJ. Automedicación en España. ¿Qué podemos hacer?. *Aten Primaria*. 2004; 34 (8): 445-446.

Laguna A; Uris J; Macia L. Población mayor: atención sociosanitaria y estrategia de futuro. Monografía del Instituto de Economía Internacional Universidad de Alicante y Cámara de Comercio de Alicante. 2009.

Lalonde MA. New perspectives on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Information Canada. 1974.

Lister G. Models of clinical management in the UK. *Gestión Hospitalaria*.1999; 10(4): 160-166.

Lomas J, Anderson G, Dominick-Pierre K, Vayda E, Enkin M, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice?. The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *M Engl J Med*. 1989; 321: 1306-1311.

Lopez Arbeloa P. Gestión Clínica: de la práctica clínica a la gestión de los recursos. *Gestión Hospitalaria* 2000; 11 (2): 22-28.

Lopez Casanovas G. Una visión de futuro de las políticas de salud. *Gac Sanit*. 2009; 23 (5): 458-461.

Lozano Yagüe T. Una metodología para la identificación de necesidades sociosanitarias en personas mayores. *Administración Sanitaria* 2001; 17: 99-114.

Lozano Yagüe T. Una metodología para la identificación de necesidades sociosanitarias en personas mayores. *Administración Sanitaria* 2001; 17: 99-114.

Lubitz JD., Riley GF. Population aging and the growth of health expenditures. *Journal of Gerontology and Social Sciences*. 1995; sup 47: 98-104.

Mariano Guerrero Fernández. Análisis de los factores condicionantes del nivel de salud de la población española en el periodo 1983-1987. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Edit. Conselleria de Sanitat i Seguretat Social. Govern Balear 1992. 295 pags.

Martin Martin J. Autonomía y desigualdades en salud. Editorial. *Gestión clínica y sanitaria*. 9. 4. 207.: 127-131.

Martinez- Fresneda M., Guerrero M., Cortés J., López MJ. Estudio de adecuación de estancias e ingresos en un hospital universitario mediante el empleo del Appropriateness Evaluation Protocol (EAP). *Gestión Hospitalaria* 2000; 11(2): 75-86.

Orfila F., Ferrer M., Lamarca R., Alonso J. Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. *J. Clin Epidemiol*; 2000; 53: 563-570.

Orfila F., Ferrer M., Lamarca R., Alonso J. Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. *J. Clin Epidemiol*. 2000; 53: 563-570.

Organización Mundial de la Salud. Uso racional de los medicamentos: informe de la Conferencia de Expertos. 1995. Nairobi: Ginebra OMS. 2001.

Orts JA; Alfonso JL; Martínez MI. Estimación socioeconómica del coste del asma en España. *Revista española de economía de la salud*. 2008. 7: 29-41.

Pacheco Guevara R., Valores, principios, derechos y recursos. *El Médico* 23-VI.00.

Pacheco Guevara Rafael. *Trato y Tratamiento. Claves para una medicina de calidad: científica, humanizada y sostenible*. Marin edit. 2012. 265 págs.

Peiró S. Limitaciones en la medición de los resultados de la atención hospitalaria: implicaciones para la gestión. En: *Instrumentos para la gestión en sanidad*. XV Jornadas de Economía de la Salud 1995. Barcelona.

Pérez Lázaro, et. al. Futuro de la Gestión Clínica. *Gestión Hospitalaria* 1999; 103):114-120.

Pérez Mateos C., Prieto I. y Keller I. La acreditación hospitalaria: un reto para la sanidad española. *Med. Clin (Barc.)* 1997; 109: 467-474.

Perez S; Hidalgo A; del Llano, J. 20 años de encuestas nacionales de salud. *Fundación Gaspar Casal*. 2010. 153 págs.

Perula TL., Martínez DL., Ruiz MR., Fonseca PJ. Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido: estudio poblacional. *Aten. Primaria* 1.995; 16: 323-329.

Rodriguez M; Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer al copago. *Gac Sanit.* 2012; 26.1. 78-79.

Rosich I; Allepuz A, Alba G; Benages N; Arranz T. Eficiencia en la prescripción de medicamentos: impacto de un programa de intercambio terapéutico. *Gac Sanit.* 2012; 26. 1: 58-64.

Ruiz-cantero MT; Cambroner-Saiz. La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. *Gac Sanit.* 2011; 25.3: 179-181.

Salar L; Velert J; Climent MT, et al. Capacidad de la oficina de farmacia de detectar y corregir automedicación incorrecta. *Pharm Care Esp.* 2005. 7: 78.

Salinas M; López Garrigós M; Gutierrez M; Lugo J; Uris J. Las perspectivas financiera y de aprendizaje y crecimiento del cuadro de mando integral en las instituciones públicas: aplicación en el laboratorio clínico. *Gac Sanit.* 2012; 26. 1. 97-98.

Seshamani M; Gray A. Ageing and health-care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Policy*; 2004. 13 (4): 303-314.

Simpson J. Clinical directorates survey. *The Clinical in Management* 1993; 2(4). 13-15.

Solar O.; Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. En: *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva. World Health O; Organization; 2010.

Strunck BC; Ginsburg PB. Aging plays limited role in health care cost trends. *Data Bull (Cent Study Health Syst Change)*. 2002. 23: 1-2.

Tormos E., Pérez F. Mejorando la seguridad de nuestros mayores. Una experiencia de aprendizaje para el desarrollo de la vida cotidiana con independencia y salud. *AGATHOS* 2.001; 4: 16-22.

Varela J; Castell X; Riu M; Cervera AM; et al. El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. *Gac Sanit*. 2000; 14.3: 203-209.

Villalobos Hidalgo J. ¿Puede la Telesalud innovar radicalmente nuestro sistema sanitario?. *AGATHOS*. 2012.2.32-36.

Weinsteim MC, Fineberg HV. *Clinical Decision Making*. Philadelphia. WB Saunders Company. 1980.

