



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

Análisis del sistema sanitario español: estructura y eficiencia

Autor: Javier Méndez- Castrillón Susín

Director: Alberto Puente Lucía

Madrid

Junio de 2014

Resumen

El presente trabajo de investigación académica tiene como objetivo identificar las posibles diferencias que se pueden presentar en la estructura del Sistema Nacional de Salud español y en los distintos niveles de eficiencia en la prestación del servicio sanitario.

Para llegar a detectar esas posibles diferencias se realizaron comparaciones entre indicadores relevantes de estructura y nivel de eficiencia del sistema sanitario de las Comunidades Autónomas de: Madrid, Cataluña, Andalucía y el País Vasco.

Abstract

The present academic research aims to identify any possible differences that may arise in the structure of the Spanish National Health System and in the different levels of efficiency in the provision of health services.

To be able to detect these possible differences, comparisons have been performed between relevant structure and level of efficiency indicators of the health system of the Autonomous Communities of: Madrid, Catalonia, Andalusia and the Basque Country.

Palabras clave: estructura, eficiencia, GRD (grupos relacionados por el diagnóstico), estancia media, coste medio, descentralización.

Keywords: structure, efficiency, GRD (group related diagnosis), average stay, average cost, decentralization.

Índice

<u>1.INTRODUCCIÓN</u>	3
<u>2.MARCO TEÓRICO</u>	6
2.1 DEFINICIÓN DE SISTEMA SANITARIO.....	6
2.2 EL CONCEPTO DE EFICIENCIA EN LOS SISTEMAS SANITARIOS	7
2.3. ESTRUCTURA GENERAL DE LOS SISTEMAS SANITARIOS	11
2.4. MODELOS SANITARIOS RELEVANTES A NIVEL MUNDIAL	16
2.4.1. <i>Reino Unido</i>	16
2.4.2 <i>Alemania</i>	17
2.4.3. <i>Estados Unidos</i>	19
2.4.4. <i>Cuba</i>	22
2.4. SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	23
<u>3. MODELO DE ANÁLISIS</u>	29
3.1. METODOLOGÍA UTILIZADA	29
3.2. RESULTADOS DEL MODELO DE ANÁLISIS	31
<u>4. CONCLUSIONES</u>	41
<u>5. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</u>	45
<u>6. ANEXO DE TABLAS</u>	47
<u>7. BIBLIOGRAFÍA</u>	53

Índice de tablas

TABLA I: INDICADORES SISTEMA ANDALUZ SALUD 2009-2012.....	47
TABLA II: INDICADORES DEL SISTEMA SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2009-2012.....	47
TABLA III: INDICADORES DEL SISTEMA SALUD DEL PAÍS VASCO 2009-2012.....	47
TABLA IV: INDICADORES DEL SISTEMA SALUD CATALÁN 2009-2012.....	47
TABLA V: PESOS, ESTANCIA MEDIA Y COSTE MEDIO DE 15 GRDs COMUNES EN LOS HOSPITALES DEL SNS. AÑO 2010.....	48
TABLA VI: PESOS Y ESTANCIA MEDIA DE 15 GRD COMUNES DEL SISTEMA ANDALUZ DE SALUD. AÑO 2010.....	49
TABLA VII: PESO, ESTANCIA MEDIA Y COSTE MEDIO DE 15 GRD COMUNES EN EL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS VASCO. AÑO 2010.....	50
TABLA VII: PESOS Y ESTANCIA MEDIA DE 15 GRD COMUNES EN EL SISTEMA DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2010.....	51
TABLA IX: ESTANCIA MEDIA Y COSTE MEDIO DE 15 GRD COMUNES EN EL PARQUE DE SALUD DEL MAR (CATALUÑA). AÑO 2010.....	52

1.Introducción

El presente trabajo de investigación académica tiene como objetivo identificar las posibles diferencias que se pueden encontrar en la estructura del Sistema Nacional de Salud español y en el grado de eficiencia en la prestación del servicio sanitario.

Para llegar a ese punto será conveniente abordar una serie de conceptos de especial importancia, que son: la definición general de un sistema sanitario, las diferencias que éstos pueden presentar en términos de estructura; acompañado de una comparación entre cuatro sistemas especialmente relevantes y explicar la importancia de la idea de eficiencia en el ámbito de la salud. Para terminar con el marco teórico se detallarán las particularidades en la estructura del Sistema Nacional de Salud (SNS en adelante) español.

Durante los últimos años y debido a la crisis económica, la sanidad ha pasado a ser uno de los temas más recurrentes y debatidos en los medios de comunicación. Este intenso debate en los medios y motivos personales, al trabajar mis padres en el SNS y tener una opinión muy distinta de la escuchada habitualmente, han sido las principales causas que me han llevado a investigar sobre esta área de la economía aplicada.

Desde principios del siglo XX, el gasto sanitario de la mayoría de los países miembros de la OCDE seguían una tendencia alcista. Esto podía conducir a una situación insostenible en el largo plazo (Lopez, J; 2013). Los recientes desajustes presupuestarios anuales han obligado al Gobierno a tratar de reducir su gasto público. La necesidad de reducir estos déficits hasta el 4,4% en 2013 y 3,5 % en 2014 ha provocado, la aparición de políticas presupuestarias ortodoxas y contundentes (Lopez, J; 2013). El sector salud ha sido uno de los más afectados por los recortes gubernamentales e incluso se ha optado por privatizar una serie de hospitales antes públicos con el correspondiente revuelo originado.

Ha sido necesaria la llegada de una crisis mundial para que tanto la población, como profesionales médicos y Gobiernos tomen conciencia de que el objetivo de prestar un servicio eficiente también es fundamental en un sector como éste. Al fin y al cabo, se trata de un problema microeconómico de base: los recursos físicos y financieros son escasos y limitados. Ya no vale todo a cualquier precio.

Centrándose más en la situación del sistema sanitario en nuestro país, es especialmente relevante el fenómeno de la descentralización de competencias en materia de salud, aprobada por la Ley General de Sanidad en 2002. Las Consejerías de Salud de cada una de las Comunidades Autónomas españolas deberán asegurar un uso eficiente de estos recursos limitados. Dichas Comunidades Autónomas gastan aproximadamente el 92% del gasto sanitario total del país (Lopez, J; 2013).. Esto les hace responsables de la gestión práctica de casi la totalidad de los recursos sanitarios y de las políticas necesarias a aplicar con el fin de asegurar un sistema sostenible económicamente en el medio y largo plazo (Lopez, J; 2013).

La metodología utilizada en este trabajo de investigación es diferente para el marco teórico y para el modelo de análisis. Para el marco teórico destaca el uso de fuentes secundarias de información: una revisión de literatura exhaustiva, especialmente informes anuales publicados por el Ministerio de Sanidad en temas generales como el Sistema Nacional de Salud o comparaciones entre modelos sanitarios de la UE. A estos informes se les suma lectura de capítulos importantes en libros especializados en gestión sanitaria como Villalobos, J (2007) y Temes, J et al (2011).

Para el modelo de análisis se llevó a cabo un enfoque deductivo. El Ministerio de Sanidad, a través de sus publicaciones de datos e indicadores, fue una de las principales fuentes de información. Además, fue necesaria la búsqueda de información numérica en cada una de las cuatro Comunidades

Autónomas estudiadas, a través de las publicaciones de cada una de las Consejerías de Salud. Una vez recopilados todos los datos, se seleccionaron los indicadores más significativos para realizar comparaciones de resultados entre las cuatro regiones estudiadas, la media del Sistema Nacional de Salud y estudiar su evolución en los últimos años.

La literatura sobre gestión sanitaria es abundante, pero no aborda la idea de eficiencia tanto como fuera deseado. Numerosos autores, como Sánchez, Vázquez et al y López, J han llevado a cabo estudios sobre la medición de la eficiencia en las organizaciones sanitarias utilizando complejos modelos econométricos y estudios de frontera. Este trabajo de investigación tratará de simplificar algo las cosas y reflejar las diferencias presentadas en el Sistema Nacional de Salud comparando recursos dotados por el sistema y resultados en sus indicadores de eficiencia.

2.Marco teórico

2.1 Definición de sistema sanitario

Para comenzar a definir qué es un sistema sanitario y sus principales características, es conveniente analizar sus orígenes revisando parte de la historia reciente. Antes del siglo XIX, los Gobiernos no estaban legitimados a la intervención en las libertades individuales (Temes, J et al;2011). La salud se consideraba pues, como un bien más, que debía ser suministrado por la idea, más amplia entonces, de familia.

Como hecho histórico relevante para el desarrollo del sistema de la salud destaca la masiva migración de campesinos a zonas urbanas ya industrializadas a finales del siglo XIX (Temes, J et al;2011). Es entonces, cuando en Europa Occidental, las cooperativas de trabajadores comienzan a exigir a las Administraciones Públicas de cada país su obligación de garantizar una serie de necesidades de salud mínimas (Temes, J et al;2011). Fue en la Alemania del año 1883 cuando surge la primera aproximación a la prestación de un servicio sanitario. En ese año se aprueba en el Parlamento alemán una ley “sobre el seguro de enfermedad de los trabajadores, con la que se creó el primer seguro médico público para los obreros industriales con carácter obligatorio y financiado con las cuotas aportadas por el trabajador y la empresa”(Parcet, M: 2011).

Sin embargo, muchos años antes de esa participación del Estado alemán, ya existían numerosas aseguradoras de trabajadores a nivel privado. El cambio de estas aseguradoras privadas a un sistema de protección social supervisado por el Estado originó la base del ahora denominado Estado de Bienestar (Parcet, M: 2011).

El crack bursátil de 1929 acentuó aún más la necesidad de garantizar la salud mínima de una población que comenzaba a sufrir por aquel entonces

graves momentos de hambruna y pobreza. Esta gran depresión económica debilitaba también las cuentas estatales y los bajos presupuestos impedían avances importantes en el sector de la salud.

Será finalmente en el año 1948, una vez superadas las graves consecuencias de la Segunda Guerra Mundial, cuando el gobierno británico administra y da forma a el primer Servicio Nacional de Salud (NHS según sus siglas en inglés) garantizando por primera vez la cobertura universal (Temes, J et al;2011). Este sistema de cobertura universal sería imitado rápidamente por los principales países de su entorno europeo. Es entonces, cuando a raíz del nacimiento del NHS, se desarrollarán en el resto de Europa y mundo occidental lo que hoy conocemos por sistema sanitario (Temes, J et al;2011).

La **Organización Mundial de la Salud** define sistema sanitario como: la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo directo es la mejora o la protección de la salud. Esta definición limitaría el concepto a un conjunto de aseguradores, proveedores y entidades reguladoras de la actividad sanitaria. Sin embargo, el sector salud engloba mucho más que eso. Incluye también a todas las empresas que pueden prestar un producto o servicio a la industria de manera más indirecta, pudiendo servir como ejemplo las compañías farmacéuticas, las de equipamiento electrónico e incluso las compañías que prestan el servicio de limpieza de un hospital.

2.2 El concepto de eficiencia en los sistemas sanitarios

Esta definición de la OMS antes comentada sugiere un objetivo fundamental en cualquier sistema: la mejora o protección de la salud. Aplicada en el ámbito más puramente económico se podría interpretar como la búsqueda de la eficacia: alcanzar la curación, rehabilitación o mejora del paciente. Multitud de actividades sanitarias tienen esta eficacia probada en el éxito de la mejora de salud del usuario. Otros autores, como López (2013), sugieren que los

indicadores más relevantes y que prueban la existencia o no de eficacia en el sistema son las tasas de mortalidad, la esperanza de vida de la población y el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio recibido.

Sin embargo, parece conveniente incluir otro fin u objetivo para el correcto funcionamiento del sistema que la OMS no especifica: la búsqueda de eficiencia, entendida como el hecho de emplear la menor cantidad posible de recursos para obtener una determinada cantidad de producto (Monchón; 1993).

Mientras que los sistemas de salud de casi todos los países desarrollados han sido capaces de garantizar su eficacia mediante el número de pacientes curados con éxito, más discutible ha sido su éxito en la eficiencia. De hecho, numerosos autores de manuales de gestión sanitaria como Riesgo (2011) aseguran que, en general, las Administraciones Públicas están preparadas para garantizar la eficacia, pero no tanto para la eficiencia. Esto puede explicarse por tres motivos fundamentales: la falta de flexibilidad del gestor sanitario a la hora de tomar las decisiones relevantes, la ausencia de competidores o una demanda incontrolable que se explica por prestar un servicio fundamental a coste cero (Temes, J 2011).

La reciente crisis económica ha remarcando, más aún, la importancia de este concepto. Los recursos financieros con los que cuentan los Gobiernos son escasos también para el sector de la salud y éstos ya no están dispuestos a invertir ilimitadamente en el denominado Estado de Bienestar. Parece que ha sido necesaria la llegada de una crisis económica para concienciar tanto a los profesionales del sector como a la sociedad en general, que la idea de eficacia debe ir acompañada también de la búsqueda de la eficiencia en la gestión de las organizaciones sanitarias.

Pero, ¿cómo es posible medir esa eficiencia en un tema tan controvertido y polémico como éste? Ya en la segunda mitad del siglo XX se intentó ayudar a resolver este importante interrogante. La primera idea importante vio la luz en

Estados Unidos y sugería la necesidad de estandarizar una serie de datos que fueran comunes para todos los centros hospitalarios (Temes, J et al;2011). Nacieron así los CMBD, (conjunto mínimo básico de datos) a finales del siglo XX, que recogían y recogen variables correspondientes al paciente, a la administración clínica o a la hospitalización. Aunque las variables contenidas en estos CMBD no son todas las que podrían desearse, sí ayudan a conocer mejor la eficiencia y calidad de los servicios (Temes, J et al;2011). Se calcula que ya en el año 1997 un total del 92% de las altas del Sistema Nacional Salud español se encontraban codificadas, por sólo un 25% de las altas en centros privados. (Temes, J et al;2011).

El siguiente paso fue agrupar a los pacientes por episodios de hospitalización naciendo de este modo en 1982 lo que ahora se conoce como GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico. “Los GRDs son un sistema de clasificación de pacientes que clasifica a los pacientes hospitalarios en grupos homogéneos en cuanto al consumo de recursos” (Yetano, J; López G, 2010). La necesidad de realizar comparaciones homogéneas en lo relativo al consumo de recursos motivaba así la aparición de los GRDs..

Este concepto fue evolucionando y de él derivan otros importantes para la gestión clínica como los AP-GRD: All Patients-Diagnosis Related Groups que agrupa a todos los pacientes en 25 grandes categorías diagnosticadas (Temes, J; 2011).

La creación tanto de los GRD como de los CMBD hizo posible la clasificación de pacientes en grupos con similares necesidades de cuidados. Se habían creado una serie de datos estandarizados que agrupaban a todos los usuarios del sistema, posibilitando así las comparaciones entre distintos centros e incluso regiones. De esta manera se empezaron a desarrollar, en cada uno de los países, indicadores más concretos para poder estudiar la idea de eficiencia del servicio de cada uno de los GRDs.

Los indicadores más utilizados en el ámbito español y que resume Martínez (2011) son:

- Estancia Media: promedio de días de estancia del total de altas válidas. Este indicador será fundamental en el modelo de análisis de esta investigación debido a su alta representatividad y a ser uno de los más utilizados por las Consejerías de Sanidad españolas.
- EMH: estancia media de un hospital.
- Estancia Media Esperada (EME): Estancia media que tendría el hospital h, si atendiera a los pacientes tratados con la estancia media que presenta en cada uno de los GRDs estándar.
- Índice de la Estancia Media Ajustada (IEMA): Compara para la casuística del hospital, el funcionamiento del hospital con respecto al funcionamiento del estándar. Un índice inferior a 1 significa un funcionamiento más eficiente del hospital respecto al estándar para la misma casuística.

$$IEMA = EMH / EME$$

- Índice de Rotación: número medio de enfermos que son dados de alta por cada cama del hospital.
- Índice de ocupación: porcentaje de camas hospitalarias ocupadas en el centro sanitario.
- Coste medio del GRD por paciente: recoge el coste total invertido en ese GRD dividido por el número de altas contabilizadas. Al igual que la estancia media, este indicador jugará un papel fundamental en nuestro estudio por su importante significado.
- Peso de GRD: nivel de complejidad de los enfermos atendidos por cada GRD. Un mayor peso suele acarrear estancias medias y costes medios por paciente más elevados.

Con todos los datos mínimos recogidos y agrupados los pacientes por diagnóstico, llegaría el momento de la comparación a nivel externo con el fin de mejorar la evaluación y la gestión del servicio. Pero, pese a toda la información existente, las comparaciones internacionales presentan grandes trabas por la falta de consenso a la hora de aplicar las variables o simplemente por motivos culturales (Temes, J et al;2011). Un informe de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social coincide en algunos de los argumentos de Temes y explica que las principales diferencias que han ido apareciendo se deben a: diferencias en la estructura de los sistemas, diferencias en el coste de los tratamientos, diferencias relativas en la privacidad de la información o simples estilos de vida particulares de pacientes atendidos.

Se puede afirmar, por tanto, que existen los medios necesarios para el análisis comparativo (Temes, J et al;2011). Aprovecharlos o no será responsabilidad de cada una de las organizaciones o sociedades, normalmente reacias a facilitar toda la información que fuera necesaria. Más adelante en este proyecto de investigación se tratará de evaluar la eficiencia del sistema sanitario público de distintas Comunidades Autónomas españolas con el mayor número posible de las variables relevantes antes recogidas, para poder llegar a extraer conclusiones o evaluar las diferencias de calidad en el servicio de cada caso.

2.3. Estructura general de los sistemas sanitarios

Para continuar con el análisis de un sistema sanitario, conviene destacar las principales características que definen este sistema y del que se pueden derivar también sus funciones. Estas características, también definidas por la **OMS**, son:

- **Gobernanza:** se entiende la gobernanza como la forma de planificar el sistema. Es decir, el modo en el que se organizan los recursos de los

que se dispone y qué criterios se utilizan para distribuir el valor añadido generado. Explica también las acciones políticas tomadas por los Gobiernos para tratar de alcanzar sus fines (Temes, J et al;2011). La gobernanza de la mayoría de los sistemas sanitarios actuales es pública, si bien es muy variable el grado y la intensidad con la que se ejerce por parte de los Estados (Riesgo, I. 2007).

- **Financiación:** es la variable clásica utilizada para la clasificación de los sistemas de salud. A lo largo de la historia reciente se han desarrollado tres formas diferentes de financiación del sistema y éstas han generado tres modelos sanitarios distintos, véase: modelo liberal, modelo socialista y modelo mixto (Temes, J et al;2011).

El **modelo liberal** también llamado modelo de libre mercado, es el modelo que impera en los Estados Unidos. La característica fundamental es considerar a la salud como un bien de consumo, que no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud (Cabo, J;). Por una parte, el Estado realiza una contribución a la asistencia sanitaria, invirtiendo prácticamente todo en atender a grupos desfavorecidos sin recursos, mientras que las clases medias y altas pagan íntegramente sus asistencias, mediante el pago directo o a través de compañías aseguradoras privadas. (Cabo, J;).

Por otra parte, el **modelo socialista** propone todo lo contrario: la financiación del sector salud debe proceder íntegramente de los presupuestos de cada país. Los servicios que éstos presten deberán garantizar una cobertura universal y gratuita acompañada de una amplia gama de prestaciones (Temes, J et al;2011). Este modelo es incompatible con cualquier estructura sanitaria de tipo privado o de seguros, por lo que se encuentra prácticamente desaparecido a excepción de Cuba y Corea del Norte (Cabo, J).

Y, por último, el **modelo mixto** que combinará en su gestión a la participación del Sector Público y el privado. Este modelo mixto tiene dos vertientes: el modelo Bismarck y el Beverdige.

El primero de ellos, de origen más antiguo, se basa en la obtención de fondos para la prestación del servicio sanitario a través de una serie de cotizaciones sociales obligatorias a cada trabajador. Eran entidades privadas las encargadas de administrar el servicio, siempre bajo la tutela estatal (Cabo, J.). En principio este modelo garantiza la asistencia sólo a los trabajadores que pagan el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no cotizan (Cabo, J.).

El otro exponente del modelo mixto de financiación viene definido por el modelo Beverdige: los fondos provienen, en su mayoría, vía impuestos y presupuestos estatales. Será el Estado el encargado de planificar y gestionar la gestión del servicio (Vinuesa, M; 2013). A diferencia del modelo socialista, la existencia de aseguradoras privadas no es incompatible en la gestión. La cobertura del sistema destaca por su universalidad y gratuidad (Cabo, J.). Este último modelo fue el principio de los ahora conocidos como Sistema Nacional de Salud en España y cuyo máximo exponente fue el antes comentado Nathional Care System (NHS) británico de 1948.

- **Provisión del servicio:** constituye la oferta del servicio sanitario y distinguirá qué ofrecer, a quién, cómo, cuándo y dónde. La entidad que ofrece dicho servicio puede tener origen público o privado. Es especialmente relevante, por tanto, distinguir entre los conceptos de financiación y provisión. Con frecuencia y más en estos días se escucha en los medios de comunicación el debate sobre la privatización de la salud. Afirmaciones de este tipo pueden resultar algo imprecisas. En todo caso, lo que se privatizaría sería la provisión ya que tanto España como modelos afines al sistema mixto continuarían dotando parte de su gasto al sistema sanitario. Lo que se haría realmente se

asemeja a una subcontratación de la provisión, pero siempre con fondos públicos.

- **Combinación financiación- provisión:** el combinar los conceptos de financiación y provisión según su naturaleza pública o privada origina cuatro alternativas posibles. Las combinaciones posibles son explicadas por Riesgo (2007):

1. Provisión privada y financiación privada: correspondiente con el modelo liberal estadounidense.
2. Provisión privada y financiación pública: el sector público delega la prestación del servicio a entidades privadas con personalidad jurídica propia.
3. Provisión pública y financiación privada: no es frecuente en el mercado actual.
4. Provisión pública y financiación pública: el Sector Público es el encargado de planificar, gestionar y provisionar todo lo relativo a la atención sanitaria del país través de instituciones e infraestructuras propias. Esta combinación junto a la financiación pública y provisión privada son las más comunes en los países industrializados.

- **Capital humano:** importancia de los recursos humanos en el sistema. El usuario o beneficiario es aquel a quién se le destinan las correspondientes acciones sanitarias. El usuario tiene, desde la última década un papel más relevante y exigirá una atención más personalizada (Riesgo, I;2011). El médico o responsable de la salud es el centro del sistema y tiene siempre la última palabra a la hora de decidir, independientemente del modelo de financiación del sistema. Un indicador clave para contrastar el peso del capital humano en cada país y utilizado muy frecuentemente es el número de médicos por cada mil habitantes (Riesgo, I;2011).

Forman parte también del capital humano del sector el conjunto de trabajadores relacionados de una manera más directa o menos con la prestación del servicio ya sean, por ejemplo: enfermeras, auxiliares o personas encargadas de la limpieza. La mano de obra juega un papel fundamental ya que en aquellos países que siguen un modelo de financiación socialista o mixto, el gasto en personal será la partida más cuantiosa de todo el gasto en salud del país (Riesgo, I. 2007).

- **Recursos materiales:** son recursos materiales aquellos que se refieren al inventario de activos productivos no-humanos incluyendo hospitales, vehículos y equipo (Hernández, M; 2002). Uno de los indicadores más utilizados para medir la importancia de estos recursos materiales es el del número de camas por habitantes.
- **Equidad:** la idea de equidad va estrechamente ligada al concepto de cobertura universal. En el ámbito sanitario este concepto se basa en la igualdad de trato y accesibilidad de los servicios, y en la igualdad de los rendimientos de estos servicios, expresados en datos demostrables (Temes, J et al;2011).

Se entiende por esta definición de equidad que va más allá de una común cobertura universal, es un reconocimiento para todos los usuarios del sistema de los mismos derechos, independientemente de la raza, sexo o religión. Se tratará de investigar más adelante si este concepto de equidad e igualdad en los servicios recibidos es incompatible con el modelo sanitario español: caracterizado por la descentralización y autonomía propia según cada comunidad.

- **Regulación:** será responsabilidad de la Administración Pública de cada país, independientemente del origen de los fondos económicos asegurar el cumplimiento de toda la ley que pueda afectar al sistema sanitario (Temes, J et al;2011).

Para tratar de cerrar este primer análisis de un sistema sanitario general, se ha creído conveniente hacer una breve descripción de la situación de los sistemas sanitarios en países relevantes del entorno español, comentando las variables anteriormente descritas. Se escogerán para este breve análisis un país para cada modelo de financiación descrito, a excepción del modelo mixto, que se ejemplificara con dos países: Reino Unido y Alemania. Para abordar el modelo liberal se escogerá a su máximo exponente, Estados Unidos, y para explicar el casi desaparecido modelo socialista se analizará el caso de la sanidad en Cuba.

2.4. Modelos sanitarios relevantes a nivel mundial

2.4.1. Reino Unido

Como se ha comentado anteriormente, el modelo británico National Health System (NHS) es el primer claro ejemplo de sistema sanitario con cobertura universal y ha servido de fuente de inspiración e imitación para muchos países europeos.

Este sistema nace en 1948 y actualmente cuenta con una plantilla de trabajadores cercana al millón de personas y un total de 800 hospitales públicos (Vinuesa, M; 2013). El NHS responde a un ochenta y cinco por ciento del gasto en sanidad británica. El resto del gasto en salud corresponde a aseguradoras privadas dirigidas. Con datos del año 2013 y según un informe del Ministerio de Sanidad Español, los datos en capital humano y recursos materiales fueron de: 2,8 médicos por cada 1.000 habitantes y 2,9 camas de hospital por 1.000 habitantes.

El modelo de financiación de ese primer ochenta y cinco por ciento es público. El sistema se sostiene entonces por la obtención de fondos vía

impuestos y presupuestos del estado. Seguirá por tanto, dentro del modelo de financiación mixto el descrito por Beveridge (Cabo, J;2007). Además, la gestión del servicio es directa: será responsable de garantizarlo el gobierno británico a través de infraestructuras propias, aunque habitualmente delega la responsabilidad de compra a nivel local mediante una especie de consorcios públicos. El gasto sanitario total representó en 2013 un 9,4% del PIB (Vinuesa, M; 2013).

Desde la primera propuesta de 1948, este sistema ha tratado de suplir sus principales carencias con una serie de reformas. A partir de estas reformas se han asegurado una mejor información para el paciente, mayor número de hospitales y camas, médicos y enfermeras. Con todo este proceso de renovación y mejora el sistema sanitario inglés se ha convertido en uno de los más eficaces del mundo, según the “Commonweath Fund”. En este estudio de 2011 se encuestó a habitantes de once países de ingresos altos sobre la capacitación del sistema sanitario de su país para tratar enfermedades graves. Fueron indicadores relevantes la accesibilidad al sistema, la equidad o el gasto público en el sector.

2.4.2 Alemania

Como se ha dicho anteriormente, Alemania fue el primer país en ofrecer por parte de su Estado un seguro médico público. Hoy en día, se cree que el sistema sanitario alemán es uno de los mejores del mundo por su cobertura universal (Temes Montes, 2011). A 2013, obteniendo los datos también de un informe del Ministerio de Sanidad, los resultados de los indicadores de recursos materiales y capital humano fueron: 3,8 médicos por cada 1.000 habitantes y 8,2 camas de hospital por 1.000 habitantes. El dato registrado de las camas es el más alto de la UE-28 (Vinuesa, M; 2013). El gasto sanitario total representó en 2013 un 11,3 % del PIB (Vinuesa, M; 2013).

En cuanto a su financiación, el sistema de salud alemán dista de ser sencillo. Para empezar, en Alemania distinguimos claramente entre el seguro de enfermedad público, del que formaran parte el 88% de la población germana y un seguro de enfermedad privado integrado por el 12% restante (Parcet, M:2011). Se analizarán primero las características del seguro de enfermedad público. Dicho seguro garantiza una cobertura universal familiar incluyendo unas determinadas prestaciones básicas tales como chequeos, vacunas, tratamiento médico ambulatorio y hospitalario y demás.

En lo relativo a su planificación, el Estado delega en las principales partes implicadas: las entidades aseguradoras y los proveedores, que son los encargados de organizar y administrar el sistema de forma conjunta (gestión autónoma conjunta) mediante convenios (Parcet, M: 2011). Se ve por tanto que la provisión del sistema será privada, independientemente del tipo de seguro del que se trate.

Por otra parte, la financiación de este sistema es mixto. Entre sus partidas destacan: las cotizaciones ingresadas por parte del trabajador y la empresa en la que trabaja, las subvenciones del estado que tienen su origen en la capacidad coercitiva del Estado, utilizando como herramienta recaudatoria los impuestos. Seguirá por tanto, a diferencia del modelo inglés, el modelo de financiación mixto explicado por Bismark (Cabo, J:2007).

Una vez explicadas las principales características del seguro de enfermedad público alemán, es momento de centrarse en su alternativa: el seguro de enfermedad privado. Optarán por este seguro de manera voluntaria aquellos exentos de formar parte del seguro público, siendo muy frecuentes los trabajadores que superan el tope de salario bruto anual definido en el seguro público.

La planificación y provisión en este caso será exclusivamente privada: cada entidad aseguradora decidirá como asignar sus recursos y distribuir sus servicios (Cabo, J: 2007). La financiación es algo más compleja, pero también será exclusivamente privada pues el origen de sus fondos será exclusivo a las

cuotas de cada trabajador, calculada en función de su riesgo de contraer una enfermedad (Cabo, J: 2007). La complejidad reside entonces en qué variables utilizar para el cálculo de esa cuota de contraer una posible enfermedad. Entre las más comunes encontramos la edad, el estado de salud o el sexo.

2.4.3. Estados Unidos

Resulta imprescindible en un estudio del sector salud explicar, aunque sea de forma breve, el modelo que supone la gran excepción de todos los países industrializados: el modelo sanitario liberal de los Estados Unidos. Será, por tanto, uno de los pocos países desarrollados en el mundo que no asegura un servicio sanitario gratuito.

La primera gran característica del sistema que difiere de todos los sistemas sanitarios de países desarrollados es la falta de cobertura universal. Se calcula que 47 millones de habitantes de los 306 millones de estadounidenses carecen de seguro médico (Armando, L, 2012) a excepción de dos colectivos: las personas de la tercera edad y a familias que se sitúan bajo el umbral de la pobreza. Ambos disfrutarán de un servicio sanitario por el cual el Gobierno les garantiza de una serie de prestaciones básicas: el MediCare y Medicaid respectivamente. La provisión del sistema para el resto de colectivos es responsabilidad de una compañía privada de seguridad social (Armando, L, 2012). El creciente coste de tales seguros ha supuesto que empresas importantes que antes aseguraban a sus trabajadores dejen de hacerlo para así reducir parte de sus costes. Si el trabajador americano decide acceder al seguro de manera individual, pagaría un 60 % más que si su empresa le asegurase (Armando, L 2012). Todo esto se traduce en un aumento de estadounidenses sin seguro sanitario.

En el país, el derecho a la atención sanitaria no se considera un derecho humano básico sino que se somete a las leyes del libre mercado y a las reformas de los distintos políticos (Torres R., 2002). Entonces, parecería

evidente, con lo explicado anteriormente, que el Gobierno americano es uno de los que menos gasta en salud, pero nada más lejos de la realidad. De hecho, el sistema sanitario estadounidense es altamente contradictorio.

Respecto al porcentaje de gasto en salud respecto al PIB del país Estados Unidos ocupa la primera posición, llegando a suponer el gasto en salud un 17% del PIB del país en el periodo 2009-2013 según datos del Banco Mundial. Con este elevado porcentaje de gasto, los indicadores de recursos humanos en 2007 distan bastante de ser óptimos ocupando el puesto número 44 en médicos por persona y el 50 en camas hospitalarias por persona, según datos del Banco Mundial.

Resulta especialmente llamativo que pese a ser el país que más invierte, sea incapaz de garantizar una cobertura universal. Ya por el año 2000 la Organización Mundial de la Salud elaboró un ranking de los mejores sistemas sanitarios basándose en variables tales como: la esperanza de vida ajustada, esperanza de vida de niños que alcanzan la edad de cinco años, disparidades de grupos sociales o mortalidad infantil. Estados Unidos obtuvo el puesto número quince entre los principales veinticinco países industrializados del mundo y el número treinta y siete de los ciento noventa países del mundo.

El hecho de que la principal potencia mundial sea incapaz de garantizar a sus ciudadanos unas condiciones de vida dignas y saludables ha llevado a los diferentes gobernantes del país a proponer diversas reformas a lo largo de la historia. El antagonismo entre demócratas y republicanos para con las reformas de sus contrarios ha contribuido a crear un ambiente hostil para la mayoría de las propuestas (Torres, R, 2002), mirando más por el interés del partido que por el propio sistema de salud.

La última y más relevante ha sido la Reforma Obama. Tras varios meses de polémica y negociaciones, ésta se aprobó en marzo de 2010. En dicho año se sientan las bases principales que deberían llevar a una mejora de la eficiencia y cobertura, además de una reducción del gasto. Los principales objetivos de esta reforma se resumen a continuación:

- Ampliación de la cobertura universal: aumenta el número de beneficiarios del Medicaid, ciudadanos por debajo del umbral de la pobreza (Armando, L 2012). Además se añade la prohibición de rechazar a individuos con condiciones médicas pre- existentes o de cobrar primas más caras secundarias a condiciones médicas (Ganduglia, G, 2010).
- Obligación a contratar un seguro: los que no lo hagan se verán obligados a pagar un impuesto del 2,5% de sus ingresos. A esta obligación se le añade la creación de un plan de seguro público que otorgará subsidios a los ciudadanos para hacer más factible su pago (Armando, L 2012).
- Las empresas, anteriormente no obligadas, deberán facilitar la cobertura de salud a sus empleados pagando un porcentaje elevado del seguro. A esto se le añadirá la creación de nuevos impuestos para los ciudadanos que ganen más de 200.000 dólares al año (Gandaglia, G, 2010).

Después de cuatro años de la aprobación de la reforma, el propio presidente ha reconocido errores en ella. Las compañías de seguros privados cancelaron todas las pólizas que no se ajustaban a la nueva normativa del presidente dejando a miles de estadounidenses sin seguro médico (Barón, A 2013). Esto sumado, al colapso de la web que pretendía vender seguros médicos más accesibles debilitaron la imagen del presidente, hasta el punto de reconocer que merecía las duras críticas de la oposición. El gasto público en salud ha seguido creciendo durante estos años de aplicación de la reforma por el aumento de beneficiarios del Medicaid, mientras que el número de afiliados a las pólizas de seguro obligatorio ha caído.

2.4.4.Cuba

Para terminar con el análisis de los principales modelos sanitarios según su forma de financiación se comentará el caso del país de Cuba, frecuentemente catalogado por instituciones como la OMS como uno de los más justos en cuanto a sus prestaciones sanitarias.

El sistema destaca por financiarse íntegramente a través de los presupuestos estatales (De los Santos, S, 2004), con un aumento correspondiente en el peso de gasto del PIB en los últimos años. Sin embargo, el dato de gasto en salud respecto al PIB en el año 2012 se situó en 8,6%, según datos del Banco Mundial, cifra notablemente inferior a la obtenida en los otros tres países.

La provisión del servicio la presta el Sistema Nacional de Salud en su totalidad, siendo el único país donde no existe ninguna aseguradora privada. La cobertura del servicio alcanzará, por tanto, al cien por cien de la población cubana (De los Santos, S, 2004). La regulación del sistema le corresponde al MINSAP, Ministerio de Salud Pública, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente y actuando como mecanismo de coordinación y control (Domínguez- Alonso, E, 2011).

A fecha de 2009, el sistema contaba con 6,7 médicos por cada mil habitantes, aumentando considerablemente respecto a la cifra de 1999. El número de camas por cada mil habitantes es de 5,9 cifra muy superior a la recomendada por el OMS (Domínguez- Alonso, E, 2011). Este peso de los recursos humanos y materiales del sistema es claramente superior a los países que se han comentado anteriormente, a excepción del número de camas por mil habitantes en Alemania.

Estos datos positivos permitirían afirmar que debido a: un gasto no excesivo (27 veces menor que el estadounidense por persona), a la garantía del de cobertura universal y a la gratuidad del servicio el sistema cubano sería

el más justo y eficiente de los estudiados. Sin embargo, la aplicación práctica de este modelo no siempre es fácil. De hecho, en un estudio del año 2003, los usuarios cubanos se mostraban insatisfechos con las condiciones de las instalaciones, los recursos necesarios para la atención, el excesivo tiempo de espera o el mal trato por parte de los profesionales de la salud (Domínguez-Alonso, E. 2011).

El régimen político del país dificulta la obtención de datos e información por lo que no ha sido fácil encontrar críticas locales al modelo cubano. Sí se han encontrado reproches al sistema en periodistas y expertos de países europeos que claman que la propaganda emitida desde las autoridades no casa con las deficitarias instalaciones y escasez de recursos y con altos episodios de corrupción en el sistema

2.4. Sistema Sanitario Español

Ya completada una pequeña comparación entre distintos modelos sanitarios según la fuente de financiación del sistema, es momento de elaborar una descripción más detallada y específica del Sistema Sanitario español según sus componentes y particularidades.

- **Origen:** A principios del siglo XX se funda el que podemos considerar germen del Sistema Sanitario Español actual, el Instituto Nacional de Provisión (INP). Este organismo junto con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, serían los encargados de asegurar las prestaciones sanitarias a la población española da lo largo de la mayor parte del siglo XX. Durante esa época la prestación del servicio llegó a alcanzar mínimos del 20% de cobertura en 1942. (García, S; Abadía, B et al, 2010). Sin embargo, el fin del régimen franquista y la elaboración de la Constitución Española de 1978 fueron propicios para establecer las

bases del sistema. En dicha Constitución se plasma el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, concretamente en el artículo 43.1. y la responsabilidad de los poderes políticos de garantizar ese derecho, recogido en el artículo 43.2. En 1986, la Ley General de Sanidad, define finalmente la creación del hoy conocido como Sistema Nacional de Salud (Temes, J et al 2011). Esta ley recogía los principios fundamentales de: cobertura universal, financiación pública a través de impuestos y la transferencia de competencias a las comunidades autónomas.

- **Estructura organizativa:** el SNS destaca a nivel mundial por la complejidad de su estructura. Desde la creación del INSALUD en 1978, que gestionó la red de la Seguridad Social, hasta el año 2002 se produjo una transferencia gradual de competencias desde el gobierno central a los gobiernos regionales (García, S; Abadía, B et al; 2011).

Las primeras comunidades autónomas en obtener el traspaso de responsabilidades fueron, por este orden, Cataluña, Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana, Navarra y las Islas Canarias. Las otras diez comunidades autónomas permanecieron bajo el control directo del gobierno central hasta que en 2002 se terminó por ceder la competencia de los asuntos de la salud (García, S; Abadía, B et al; 2011). Esta descentralización es el principal rasgo distintivo que hace que el SNS sea único en el mundo.

Pese a ceder la totalidad de las competencias, el Estado tiene facultades de dirección en lo básico y coordina el sistema. Por su parte, las corporaciones locales son responsables de la higiene del medio ambiente (Temes, J et al 2011). Las competencias según la Administración Central, Autonómica o Local se podrían resumir en la siguiente tabla:

Tabla I: Reparto competencias SNS	
Gobierno Central	<ul style="list-style-type: none"> - Legislación básica y coordinación SNS - Asuntos sanitarios internacionales - Política farmacéutica
Comunidades Autónomas	<ul style="list-style-type: none"> - Legislación sanitaria autonómica - Aseguramiento - Planificación de servicios sanitarios - Gestión y prestación del servicio
Autoridades locales	<ul style="list-style-type: none"> - Saneamiento - Colaboración en la prestación de servicios sanitarios y gestión directa de servicios de salud pública

Fuente: *elaboración propia*

La descentralización puede tener aspectos positivos y negativos para el SNS: positivos en tanto en cuanto se ha constituido un SNS con centros más cercanos a la población, con excelentes infraestructuras y con alta tecnología que son envidia de muchos médicos y gestores de nuestro entorno europeo. Sin embargo, se pueden apreciar también tecnologías infrautilizadas, duplicidades o altos costes de gestión (Para, I;2011)

- **Financiación:** Según datos del Banco Mundial, el gasto en salud sobre el gasto en el PIB del país asciende a un 9,4% en el año 2011. La mayor parte del gasto sanitario (71%) se paga con fondos públicos (recaudados principalmente a través de los impuestos); el porcentaje del gasto que corresponde a los seguros privados asciende al 5,5% y los gastos sufragados directamente por los ciudadanos han registrado un ligero descenso hasta alcanzar el actual 22,4%, según datos del

Ministerio de Sanidad del año 2010. La descentralización del sistema también se plasma en la financiación administrando el 89,81% de los recursos sanitarios públicos las CCAA, mientras que la administración central gasta el 3% de los mismos y las autoridades locales únicamente gestionan el 1,25% del gasto total (García, S; 2010).

- **Provisión:** la prestación del servicio puede llevarla a cabo la propia Administración, aunque sea con una personalidad jurídica interpuesta. Esta forma de dotar el servicio se denomina gestión directa (Martín, J;2013).

Las formas de gestión directas más comunes, aparte de la provisión por parte del servicio general de salud a través: los consorcios o las fundaciones públicas. Se denomina consorcio a una entidad con personalidad jurídica y capital propio creada por una administración pública y que se caracteriza por una mayor flexibilidad al quedar dotado bajo los principios el Derecho Privado (Martín, J;2013). Las fundaciones públicas son entidades con personalidad jurídica propia gestionadas por un consejo supervisado por las autoridades sanitarias (García, S; 2010).

Por otra parte, la gestión indirecta se caracteriza en que la provisión del servicio público la lleva a cabo el sector privado bajo diferentes modalidades de contratación. Es muy común en determinadas actividades como la limpieza, el mantenimiento o la seguridad. Sin embargo, la externalización de los servicios sanitarios históricamente no ha tenido mucha aceptación en nuestro país excepto en el caso de Cataluña (Martín, J;2013). De hecho, datos publicados en un informe del Ministerio de Sanidad del Catálogo de Hospitales en España, de los 211 hospitales registrados en Cataluña, únicamente 11 son hospitales del SNS y 95 son hospitales privados no benéficos. En el resto de España, el número de hospitales privados no benéficos también ha ido aumentando considerablemente según datos de este informe.

- **Niveles de asistencia:** se distinguen dos niveles fundamentales: la atención primaria y la atención especializada. La primera de ellas pone a disposición de la población una serie de servicios básicos incluyendo actividades preventivas, la educación para la salud, la atención familiar y la atención comunitaria. El servicio se presta en los conocidos como Centros de Salud o en los domicilios del paciente si fuera necesario (Esteban, S; 2010). La atención especializada, por su parte comprende actividades más complejas: diagnósticas, terapéuticas o de rehabilitación; además de la prevención de enfermedades y educación sanitaria (Esteban, S;2010) que se prestarán es hospitales o centros de urgencias.
- **Recursos materiales y humanos:** Para hablar de los dos indicadores utilizados para definir este área durante todo el documento, es preciso hacer una distinción en el caso del SNS, según se trate de atención primaria o atención especializada.

Para la atención primaria, con datos de fecha de 2011 publicados por el Ministerio de Sanidad y considerando sólo la atención exclusivamente pública, el SNS aprovisionó un total de 0,76 médicos por cada 1000 habitantes.

Respecto a la atención especializada, en España a 31 de diciembre de 2011 y de nuevo obteniendo los datos del Informe Anual elaborado por el Ministerio de Sanidad y considerando tanto hospitales públicos como concertados o privados, en el país se contabilizaron un total de 790 hospitales (siendo el 44,1% de ellos de gestión pública y el resto de gestión privada o indirecta) y 162.603 camas. De este modo los indicadores resultantes son: 1,8 hospitales y 352,5 camas por cada 100 000 habitantes ambos (Esteban, S; 2012). Por último, el número de médicos dedicados a la atención especializada y que trabajasen para el SNS en 2011 ascendió a unos 79.000 médicos, que se traduce en 17,2

médicos por cada 10 000 habitantes (Esteban, S; 2012).

- **Cobertura:** universal, o mejor dicho, cuasi universal pues se calcula que casi el 99% de la población tiene acceso al sistema (Riesgo, I, 2011). Tendrán derecho a disfrutar del sistema todos los españoles, los ciudadanos de un Estado miembro de la Unión Europea según los criterios del Derecho comunitario y los nacionales de Estados no miembros de la Unión que tengan los derechos que les reconozcan los convenios suscritos (Esteban, S, 2010). Aparte del servicio público, se calcula que un 12% de la población española cuenta con seguros de cobertura privada pudiendo ser esta atención complementaria, sustitutiva o alternativa a la prestación pública (Riesgo, I, 2011).

La atención del servicio por parte del SNS es, en su totalidad, gratuita a excepción de las prestaciones farmacéuticas para personas menores de 65 años que deberán abonar un pago con una participación del 40% sobre el precio de venta estimado por cada medicamento. Respecto a qué tipo de prestaciones cubre el sistema, éstas se fijan en 1995 mediante un Real Decreto. El objetivo de esta norma no era encuadrar un paquete de servicios mínimos, sino consolidar todos los servicios existentes como básicos para ampliar la cartera de prestaciones. Quedarían excluidas de esta atención primaria la atención dental para adultos (prótesis dentales, limpiezas y ortodoncias) y parcialmente la asistencia socio sanitaria (García, S; 2010)

3. Modelo de análisis

3.1. Metodología utilizada

Una vez aboradas las cuestiones más relevantes de un sistema sanitario y comentadas las particularidades del SNS resultaría interesante realizar una evaluación y comparación de la eficiencia del sistema en cuatro comunidades autónomas. El SNS destaca como ya se ha dicho anteriormente por su descentralización en las competencias. Esta descentralización plantea dudas en cuanto a la equidad y justicia del servicio. ¿Es correcto afirmar que los ciudadanos españoles reciben una atención sanitaria equiparable dependiendo de la comunidad autonómica en la que se encuentren, ya sea en términos de calidad del servicio o mismamente en la estructura de sus componentes, o existen disparidades en el servicio debido a la descentralización?

Especialmente llamativo resulta el caso de la sanidad catalana, que se diferencia del resto del país en un alto grado de privatización a la hora de llevar a cabo la provisión del servicio, pues el setenta por ciento de las organizaciones sanitarias son entes privados. Esto es sólo un claro ejemplo de las diferencias que se puede encontrar un ciudadano español dependiendo de la comunidad autónoma en la que se encuentre en caso de necesitar de atención sanitaria.

Con el modelo de análisis se tratará de identificar las diferencias más notorias y relevantes entre los recursos físicos, humanos y financieros y también las disparidades que pueden presentar algunos indicadores de eficiencia a la hora de llevar a cabo la provisión del servicio. Es de vital importancia distinguir entonces, el proveedor del servicio. No tendría sentido establecer comparaciones entre los resultados obtenidos en centros públicos con los resultados obtenidos por parte de un hospital privado.

De este modo, se llevará un estudio con indicadores básicos de estructura acompañados de la evaluación de la eficiencia de los hospitales públicos del

SNS en el tratamiento de los 15 GRDs más con mayor número de altas hospitalarias por cada comunidad,. El motivo de utilizar estos GRDs no es otro que la opción de poder comparar la gestión en patologías que requieren el mismo tipo de atención médica. Se recogerán datos de 15 de los procesos más comunes a nivel nacional que se han clasificando cruzando los datos obtenidos en cada uno de los informes autonómicos. Comparar indicadores finales de eficiencia entre Comunidades Autónomas puede resultar tramposo, porque, por ejemplo, la Comunidad de Madrid o Cataluña suelen atender a pacientes de todo el país con enfermedades más complejas y que generan un mayor coste.

Un estudio del Ministerio de Sanidad del año 2010 sobre la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud demostró que los 25 GRDs con mayor número de altas supusieron aproximadamente un 33% del total de casos atendidos, mientras que un único 23% del coste global. Esto se debe a que generalmente no son sucesos que requieran una entrada en el quirófano, por lo que se trata de procesos con costes inferiores al coste medio.

Los indicadores estructurales escogidos han sido: el número de camas por 1000 habitantes, el número de médicos de atención primaria por 1000 habitantes, el gasto sanitario por habitante protegido y el grado de satisfacción del usuario con el sistema. Estos cuadro indicadores representan tanto recursos materiales como físicos y financieros del SNS.

La elección de cada una de las Comunidades Autónomas del estudio se puede explicar por las particularidades de cada sistema: ya se ha hablado de la sanidad catalana, también se evaluará el sistema madrileño por ser la capital española y por el gran número de usuarios que recibe. Además, para completar el estudio, se incluirán también por el gran número de habitantes e importancia dentro del país Andalucía y el País Vasco. De este modo, se podrán observar distintos sistemas más en profundidad cada uno respondiendo a un régimen político diferente según la Comunidad Autónoma.

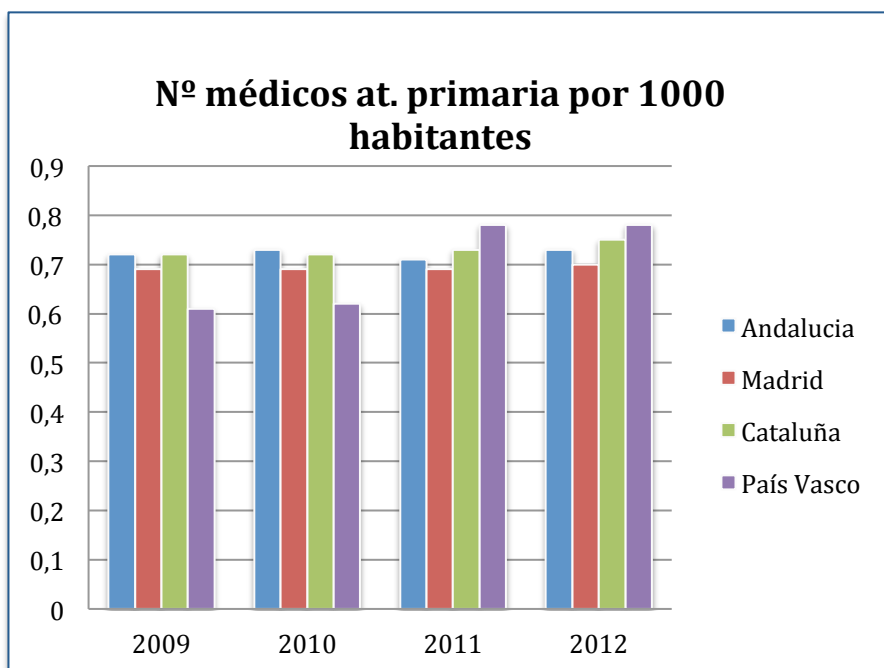
Los datos de los principales indicadores de eficiencia se han obtenido del Ministerio de Sanidad y de cada una de las Consejerías de Sanidad de las

cuatro Comunidades Autónomas.

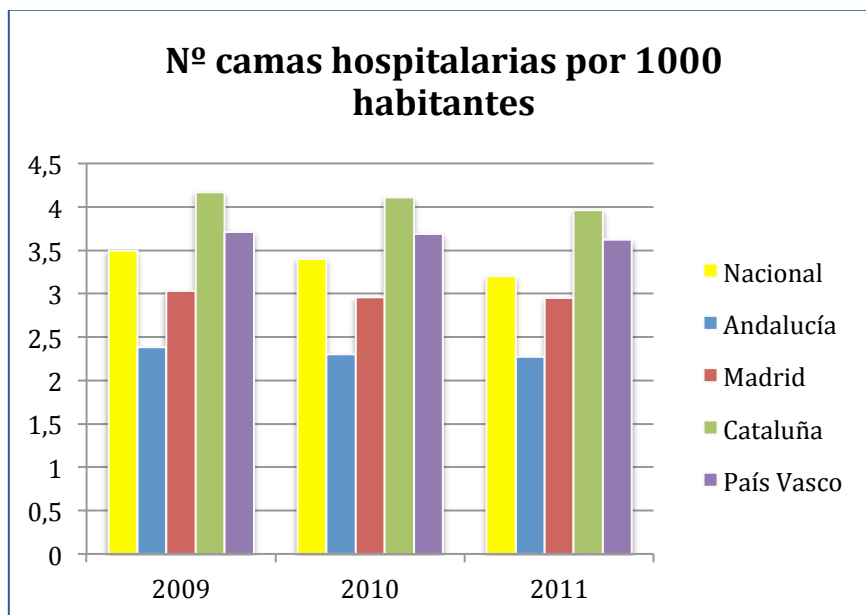
Es importante distinguir que los datos obtenidos corresponden a los resultados registrados en todos los hospitales que son propiedad del Sistema Nacional de Salud de cada una de las regiones. La única excepción fue Cataluña. Encontrar indicadores de grupos relacionados en el diagnóstico de todos los hospitales autonómicos en esta Comunidad Autónoma no fue posible. Se optó entonces por recoger los resultados de un estudio realizado por el Departamento de Salud de la Generalitat en el Parque de Salud de Mar (Barcelona), un proveedor de la red hospitalaria pública con más de 900 camas, 3000 médicos y que atendió unos 700 000 episodios asistenciales (Sabaté, J; 2010).

3.2. Resultados del modelo de análisis

En las siguientes gráficas se presentarán los datos obtenidos en los indicadores estructurales antes comentados y elaborados a partir de los datos obtenidos en las tablas I,II, III y IV adjuntas en el Anexo.

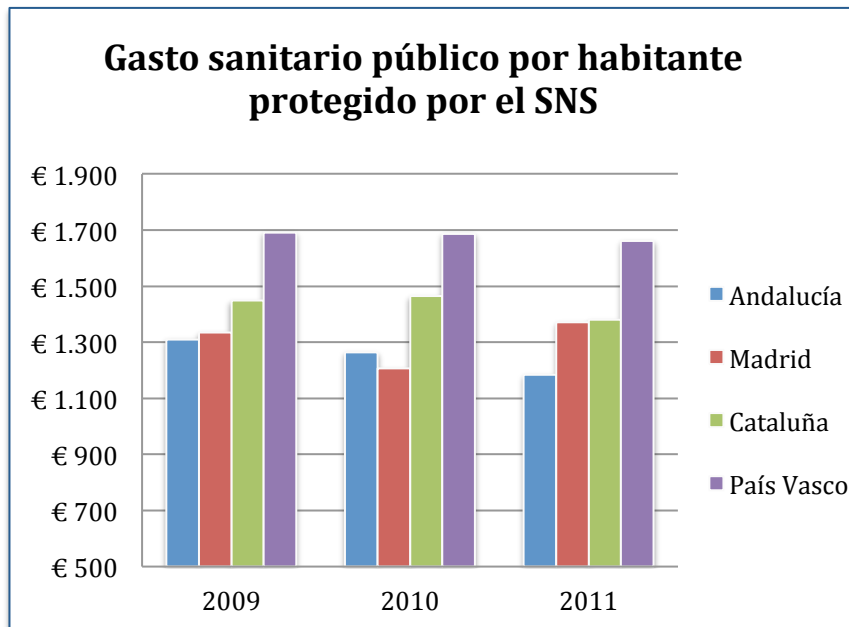


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

A partir de la elaboración de estas gráficas podemos observar claras diferencias en la dotación de recursos humanos y físicos entre las cuatro regiones estudiadas. Aunque se podría afirmar que las diferencias entre el número de médicos de atención primaria por mil habitantes no son especialmente relevantes ni varían de manera significativa, si resulta notoria la diferencia entre el número de camas hospitalarias. El hecho de que en Cataluña y el País Vasco el número de camas hospitalarias por 1000 habitantes casi doble el dato obtenido en Andalucía es una de las muestras de las diferencias que se pueden encontrar en las estructuras de los Sistemas de Salud de las Comunidades Autónomas. De hecho, Andalucía es, con diferencia, la región que cuenta con menos camas hospitalarias por habitante en todo el país.

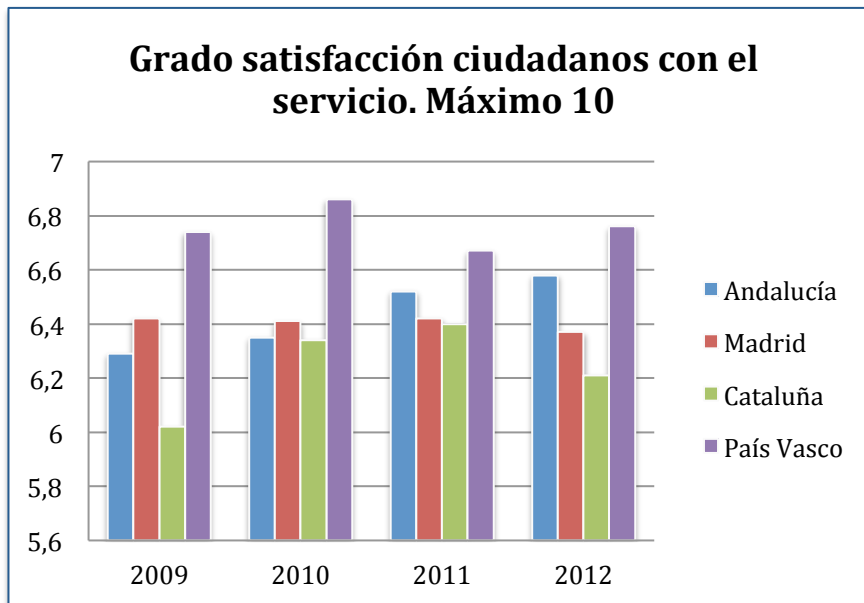


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Como puede parecer lógico, País Vasco y Cataluña que presentan mayor número de médicos y camas por mil habitantes, también presentan el mayor gasto en salud por habitante protegido, especialmente el País Vasco. En 2011, el gasto sanitario por habitante vasco ascendió a 1.661 euros, mientras que el andaluz se situó en 1.184 euros, una diferencia de casi 600 euros por habitante, una cantidad cuanto menos significativa.

Por otra parte, resulta de especial mención el caso del Sistema Sanitario Catalán. El gasto sanitario por habitante es similar al de la Comunidad de Madrid en 2011, y ha sido capaz de dotar de más camas y médicos a su sistema que el madrileño, dos aspectos que pueden influir considerablemente en el gasto en salud del territorio.

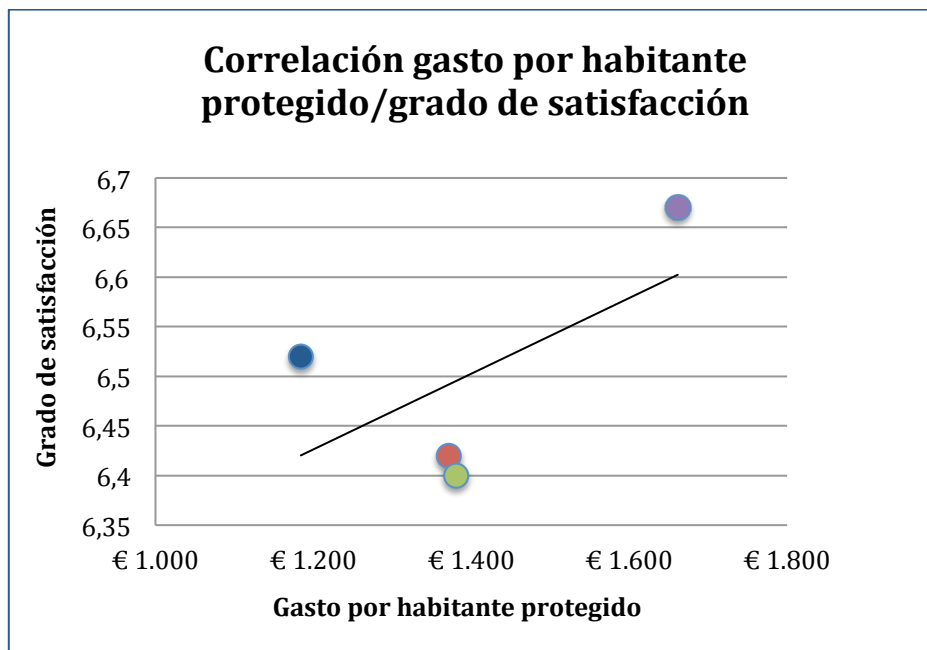
Una vez analizados las diferencias entre los recursos, se mostrará un indicador que bien podría servir para reflejar el nivel de eficacia del sistema: el grado de satisfacción de los ciudadanos con el servicio. Sería lógico exigir que las Comunidad Autónoma que más dinero gasta por habitante sea capaz de traducir ese gasto en una mayor satisfacción en sus usuarios.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

El País Vasco es el sistema mejor valorado por sus propios usuarios en los cuatro años de la muestra. Es también la Comunidad Autónoma que más dinero gasta en salud por habitante protegido. Sin embargo, ¿es correcto afirmar que un gasto por habitante más alto se traduce en una mayor satisfacción de los usuarios con el sistema? Formular ese tipo de afirmaciones podría dar lugar a equívoco. Véase, por ejemplo el caso de Andalucía. Pese a ser, con diferencia, la Comunidad Autónoma que menos ha gastado por habitante de las cuatro en servicios sanitarios, sus usuarios dan la segunda mejor nota al sistema, superando las notas de los habitantes de Cataluña y Madrid, que han gastado más en salud por habitante.

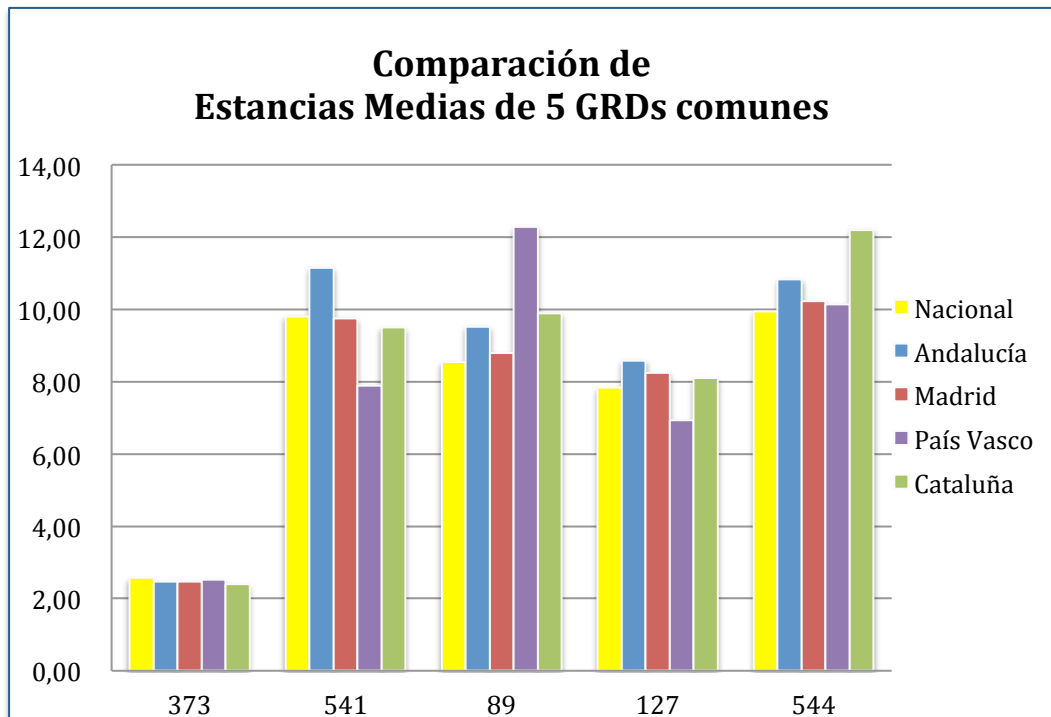
La ausencia de correlación entre el gasto medio por habitante protegido y el nivel de satisfacción de los usuarios se pone de manifiesto en la siguiente gráfica.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Con datos del año 2011, se encuentra el País Vasco como el sistema que más gasta por habitante pero también el que mejor valoración recibe de sus usuarios. La Comunidad de Madrid y Cataluña que han gastado más en salud que Andalucía han resultado peor valoradas que esta última. La recta de regresión permite imaginar donde se deberían situar los datos de las cuatro regiones en el caso de que el grado de auto correlación fuera elevado. Se aprecia, por tanto, que la relación entre las variables gasto por habitante y satisfacción es prácticamente nula.

Explicadas ya las diferencias que presentan estas cuatro Comunidades Autónomas utilizando indicadores que reflejan la importancia de los recursos financieros, humanos y físicos, es momento de mostrar los resultados obtenidos en la gestión de 15 GRDs. Los gráficos que a continuación se presentan se han realizado en base a las tablas V, VI, VII adjuntas en el Anexo.



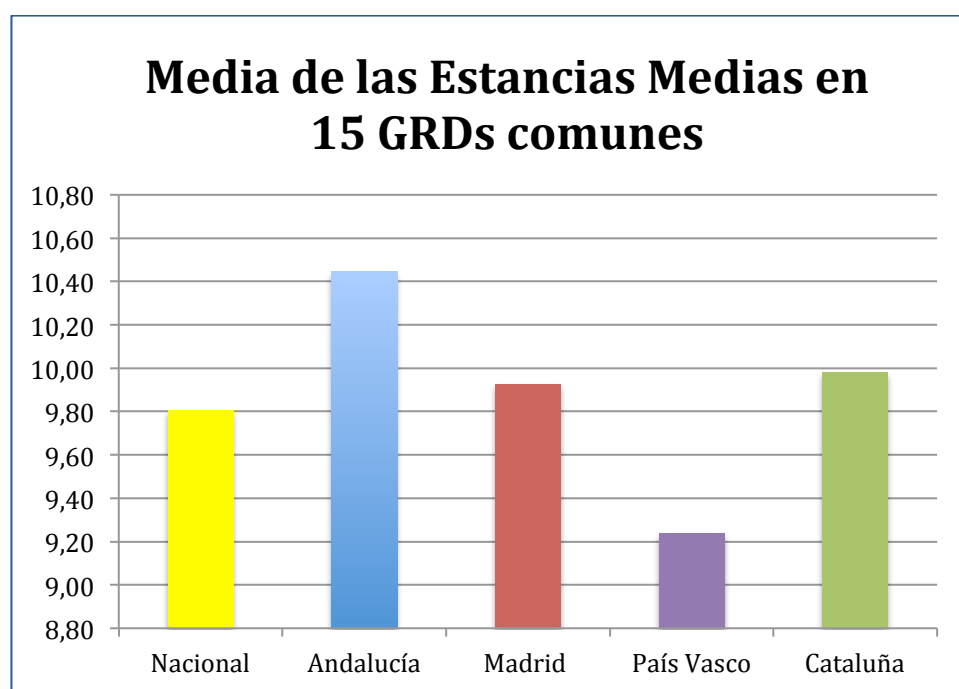
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Para hacer una comparativa de estancias medias se han escogido los cuatro GRDs (representados en el eje de las X) con mayor número de altas en todas las regiones: 373, 541, 89 y 127. El motivo de elección del último GRD, el 544, es su alto peso relativo en comparación con los otros cuatro. Un elevado peso relativo suele traducirse en una mayor complejidad de la patología, que requerirá consecuentemente, una mayor dotación de recursos y una mayor estancia media.

Como se puede observar, en el GRD más común: el parto vaginal sin complicaciones, apenas hay diferencias entre la estancia media española y las cuatro Comunidades Autónomas del estudio. Las diferencias aparecen por el contrario conforme aumenta el peso relativo del GRD. Resulta curiosa la diferencia de estancia media que se puede observar en el número 89: neumonía simple. En el País Vasco la estancia media de los pacientes que adolecían esa patología fue de más de 12 días, mientras que la media del total de hospitales del SNS superó por poco los ocho días. Resulta difícil explicar cuál es el verdadero motivo de estas diferencias tan significativas para

patologías con un número de altas anual tan elevado. Se puede suponer, por tanto, que las diferencias se dispararán conforme aumente la complejidad y el coste de la enfermedad.

Con los datos recopilados en cada una de las Consejerías de Sanidad se ha podido establecer una comparativa entre la gestión de las estancia media para un grupo de pacientes homogéneos. Los datos obtenidos han sido los siguientes:



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

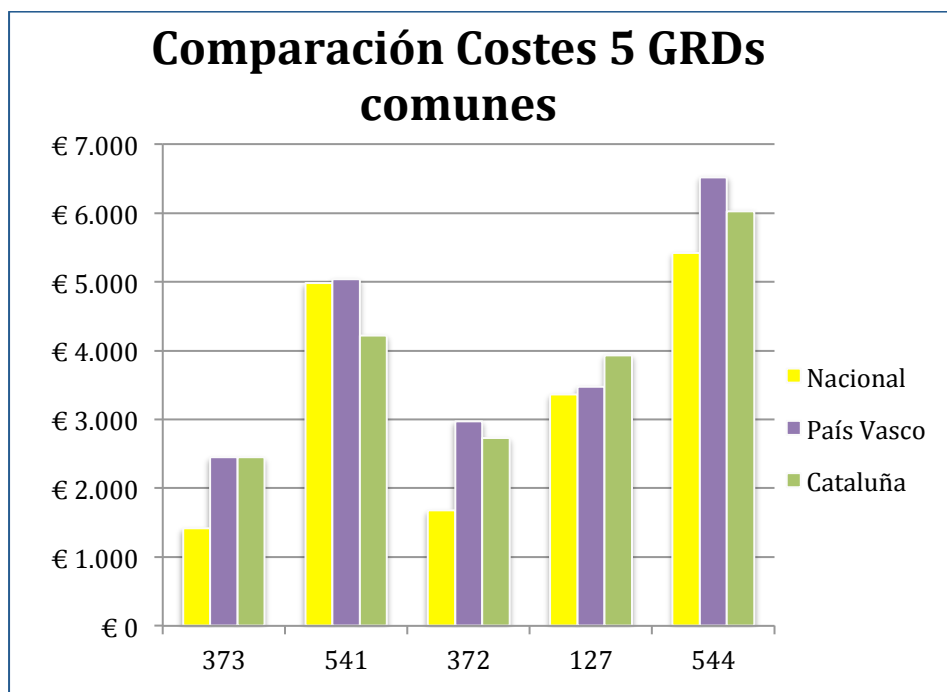
Pese a lo comentado sobre el GRD 89, el País Vasco ha sido, en el año 2010, la Comunidad Autónoma con mejores resultados de la muestra en términos de estancia media. Su Sistema de Salud ha sido capaz de gestionar sus recursos de manera más eficiente para los procesos analizados en la muestra. Es importante recordar que los datos comparados son homogéneos. Ya se ha explicado anteriormente que haber optado por datos de estancia media general de cada Comunidad significaba cometer un grave error de concepto puesto que hospitales situados en Madrid o Cataluña reciben a

pacientes de todo el país con graves enfermedades, lo que conlleva unas mayores estancias medias.

Del mismo modo que destaca positivamente el caso vasco, lo hace pero de manera negativa el caso andaluz. Para las mismas patologías, el Sistema de Salud andaluz ha registrado un dato de estancia media superior en más de medio día a la media de los hospitales del SNS. Se podría afirmar entonces, que para estos GRDs y en términos de estancia media el Sistema de Salud del País Vasco ha sido más eficiente que el madrileño, catalán y andaluz. Pero, como ya se ha explicado anteriormente, la estancia media es un buen indicador de eficiencia, pero no el único.

El resultado arrojado por los hospitales de la Comunidad de Madrid y por el Parque de Salud del Mar de Barcelona tampoco son especialmente positivos, ya que su estancia media es algo superior al resultado obtenido en los 295 hospitales generales de la muestra.

A continuación se expondrán los resultados obtenidos en el indicador de coste medio por paciente para cada GRD, otra variable también importante a la hora de hablar de eficiencia en el ámbito sanitario. Como en el ejemplo de la estancia media, se compararán primero los resultados de los cuatro GRD más comunes sumados al proceso número 544 con un peso relativo mayor que los anteriores. Como ha sido imposible obtener datos de costes para Andalucía y Madrid se realizarán comparaciones entre los datos del total de los hospitales generales del SNS, el Sistema de Salud del País Vasco y el complejo del Parque del Mar de Barcelona.

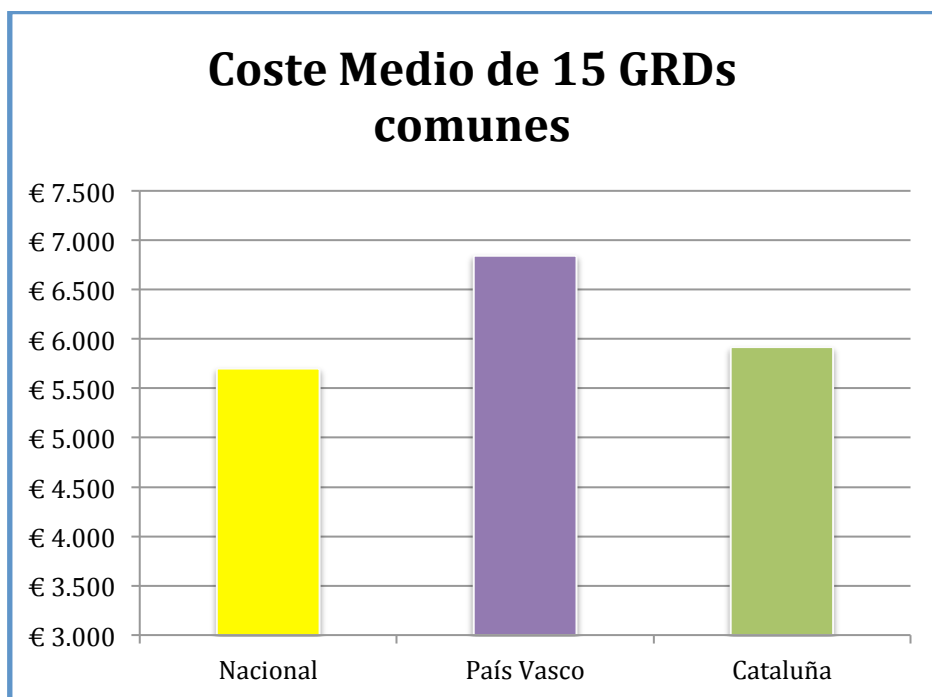


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Al contrario que en el caso de la estancia media, las diferencias ya se observan en el GRD de menor peso relativo: el parto vaginal sin complicaciones. Se puede apreciar también, que, normalmente, conforme aumenta el peso relativo de la patología, el coste medio unitario también aumenta. El GRD 544 cuyo peso relativo es mayor que el de los otros cuatro, ha necesitado de una mayor cantidad de recursos financieros y ha registrado también las mayores diferencias, gastando el Sistema de Salud del País Vasco mil euros más que los hospitales del SNS.

Los resultados muestran que, para estos cinco GRDs, los hospitales del SNS son, en media, más eficientes en términos de coste, que en las otras dos Comunidades Autónomas.

Considerando los 15 grupos relacionados por el diagnóstico y no únicamente cinco, los datos totales obtenidos se resumen en el siguiente gráfico.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Las diferencias que ya se sospechaban se ponen de manifiesto en el gráfico. Durante el año 2010, en la gestión de los 15 GRDs de la muestra, el Sistema de Salud vasco destinó una media de 6.843 euros por paciente. Por su parte, el complejo del Parque de Salud del Mar gastó una media de 5.915 euros aproximadamente. El dato de coste medio de los 15 GRDs en todos los hospitales del SNS se situó en 5.700 euros, una diferencia de más de mil euros respecto de lo gastado en el País Vasco.

Por tanto, las diferencias que se apreciaban en los recursos de cada sistema también aparecen en dos de los principales indicadores de eficiencia. El País Vasco, que había sido la región más eficiente en términos de estancia media, obtiene en este caso los peores resultados en el coste medio de los 15 GRDs. Las causas de estas disparidades en los resultados pueden deberse a esas diferencias en los recursos, o a otras muchas otras causas que se escapen al estudio de la muestra.

4. Conclusiones

Las diferencias en la estructura y la eficiencia del SNS que se pretendían estudiar han quedado demostradas con los resultados del modelo de análisis. Para los recursos humanos, representados por el número de médicos de atención primaria, las disparidades autonómicas no parecen muy significativas. Algo totalmente distinto ocurre con los recursos físicos. ¿Cómo es posible que algo tan básico como el número de camas por habitantes, varíe tanto según el territorio español en el que se preste el servicio?

Por otra parte, con los recursos financieros ocurre algo similar a los recursos físicos. Las diferencias de gasto por habitante en materia de salud entre País Vasco y Andalucía asciende a los 600 euros. ¿Realmente esto es compatible con la idea de equidad que se le exige a nuestro sistema? Parece claro que tanto estas diferencias como las del número de camas por habitantes, se deben a la cesión de competencias por parte del Gobierno Central hacia las Comunidades Autónomas. El debate, entonces, se traslada a la conveniencia o no en la descentralización de las competencias en materia de sanidad. Un mayor poder de decisión para las Comunidades Autónomas, que conoce mejor las necesidades de los ciudadanos, les permite asignar, teóricamente, de manera más eficaz los recursos. Generalmente, este es el argumento más utilizado para posicionarse a favor de la descentralización. Por el contrario, un mayor poder del Gobierno Central en este tema tendería a equilibrar los recursos dotados al conjunto de Comunidades Autónomas.

Los resultados muestran también que un mayor gasto por habitante no garantiza una mayor satisfacción de los usuarios con el sistema. Andalucía es la región que menos ha gastado de la muestra y sus usuarios son los segundos que mejor valoran su servicio. Un mayor gasto por habitante puede traducirse en una mayor cantidad de recursos en forma de camas, médicos u hospitales, pero las encuestas han demostrado que lo que más valoran los usuarios cuando se les pregunta por la calidad del servicio que reciben son: la atención

recibida y las listas de espera. Un mayor gasto no asegura mejor resultado en esos aspectos.

Analizando los indicadores eficiencia, especialmente el de estancia media y coste medio por habitante, las diferencias también parecen relevantes. Sin embargo, aventurarse a establecer unas causas del por qué se pueden dar estas disparidades de eficiencia escapa al objetivo de este trabajo de investigación pues básicamente, el número de variables que pueden influir en ellas es tan grande que sería injusto criticar la gestión de los profesionales o de los propios Gobiernos.

Las muestra ha ejemplificado que, en el SNS, las diferencias estructurales existes y son evidentes. Ya sea en forma de organizar la provisión, en los recursos dotados o en los indicadores de eficiencia. Sin embargo, el motivo de estas diferencias parece distar según se trate de estructura organizativa y eficiencia. El fenómeno de la descentralización ha provocado que dentro de nuestro país, aparezcan una especie de mini sistemas sanitarios particulares para cada Comunidad Autónoma. Cada Consejería de Sanidad decide la cantidad de recursos que va a destinar para su sistema y la forma de organizar la provisión de éste, dando lugar a sistemas más cercanos al modelo liberal como el catalán y sistemas más próximos al modelo mixto como el resto de los estudiados.

Sin embargo, parece poco coherente achacar a la cesión de competencias las divergencias presentadas en los indicadores de eficiencia. ¿Realmente los indicadores de estancia media y coste por GRD tenderían a converger si el Gobierno Central fuera el único responsable de gestionar la salud en nuestro país? Parece difícil defender esta postura pues las diferencias de estilos de vida o las diferencias de carácter de la población española condicionan su estado de salud y su propensión a padecer enfermedades o no. Estado de salud que propiciará una mayor o menor tendencia a necesitar una serie de

cuidados asistenciales influyendo notablemente en indicadores como la estancia media o el coste medio por GRD.

Con el análisis de los sistemas sanitarios internacionales del Reino Unido, Alemania, Cuba y Estados Unidos, se ha podido observar la diversidad de modelos sanitarios que se pueden llegar a desarrollar en lo que, en teoría, no debería presentar importantes disparidades al tratarse de un derecho fundamental.

Las diferencias se pueden observar incluso dentro de nuestro propio país. Un informe elaborado por el Ministerio de Sanidad del Catálogo Nacional de Hospitales, muestra como, en 2013, Cataluña dispone únicamente de 11 hospitales del SNS por un total de 211 hospitales registrados. El 70% de estos centros son de financiación privada. La Comunidad Valenciana registró en ese mismo año 62 hospitales, 33 de los cuales eran propiedad del SNS. La libertad de las comunidades para organizar su sistema es prácticamente total dando lugar a modelos más próximos al modelo liberal, como es el caso de Cataluña, y modelos que se asemejan más modelo mixto propuesto por Beveridge.

Además, se refuerza la importancia del modelo de financiación a la hora de estructurar un sistema de salud. La financiación puede influir en tanto en cuanto, una financiación y provisión exclusivamente privadas serán, generalmente, difícil de compatibilizar con una cobertura universal mientras que una financiación exclusivamente pública puede acarrear episodios de ineficiencia o corrupción en la provisión del servicio. El modelo de financiación más justo y también más extendido en los países industrializados es el modelo de financiación mixto. Resultaría interesante poder realizar un comparación de todos estos modelos en términos de eficiencia, para poder juzgar objetivamente la influencia de la financiación. Sin embargo, como ya se ha comentado anteriormente al mencionar la idea de eficiencia, resulta altamente complicado debido a la falta de información y homogeneidad en cuanto a las variables determinantes que se podrían utilizar en una comparación.

También es importante tener claro que un modelo de financiación privada no implica un gasto bajo o inexistente por parte de las autoridades. De hecho, el modelo de liberalización sanitaria por excelencia de Estados Unidos es también el que mayor porcentaje de gasto de su PIB destina a la atención sanitaria, originando una contradicción difícil de explicar.

Resulta paradójico que una de las primeras potencias mundiales sea incapaz de garantizar una salud de calidad y accesible a todos sus habitantes y además, sea el país del mundo que más destina de su PIB al sector salud. Esta garantía del servicio con cobertura universal, que para los ciudadanos de países europeos parece tan evidente, no es tal en todos los sistemas sanitarios. Quizá, la sociedad está siendo algo injusta con las críticas que está dirigiendo a la calidad y eficiencia del SNS.

Es más, según un estudio de la OCDE, el Sistema Nacional de Salud español se sitúa entre los mejores del mundo por su eficiencia y calidad. Este estudio recoge como variables fundamentales la esperanza de vida de los ciudadanos y la presencia o no de cobertura universal. Los habitantes españoles se sitúan en el segundo puesto en esperanza de vida, únicamente por detrás de los ciudadanos suizos.

5. Futuras líneas de investigación

Las dificultades encontradas a la hora de obtener datos para realizar el modelo de análisis, ponen de manifiesto la falta de consenso a nivel nacional para abordar un tema tan complicado como lo es la eficiencia en materia sanitaria. La Comunidad de Madrid y el Servicio Andaluz de Salud publican en sus bases de datos anuales los resultados de todos los GRDs codificados de sus hospitales. Por el contrario, en el informe del País Vasco y del Parque de Salud del Mar se recogían, únicamente, los datos de los 25 GRDs más comunes.

Sería conveniente que el Ministerio de Sanidad obligara a las distintas Consejerías de Sanidad a publicar no sólo, las características de los pacientes dados de alta, que ya se pueden obtener con el conjunto mínimo básico de datos sino también, a publicar una serie de indicadores de eficiencia mínimos según los grupos relacionados por el diagnóstico. De esta forma, se podrían detectar ineficiencias concretas que podrían servir a mejorar la gestión y provisión del servicio. Sin embargo, parece que el temor a las críticas o los tapujos para hablar de eficiencia en el sector de la salud frenan la accesibilidad a esta información.

El hecho de que el Servicio Andaluz de Salud o la Comunidad de Madrid no publiquen datos de coste medio en la atención de los GRD y sí lo haga el País Vasco es sólo un ejemplo de las asimetrías de información que se pueden presentar en este tema. Si, además de publicar datos sobre estancia media o coste medio, se añadieran otros indicadores como estancia media esperada estancia media ajustada o índice de rotación el análisis comparativo podría ser mucho más rico.

El caso de las comparaciones internacionales con este sistema de GRDs parece mucho más complejo. Las particularidades de los usuarios, la falta de consenso y las diferencias de coste de los tratamientos entre países hacen casi

imposible un hipotético estudio comparativo a nivel internacional que podría ser altamente interesante.

Otro estudio que podría llevarse a cabo y podría resultar muy provechoso consistiría en una comparación de indicadores de eficiencia entre los hospitales del SNS y los hospitales privados de cada Comunidad Autónoma. Sin embargo, para eso es necesario que los hospitales privados tomen la iniciativa de codificar a todos sus pacientes, algo que por el momento no parece interesar a estas organizaciones sanitarias. Si esto fuera posible se abriría un nuevo debate en el caso de que las organizaciones privadas fueran más eficientes: la conveniencia o no de ceder a estas organizaciones la provisión exclusiva del servicio.

6. Anexo de Tablas

Tabla I: Indicadores Sistema Andaluz Salud 2009-2012.				
Indicador	2009	2010	2011	2012
Personal médico at. primaria por 1000 habit.	0,72	0,73	0,71	0,73
Nº camas hospitalarias por 1000 habit.	2,38	2,3	2,27	...
Nº hospitales SNS	41	44	43	43
Gasto sanitario publico por habit.protegido	1.310 €	1.265 €	1.184 €	...
Grado satisfacción ciudadanos con el servicio	6,29	6,35	6,52	6,58

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Tabla II: Indicadores del Sistema Salud de la Comunidad de Madrid 2009-2012.				
Indicador	2009	2010	2011	2012
Personal médico at. primaria por 1000 habit.	0,69	0,69	0,69	0,7
Nº camas hospitalarias por 1000 habit.	3,03	2,96	2,95	...
Nº hospitales SNS	32	32	33	34
Gasto sanitario publico por habit.protegido	1.335 €	1.207 €	1.372 €	...
Grado satisfacción ciudadanos con el servicio	6,42	6,41	6,42	6,37

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Tabla III: Indicadores del Sistema Salud del País Vasco 2009-2012.				
Indicador	2009	2010	2011	2012
Personal médico at. primaria por 1000 habit.	0,61	0,62	0,78	0,78
Nº camas hospitalarias por 1000 habit.	3,71	3,69	3,62	...
Nº hospitales SNS	18	18	18	18
Gasto sanitario publico por habit.protegido	1.692 €	1.688 €	1.661 €	...
Grado satisfacción ciudadanos con el servicio	6,74	6,86	6,67	6,76

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Tabla IV: Indicadores del Sistema Salud Cataluña 2009-2012.				
Indicador	2009	2010	2011	2012
Personal médico at. primaria por 1000 habit.	0,72	0,72	0,73	0,75
Nº camas hospitalarias por 1000 habit.	4,17	4,11	3,96	...
Nº hospitales SNS	12	12	11	11
Gasto sanitario publico por habit.protegido	1.449 €	1.465 €	1.381 €	...
Grado satisfacción ciudadanos con el servicio	6,02	6,34	6,4	6,21

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

TABLA V: Pesos, estancia media y coste medio de 15 GRDs comunes en los hospitales del SNS. Año 2010.

Cod.	Descripción	Peso relativo	Est. Media (días)	Coste Medio (€)
373	Parto vaginal sin complicaciones	0,34	2,57	€ 1.423
541	Neumonía simple y otros trast.respiratorios.exc.bronquitis & asma con cc	1,18	9,81	€ 4.981
372	Parto vaginal con complicaciones	0,40	3,04	€ 1.680
127	Insuficiencia cardiaca & shock	0,81	7,84	€ 3.364
544	Icc & arritmia cardiaca con cc mayor	1,30	9,95	€ 5.424
371	Cesárea, sin complicaciones	0,66	4,52	€ 2.741
14	Ictus con infarto	0,90	9,26	€ 3.763
359	Proc. Sobre útero & anejos por ca. In situ & proceso no maligno sin cc	1,00	4,11	€ 4.164
89	Neumonía simple & pleuritis edad > 17 con cc	0,78	8,54	€ 3.226
557	Trastornos hepatobiliares y de pancreas con cc mayor	1,78	13,33	€ 7.383
88	Enfermedad pulmonar obstructiva cronica	0,65	7,19	€ 2.711
494	Colecistectomia laparoscopica sin exlorac. Conducto biliar sin cc	0,84	3,03	€ 3.510
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	1,69	9,77	€ 7.027
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad > 17 sin cc	0,61	1,87	€ 2.545
167	Apendicetomia sin diagnóstico principal complicado sin cc	0,73	3,21	€ 3.056
Media de los indicadores de los 15 GRD		1,37	9,80	€ 5.700

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en el informe "La hospitalización en el Sistema Nacional Salud CMBD- Registro de altas 2010"

TABLA VI: Pesos y estancia media de 15 GRD comunes del Sistema Andaluz de Salud. Año 2010.

Cod.	Descripción	Peso relativo	Est. Media (días)
373	Parto vaginal sin complicaciones	0,58	2,46
541	Neumonía simple y otros trast.respiratorios.exc.bronquitis & asma con cc	2,34	11,15
372	Parto vaginal con complicaciones	0,70	2,98
127	Insuficiencia cardiaca & shock	1,42	8,59
544	Icc & arritmia cardiaca con cc mayor	3,42	10,83
371	Cesárea, sin complicaciones	0,87	4,73
14	Ictus con infarto	1,88	9,57
359	Proc. Sobre útero & anejos por ca. In situ & proceso no maligno sin cc	1,10	4,22
89	Neumonía simple & pleuritis edad > 17 con cc	1,31	9,53
557	Trastornos hepatobiliares y de pancreas con cc mayor	3,77	14,00
88	Enfermedad pulmonar obstructiva cronica	1,14	9,03
494	Colecistectomia laparoscopica sin exlorac. Conducto biliar sin cc	0,96	3,36
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	3,61	8,57
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad > 17 sin cc	0,74	2,26
167	Apendicetomia sin diagnóstico principal complicado sin cc	0,91	3,16
Media de los indicadores de los 15 GRD		2,47	10,44

Fuente: Elaboración propia a partir del informe elaborado por el Servicio Andaluz de Salud: "Conjunto Mínimo Básico Datos al Alta Hospitalaria 2010"

TABLA VII: Peso, estancia media y coste medio de 15 GRD comunes en el Sistema de Salud del País Vasco. Año 2010.

Cod.	Descripción	Peso relativo	Est. Media (días)	Coste Medio (€)
373	Parto vaginal sin complicaciones	0,56	2,52	€ 2.449
541	Neumonía simple y otros trast.respiratorios.exc.bronquitis & asma con cc	2,44	7,90	€ 5.039
372	Parto vaginal con complicaciones	0,70	2,94	€ 2.976
127	Insuficiencia cardiaca & shock	1,54	6,94	€ 3.479
544	Icc & arritmia cardiaca con cc mayor	3,60	10,14	€ 6.521
371	Cesárea, sin complicaciones	0,85	4,95	€ 3.689
14	Ictus con infarto	2,04	6,82	€ 4.556
359	Proc. Sobre útero & anejos por ca. In situ & proceso no maligno sin cc	1,13	1,96	€ 3.552
89	Neumonía simple & pleuritis edad > 17 con cc	1,41	12,28	€ 3.615
557	Trastornos hepatobiliares y de pancreas con cc mayor	3,81	13,14	€ 10.394
88	Enfermedad pulmonar obstructiva cronica	1,20	6,23	€ 2.469
494	Colecistectomia laparoscopica sin exlorac. Conducto biliar sin cc	0,85	2,51	€ 3.039
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	3,83	9,96	€ 11.087
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad > 17 sin cc	0,68	1,09	€ 2.423
167	Apendicetomia sin diagnóstico principal complicaco sin cc	0,89	3,00	€ 3.138
Media de los indicadores de los 15 GRD		2,55	9,24	€ 6.843

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos en el informe elaborado por el Gobierno Vasco "Txostena Memoria 2010".

TABLA VII: Pesos y estancia media de 15 GRD comunes en el Sistema de Salud de la Comunidad de Madrid. Año 2010.

Cod.	Descripción	Peso relativo	Est. Media (días)
373	Parto vaginal sin complicaciones	0,58	2,47
541	Neumonía simple y otros trast.respiratorios.exc.bronquitis & asma con cc	2,34	9,76
372	Parto vaginal con complicaciones	0,70	2,86
127	Insuficiencia cardiaca & shock	1,42	8,25
544	Icc & arritmia cardiaca con cc mayor	3,42	10,24
371	Cesárea, sin complicaciones	0,87	3,95
14	Ictus con infarto	1,88	9,70
359	Proc. Sobre útero & anejos por ca. In situ & proceso no maligno sin cc	1,10	3,67
89	Neumonía simple & pleuritis edad > 17 con cc	1,31	8,79
557	Trastornos hepatobiliares y de pancreas con cc mayor	3,77	13,69
88	Enfermedad pulmonar obstructiva cronica	1,14	7,51
494	Colecistectomia laparoscopica sin explorac. Conducto biliar sin cc	0,96	2,47
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	3,60	11,35
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad > 17 sin cc	0,73	1,63
167	Apendicetomia sin diagnóstico principal complicaco sin cc	0,91	2,92
Media de los indicadores de los 15 GRD		2,47	9,93

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos en la Consejería de Sanidad de Madrid

TABLA IX: Estancia media y coste medio de 15 GRD comunes en el Parque de Salud del Mar (Cataluña). Año 2010.

Cod.	Descripción	Est. Media (días)	Coste Medio (€)
373	Parto vaginal sin complicaciones	2,40	€ 2.447
541	Neumonía simple y otros trast.respiratorios.exc.bronquitis & asma con cc	9,50	€ 4.220
372	Parto vaginal con complicaciones	3,00	€ 2.731
127	Insuficiencia cardiaca & shock	8,10	€ 3.935
544	Icc & arritmia cardiaca con cc mayor	12,20	€ 6.026
371	Cesárea, sin complicaciones	3,80	€ 3.470
14	Ictus con infarto	9,60	€ 3.374
359	Proc. Sobre útero & anejos por ca. In situ & proceso no maligno sin cc	3,60	€ 3.183
89	Neumonía simple & pleuritis edad > 17 con cc	9,90	€ 4.081
557	Trastornos hepatobiliares y de pancreas con cc mayor	14,30	€ 7.798
88	Enfermedad pulmonar obstructiva cronica	5,70	€ 2.319
494	Colecistectomia laparoscopica sin exlorac. Conducto biliar sin cc	2,20	€ 3.138
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	10,30	€ 6.701
162	Procedimientos sobre hernia inguinal & femoral edad > 17 sin cc	1,90	€ 2.188
167	Apendicetomia sin diagnóstico principal complicaco sin cc	3,30	€ 3.538
Media de los indicadores de los 15 GRD		9,98	€ 5.914,9

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos en el informe elaborado por la Generalitat de Catalunya: "Sistemas de información de costes. Junio 2010".

7. Bibliografía

- Blanco, L: Reflexiones sobre la reforma al Sistema de Salud del presidente Obama.
- Cabo, J: Gestión sanitaria integral: pública y privada.
- Conferencia Interamericana de Seguridad Social (2005): Los grupos relacionados de Diagnóstico para ajustar los mecanismos de pago a los proveedores de los sistemas de salud.
- De los Santos, S; Garrido, C: Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá.
- Ganduglia, G: La reforma del Sistema de Salud en los Estados Unidos de América.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Sistemas de información de costes. Junio de 2010.
- Gervás, J; Pérez, M: Prestación de servicios sanitarios: qué, quién, cuándo y dónde.
- Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo .Txostena Memoria 2010.
- Hernández, M (2002): Salud Pública de México. Vol. 44
- López, J.M. (2013): Análisis de la eficacia y la eficiencia del Servicio Nacional de Salud.

- Martín, J.J; López del Amo, M. (2007).

- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD – Registro de altas. Informe resumen 2010. Madrid.

- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud Madrid; 2010.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes anuales del Sistema Nacional de Salud, 2010,2011 y 2012.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Catálogo Nacional de Hospitales 2013.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Principales resultados y nota metodológica del proceso de estimación de costes y pesos por GRD para el SNS. Año 2010

- Parcet, M: El Sistema Sanitario alemán.

- Pickerin, S; Thompson, J (2010): Gobierno clínico y gestión eficiente, Elsevier, 1ª edición.

- Sánchez, C; Cortiñas, P; Gutiérrez, P; López, L. (2001): Las Comunidades Autónomas y su eficiencia relativa en la gestión sanitaria.

- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. 2010.

- Starfield, B: Is US Health really the best in the world?
- Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013.
- Temes, J; Mengíbar, M (2011): Gestión Hospitalaria, Mc Graw Hill, 5ª edición.
- Torres, R: El Sistema de Salud en los Estados Unidos.
- Universidad Nacional de Cuyo; (2011). "Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios".
- Villalobos, J (2007): Gestión sanitaria para los profesionales de la salud, Mc Graw Hill, 1ª edición.

