

ANEXO VI

PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

ANEXO VI

PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Patricia Barber Pérez
Beatriz González López-Valcárcel

Departamento de Métodos Cuantitativos
Universidad de Las Palmas de Gran Canarias

6.1. Introducción

Dos años después de las últimas transferencias, es inevitable que sigamos agrupando a las CC.AA. del antiguo INSALUD con propósitos de seguimiento. Por una parte, tenemos una fotografía muy detallada de su dispositivo sanitario a 31 de diciembre de 2001, el día D menos uno. Antes de extinguirse, el INSALUD se preocupó de elaborar una memoria detalladísima, una especie de balance de situación, no solamente económica, sino también de infraestructuras, recursos humanos, y utilización de los servicios. Dos años después, la mayoría de las comparaciones cuantitativas se basan en ese referente. Las transferencias no sumieron al país en ningún caos. Los sistemas siguieron funcionando y se impulsaron algunos programas, iniciativas y gestiones. En 2003, las CC.AA. del antiguo INSALUD aumentaron más su gasto sanitario que el resto, y bastante por encima del PIB. Las mejoras salariales y los aumentos de plantilla son responsables de una parte no evaluada de ese aumento del gasto. Desde una perspectiva económica, aumentar los salarios sin aumentar la productividad es una mera redistribución de rentas entre agentes, y no implica más ni mejores resultados. La productividad de los profesionales pudo haber aumentado con la motivación, pero esta hipótesis no encuentra datos con los que confrontarse. Los aumentos retributivos post-transferenciales, en cambio, sí que se han medido con detalle (Martín, 2003).

Este capítulo analiza la utilización de los servicios sanitarios en España desde la perspectiva del paciente, de los proveedores y del sistema. Se recurre a todas las fuentes de datos disponibles, incluyendo estadísticas oficiales a nivel nacional, memorias de los Servicios Regionales de Salud de las distintas CC.AA. y de la Comisión Nacional de Trasplantes; y encuestas a la población general, de ámbito nacional con representatividad a nivel regional (ENS, Barómetro Sanitario).

La perspectiva preferente en este capítulo es la del usuario frente a la del proveedor. Por eso, con datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, se analiza y compara entre CC.AA. la frecuentación hospitalaria de los ciudadanos-residentes en cada Comunidad Autónoma, y no el flujo de pacientes que recibe cada hospital, que es cosa distinta. La diferencia entre ambas perspectivas la marcan los pacientes desplazados entre CC.AA. para ser hospitalizados, tema al que se dedica un epígrafe.

Para ver un cuadro hay que tomar perspectiva. Para entender el alcance y la trascendencia de las reformas, también. Sólo adoptando una perspectiva de largo plazo es posible de detectar tendencias, y las comparaciones entre CC.AA. cobran un nuevo sentido. Tomando una perspectiva de diez años atrás, desde 1994, se observa que los hospitales se han ambulatorizado. Las camas y las estancias medias en hospitales de agudos disminuyeron drásticamente, y los ingresos aumentaron moderadamente. Frente a esta pauta, las consultas externas y las intervenciones quirúrgicas crecieron espectacularmente, en algunas CC.AA. más que se duplicaron, con vocación de ambulatorizar gran parte de las intervenciones quirúrgicas. Para el conjunto del país, y en casi todas las CC.AA. se registra un patrón similar. A pesar de que hay idiosincrasias y particularidades de las reformas y de las perspectivas, es más lo que tienen en común las Comunidades que lo que las hace únicas. Porque este doble proceso, de ambulatorización de la atención especializada y de enormes avances tecnológicos, es un hecho común a todas las CC.AA., aunque su intensidad o cronología pueda diferir.

Tras esta introducción, el apartado 6.2. se dedica a la atención primaria, empezando por una cautela sobre los sistemas de información y la necesidad de evaluación externa (6.2.1.). En el epígrafe 6.2.2. se compara la frecuentación entre CC.AA. según fuentes alternativas. Tras una breve reseña a la presión asistencial (6.2.3), el apartado 6.2.4. se centra en los programas de atención domiciliaria y en el papel de la enfermería en atención primaria. El apartado 6.3. se refiere a todos los niveles asistenciales de la salud mental. La atención especializada es objeto del cuarto apartado, el más extenso del capítulo. Se comienza, en el apartado 6.4.1., describiendo la frecuentación hospitalaria según diversas fuentes, sus diferencias territoriales y temporales; la variabilidad de la práctica de determinadas intervenciones quirúrgicas, con datos del CMBD, y de los diferentes grupos de diagnósticos, y se cuantifica la problemática de los pacientes desplazados entre CC.AA.. El apartado siguiente (6.4.2.) adopta una perspectiva de más largo plazo, pues compara con 1994 la actividad quirúrgica y obstétrica, con énfasis en las tasas de cesáreas. Un indicador clásico de la eficiencia en la gestión del recurso cama es la estancia media, a la que se dedica testimonialmente el epígrafe 6.4.3. Las urgencias hospitalarias, que son un problema en casi todas partes y posiblemente un síntoma de descoordinación o de mal funcionamiento en otros niveles de atención, se abordan en el epígrafe 6.4.4. Las consultas de atención especializada son objeto del apartado 6.4.5. Terminamos la atención especializada con un apartado (6.4.6.) dedicado a los trasplantes, como caso paradigmático de programa nacional de alta tecnología bien coordinado y consolidado. El apartado 6.5. analiza la utilización de los distintos niveles asistenciales, atención primaria (6.5.1.), consultas de atención especializada (6.5.2.) y urgencias (6.5.3.) desde la perspectiva del ciudadano, expresada en el barómetro sanitario. El último apartado del capítulo se dedica a los indicadores de la mala práctica. Se abordan desde la perspectiva del proveedor y los indicadores de resultados (6.6.1.), desde la perspectiva del usuario que formula quejas y reclamaciones (6.6.2.), y desde la visión del defensor del pueblo en sus informes anuales y en el monográfico sobre listas de espera. El capítulo termina con unas conclusiones, articuladas a modo de síntesis.

6.2. Atención Primaria

6.2.1. Frecuentación de la atención primaria

6.2.1.1. Patrones de utilización según la ENS 2001

La Encuesta Nacional de Salud de 2001 permite estimar los intervalos de confianza de la probabilidad de consulta al médico de atención primaria de la red pública, por tramos de edad en las distintas CC.AA.. Los **gráficos 1 a 3** contienen esa información para 16 a 34 años, 35 a 64 y más de 64 años. Si bien los intervalos de confianza se solapan, no pudiendo hacer inferencias contundentes, se aprecian varios hechos:

- El 9,6% de los jóvenes, el 14,2% de las personas entre 35 y 64 años y el 26,2% de los mayores han ido a consulta en España.
- El riesgo relativo para España es 2,7 cuando se comparan mayores y jóvenes. Navarra y el País Vasco están por debajo de 2, y las dos Castillas y Aragón están por encima de 3,4.
- Las diferencias entre CC.AA. se acrecientan con la edad. Ocupan las posiciones extremas por el lado de menor utilización Navarra, Baleares y Aragón para jóvenes, Navarra, Ceuta y Melilla, Baleares y País Vasco para las edades intermedias y Navarra, Ceuta y Melilla y País Vasco para los mayores. Así pues, las Comunidades Forales y Ceuta y Melilla parecen tener sistemáticamente menos uso de las consultas de Atención Primaria. Comparando con la situación en 1995, según la ENS de ese año, ya entonces el conjunto de la población utilizaba menos la atención primaria en las Comunidades Forales: 13,9% de utilizadores en las últimas dos semanas en las Forales, frente al 24,7% del resto de España.

- Por el lado opuesto, de mayor utilización de consultas, se encuentran Extremadura, La Rioja y Madrid para los jóvenes, Valencia, Extremadura y Rioja para edades intermedias y Extremadura, Castilla y León y Asturias para los mayores. Hay una pauta sistemática de mayor uso de consultas entre los mayores de 65 años en Comunidades provenientes de INSALUD Gestión Directa (gráfico 3). Este parece ser un hecho persistente, pues ya se detectaba en la ENS de 1995. Ese año, el 41.2% de los mayores residentes en territorio INSALUD había ido al médico de atención primaria por un problema de salud, frente al 32.9% de frecuentadores en ese grupo de edad fuera del territorio INSALUD. La diferencia tiene significación estadística. Obsérvese que la frecuentación es mayor en INSALUD a partir de los 65 años, no para la población general. La ENS de 1995 no muestra diferencias significativas en este caso.

Gráfico 1

Consulta médico AP red pública 2001 16-34 años

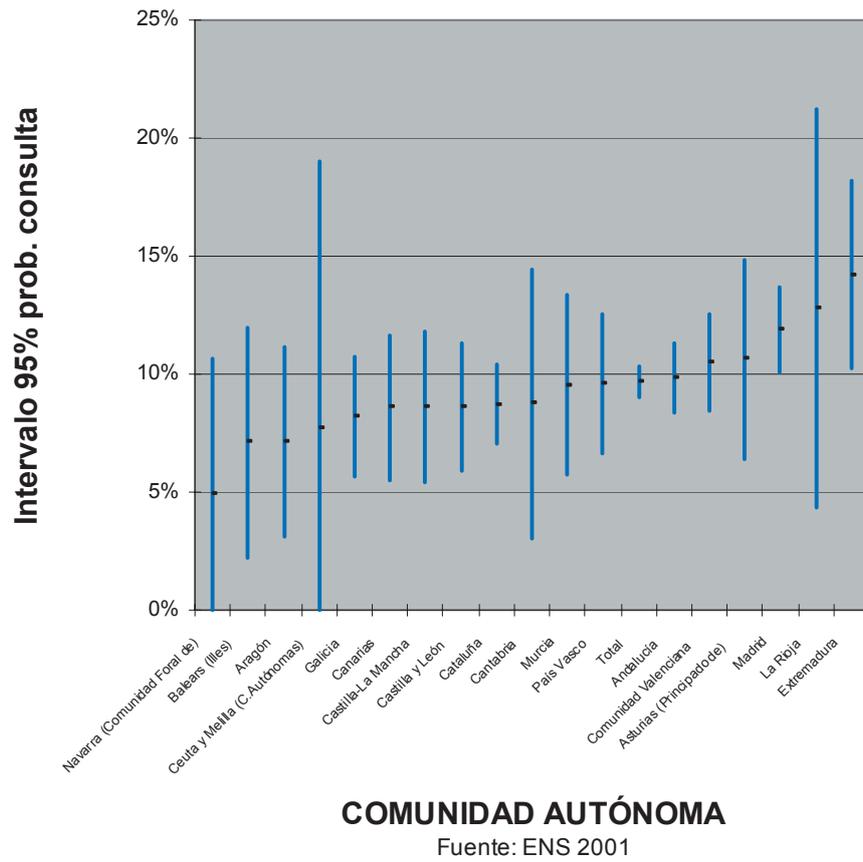
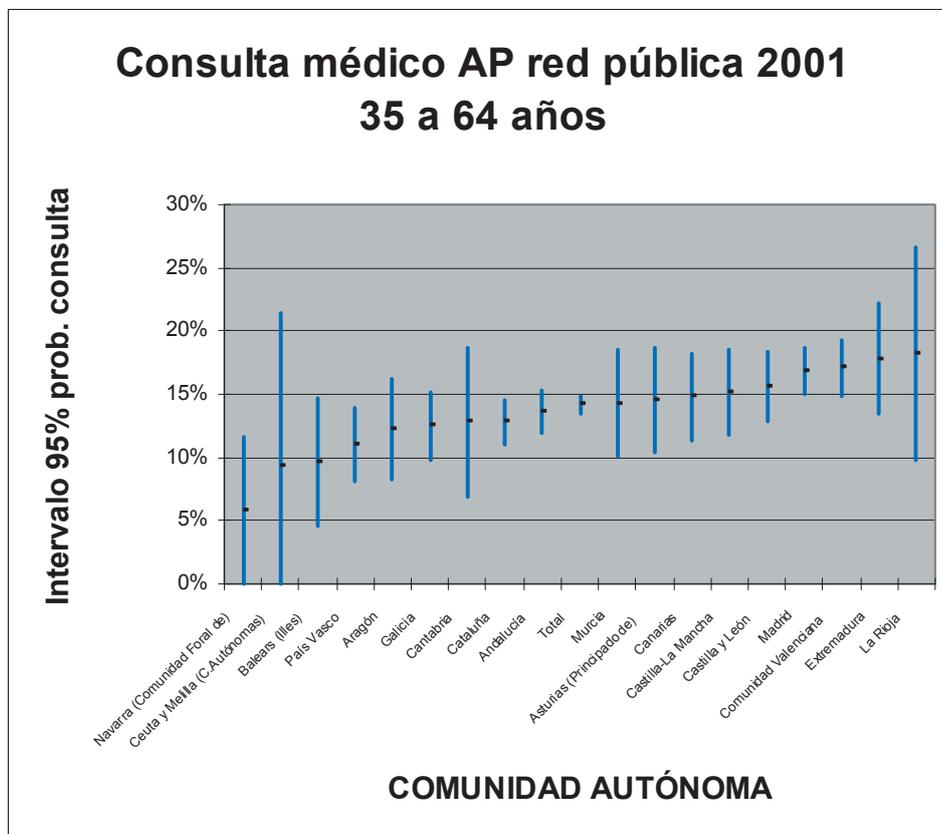
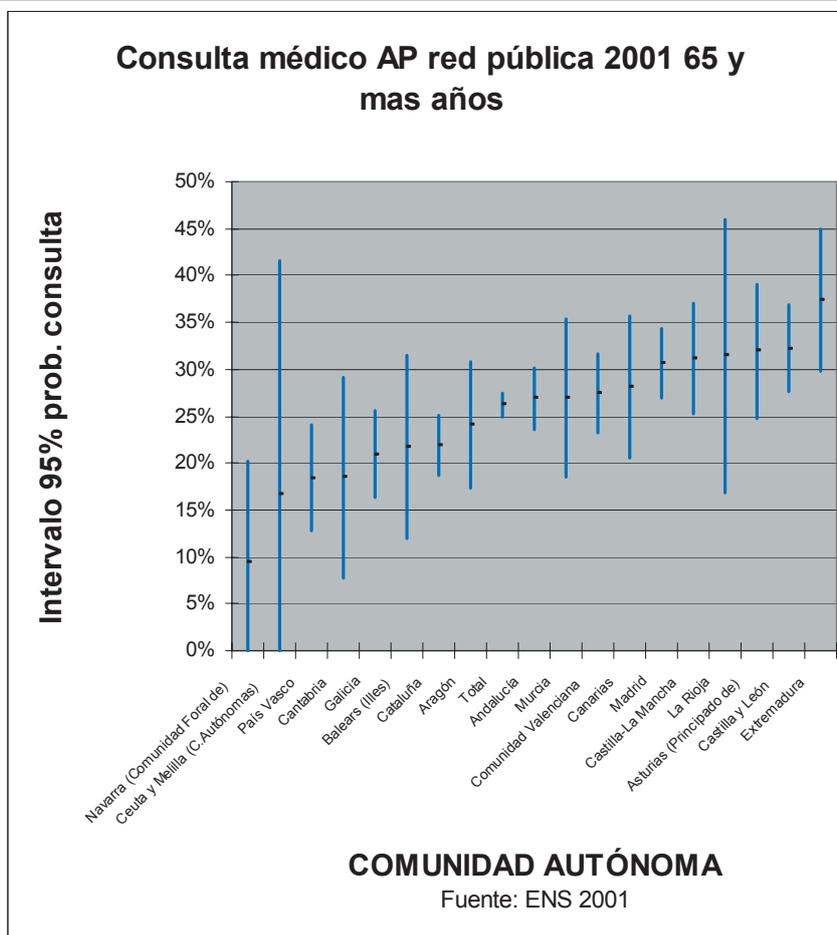


Gráfico 2



Fuente: ENS 2001

Gráfico 3



6.2.1.2. Comparando la frecuentación de la atención primaria entre CC.AA. con datos de los Servicios de Salud

Otra fuente alternativa de datos de frecuentación de atención primaria es la recogida directamente de los registros de actividad en las diferentes CC.AA. (**Tabla 1**). En este caso, no obstante, hay que ser cautelosos, por la heterogeneidad cronológica del último año disponible, entre 2001 y 2003 según las regiones.

Estas fuentes concuerdan, en términos generales, con la ENS en el sentido de que las mismas CC.AA. ocupan las posiciones extremas. Conviene destacar la asociación negativa (coeficiente de correlación -0,36) entre frecuentación al médico de familia y al pediatra. Las cuatro CC.AA. con mayor frecuentación al médico de familia visitan menos que la media española al pediatra.

Tabla 1 Frecuentación consultas atención primaria 2001-2003		
	Frecuentación médico familia (consultas por hab/año)	Frecuentación pediatras (consultas por hab en edad pediátrica/ año)
Andalucía (2002)	6.5	5.1
Aragón (2002)	6.7	4.2
Asturias (2002)	5.6	5.3
Baleares (2002)	4.1	4.4
Canarias (2002)	4.8	5.0
Cantabria (2003)	4.5	4.1
Castilla y León (2002)	6.8	3.5
Castilla - La Mancha (2001)	7.6	3.8
Cataluña (2002)	3.7	4.9
Comunidad Valenciana (2002)	5.3	5.7
Extremadura (2001)	8.5	4.0
Galicia (2003)	5.2	5.1
Madrid (2002)	5.1	5.6
Murcia (2001)	6.2	5.5
Navarra (2003)	4.5	5.9
País Vasco (2002)	3.7	5.6
La Rioja (2002)	6.9	4.4
Ceuta y Melilla (2001)	3.6	3.9
Total España	5.5	5.0
Fuente: Memorias de los Servicios Regionales de Salud del año que se indica, y de INSALUD (2001)		

El antiguo INSALUD tiene en general mayor frecuentación al médico de familia que el conjunto del SNS, ocupando las cinco posiciones extremas. No ocurre lo mismo con las consultas al pediatra. Dentro del antiguo INSALUD, hay diferencias notables entre CC.AA., que ya existían antes de las transferencias. En su último informe sobre la atención primaria de salud, INSALUD (2002) describía la evolución de la frecuentación en medicina de familia de la siguiente forma: “El crecimiento medio anual entre 1995 y 2001 es del 1.10% para el conjunto del INSALUD, aunque varias Comunidades experimentan incrementos muy superiores. Igualmente es destacable la enorme variabilidad existente con valores que oscilan entre 9,25 y 4,91 consultas por habitante y año. Este crecimiento de la utilización de servicios parece explicarse en función del incremento del volumen de consultas, ya que mientras la población crece a un ritmo del 0,88% anual, las consultas totales crecen un 3,91% en promedio por año. En el análisis de regresión se han utilizado como variables explicativas la evolución anual del ratio médico/ habitante y de la población mayor de 65 años, ninguna de las dos variables explica de forma satisfactoria el incremento de la frecuentación” (página 407). La desigual frecuentación es un hecho sin explicación inmediata.

También existen diferencias significativas entre la frecuentación a los distintos tipos de proveedores de AP en Cataluña: las Entidades de Base Asociativa (EBA, en adelante) tienen la menor frecuentación (5,3 visitas por habitante año), seguidas del ICS (6,8) y del resto de proveedores (7,5).

6.2.2. La presión asistencial

El número de consultas por profesional y día en atención primaria para el total del país es de 25,4 para el médico de familia y de 15,94 para el médico pediatra. Esta presión asistencial no es extremadamente distinta entre las CC.AA., aunque hay diferencias importantes. En general, las CC.AA. con mayor presión asistencial la soportan tanto para el médico de familia como para el pediatra.

En el año 2002, Andalucía presenta los siguientes valores: 46,75 consultas/día en medicina general, en pediatría 27,75 y 23,13 en enfermería (también presentan datos de 5,9 consultas/día para trabajo social).

En la Región de Murcia recaen también grandes presiones asistenciales, 36,5 consultas al día para el médico de familia y 22,53 para las consultas pediátricas. Tras ella Extremadura y Castilla-La Mancha, con 31,55 y 29,85 consultas diarias al médico de familia respectivamente. Por el otro extremo, en Cantabria (18,51), Castilla y León (18,95) y País Vasco (19,9) el nivel de presión asistencial es significativamente menor.

La variabilidad de las tasas en pediatría entre CC.AA. es similar a la del médico de familia, con un coeficiente de variación del 0,18. Bastante por encima de la media nacional se sitúa la Región de Murcia con 22,53 consultas de menores de 15 años al día por término medio. También Castilla-La Mancha y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla con 19,89 y 19,50 soportan presiones asistenciales en atención pediátrica similares. Son tres Comunidades Autónomas de la mitad norte del país las que tienen los menores ratios, Aragón (11,61), Cantabria (11,87) y Asturias (13,06).

En atención primaria hay más médicos que enfermeros. La ratio personal médico entre personal de enfermería es superior a uno para todas las CC.AA. y varía entre 1 y 1,3. La presión asistencial para el personal de enfermería es para España de 28 consultas por trabajador y día¹. Su variabilidad entre CC.AA. es muy similar a la de médicos, de familia y pediatras. La Comunidad con mayor presión asistencial (Navarra, 41 consultas/día) duplica a La Rioja, Ceuta y Melilla, Andalucía y Galicia, con 20 consultas de enfermería/día.

6.2.3. Los programas de atención domiciliaria y el papel de la enfermería

Prácticamente todas las CC.AA. tienen sobre el papel programas que incluyen visitas domiciliarias. No todas ellas se enfocan a los mismos problemas de salud o grupos de pacientes. Así, Andalucía rotula "personas con problemas específicos" (SAS, 2002 pag.152) las que necesitan visitas a domicilio por parte de los profesionales de atención primaria, incluyendo los recién llegados a su casa de alta hospitalaria, los pacientes terminales, los ancianos con problemas de pluripatología e inmovilidad y otros (unidades móviles de rehabilitación).

Un enfoque diferente es el de Cataluña, que dispone de un programa específico en atención primaria de ancianos con necesidades de atención domiciliaria continuada. Los indicadores de resultado están diseñados en consecuencia. Por ejemplo, el porcentaje de pacientes encamados que se ulcera.

La atención domiciliaria puede enfocarse desde la perspectiva de los profesionales que la realizan; esto es, desde el lado de la oferta, y medir la productividad en términos de visitas por día y profesional; o bien puede emprenderse una reforma de mayor calado, que pasa por redefinir a fondo el papel de la enfermería en atención primaria y hacer que estos profesionales lideren la atención domiciliaria. Esta opción requiere que se reasigne el tiempo del enfermero, desplazando su dedicación desde la revisión rutinaria de los crónicos hacia la salud comunitaria y las visitas

¹ Se incluyen todas las consultas de enfermería, también las consultas a domicilio, ya que no se dispone de los datos desagregados.

domiciliarias. En algunas CC.AA. se emprendieron reformas en este sentido. La enfermería de atención primaria ganó autonomía para definir sus planes de diagnóstico y sus planes de cuidados. El liderazgo de la enfermería en atención domiciliaria parece haber tenido resultados muy positivos (Gené y Marzo, 2003).

Los datos que aportan las memorias de 2002 de los diferentes SRS sobre atención domiciliaria son poco homogéneos.

Las visitas a domicilio representan en torno al 10% del total de las consultas de enfermería en el País Vasco y en Navarra, algo menos (9,2%) en Castilla-La Mancha y todavía menos (6,9%) en Galicia en 2002. Los médicos tienen porcentajes mucho menores (2,4% el País Vasco, 3,8% Navarra, 1,9% en Castilla-La Mancha y 1,3% en Galicia). Las memorias de los SRS de otras CC.AA. no diferencian entre consultas a domicilio y en el centro. En la **tabla 2** se comparan el número de consultas a domicilio por 100 habitantes de médicos de familia y de enfermeras para el año 2002 y para algunas CC.AA.. De los datos recogidos en dicha tabla destacan:

- a) La frecuentación varía mucho de una región a otra. La de Castilla-La Mancha es el triple de la de Galicia.
- b) Comparando las visitas de médicos de familia y de enfermeras, parece que el papel de la enfermería no es el mismo en todas las CC.AA., ni la distribución de trabajo entre los dos colectivos profesionales. Ya se ha comentado que en la reforma de la atención primaria en algunas CC.AA. se dio el liderazgo de la atención domiciliaria a las enfermeras, que cambiaron la perspectiva de este tipo de cuidados.
- c) Se desconoce si los datos de las memorias de los diferentes SRS son comparables ya que unos hablan de "visitas" a domicilio y otros de "consultas". En este capítulo se han considerado equivalentes.

Tabla 2 Consultas a domicilio en atención primaria 2002		
	Consultas enfermería por 100hab	Consultas medico de familia por 100hab(*)
Andalucía	40,5	10
Castilla-La Mancha	46	14
Galicia	15	6
Navarra	32	20
País Vasco	19	8
Fuentes: Memorias de los SRS 2002 (*) En Andalucía se incluyen pediatras		

La experiencia de Cataluña ha sido muy positiva. Priorizar las visitas a domicilio en los contratos de AP y dar protagonismo a la enfermería, que se libera parcialmente de consultas de crónicos, ha dado buenos resultados tanto en términos de salud (porcentaje de llagados) como económicos (se evitan internamientos). En Cataluña, las enfermeras de las EBA hacen más visitas a domicilio (media 1,3 por día) que las del ICS (0,7) y que las de otros tipos de proveedores (0,5). Los pacientes incorporados al programa de atención domiciliaria (básicamente ancianos) son más

visitados por el médico de familia y por la enfermera si pertenecen a un Área Básica de Salud (ABS) del ICS.

6.2.4. Sistemas de información, filosofía y práctica. La necesidad de una evaluación externa y la experiencia de la atención primaria en Cataluña

El desigual ritmo seguido por las Comunidades Autónomas en los procesos de reforma de la Atención Primaria y la carencia de un conjunto de indicadores estandarizados que permitan servir de referencia son obstáculos para analizar la utilización de esos servicios en las CC.AA. con criterios homogéneos de comparación. Especialmente importante es esta carencia por la diversidad en la cartera de servicios ofrecidos en cada región y por la heterogeneidad en la medición de los resultados de actividad. Los registros de actividad de atención primaria, base sobre la que se edifican las comparaciones de frecuentación y de cobertura de los programas, son muy desiguales en cuanto a la calidad y fiabilidad. A medida que se vaya completando el proceso de informatización de las historias clínicas, de las prescripciones y de las citas, la información en atención primaria será más realista y homogénea. Pero el ritmo de la informatización es muy desigual. Algunas CC.AA. están completando la informatización de las consultas de atención primaria (Murcia llegará al 100% este año), mientras que otras apenas están empezando.

Dado que los registros administrativos de actividad en atención primaria tienen limitaciones de fiabilidad y de alcance, vale la pena detenerse en una experiencia de evaluación externa, la de Cataluña. En 2003 se completó el proceso de reforma de la atención primaria en Cataluña. Completar la reforma costó 17 años, desde que en 1986 se creara el primer EAP de nuevo cuño. Hubo que enfrentarse a problemas presupuestarios –la reforma es costosa en términos de recursos humanos y de instalaciones-, a la escasez de suelo en las ciudades, a los derechos adquiridos por los antiguos profesionales en cuanto a horario, y a otras dificultades (Ponsá et al., 2003). Llegados a este punto, con los 345 EAP “reformados”, se pone de manifiesto la necesidad de complementar la evaluación de oficio que hace el SCS sobre cumplimiento de los objetivos pactados en los contratos de servicios de atención primaria, con una evaluación externa, que en Cataluña ha hecho la Fundación Avedis Donabedian (Ponsá et al., 2003). Los registros de actividad de los EAP concuerdan poco con la realidad auditada, como pone de manifiesto el informe de esa evaluación independiente.

A diferencia de otras CC.AA., el modelo catalán tiene vocación diversificadora. El SCS contrata la atención primaria de las diferentes ABS con diferentes proveedores. En 2003, 33 de ellos (9,6%) tienen participación privada, incluyendo grupos de profesionales de base asociativa. El 78% de los EAP (269) son del ICS. Hay además otros 43 EAP públicos ajenos al ICS.

La evaluación catalana se ha basado en una selección por muestreo de 50 EAP y el periodo de evaluación es el 2001. Se evaluaron ocho dimensiones: accesibilidad; práctica clínica y efectividad; continuidad y coordinación; eficiencia en atención comunitaria; estructura; actividad asistencial y satisfacción de los profesionales.

En síntesis, hay puntos fuertes y logros, y también algunas dificultades y limitaciones. Asignaturas pendientes son la atención a la salud comunitaria y la investigación en atención primaria. Asimismo, hay problemas de acceso por lo limitado del horario entre otras causas, a las que se intentó poner remedio con diversas medidas puntuales (Gene y Marzo 2003).

Entre los puntos fuertes se han destacado: el avance que supuso establecer prioridades en los contratos (atención domiciliaria; programas del niño sano y otros) y la implantación progresiva, iniciada en 2000, de la dirección clínica en atención primaria (Gené y Marzo, 2003).

En 2003 este programa de dirección clínica se había generalizado a todos los EAP. Como novedades, los cambios de fórmulas de financiación, introduciendo incentivos económicos individuales al cumplimiento de objetivos, y la responsabilidad financiera del equipo sobre el consumo de recursos intermedios (tiras reactivas, pruebas radiológicas); la informatización de las consultas, que alcanza a casi el 50% de las consultas en la actualidad; la motivación de los profesionales gracias a la definición de un modelo de carrera profesional con cinco niveles.

La satisfacción declarada de los usuarios ha aumentado y los porcentajes de crónicos controlados también han aumentado espectacularmente en los últimos 10 años. Los centros propios del ICS tienen indicadores de rendimiento similares, e incluso superiores en algunos aspectos (atención domiciliaria; costes de pruebas externas), a los demás proveedores.

6.3. La Salud Mental

El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en octubre de 2002 un informe exhaustivo sobre la situación de la salud mental en las CC.AA. españolas. Se basaba en las respuestas a un cuestionario abierto distribuido a las CC.AA. sobre los recursos utilizados en la prestación de servicios de salud mental. Aunque no contiene datos cuantitativos sobre frecuentación, es una información esencial para conocer la situación. En el informe se evidencian importantes deficiencias, tanto en términos de infraestructuras como de recursos humanos, en cantidad y calificación, y de tipo organizativo. La demanda de atención psiquiátrica es cada vez mayor, particularmente la de consultas, a medida que la sociedad se medicaliza (Márquez y Meneu 2003).

Para ilustrar este hecho señalamos que el número total de consultas de psiquiatría en las Unidades de Salud Mental (USM, en adelante) de INSALUD en 1988 (entonces todavía incluía a todas las CC.AA. salvo Cataluña, Andalucía, Valencia y el País Vasco) era aproximadamente el que actualmente se registra en la CC.AA. de Galicia.

La situación actual de la salud mental es consecuencia de la historia. Aunque estaba fuera del catálogo de prestaciones, ya desde los primeros años de la reforma de la atención primaria se crearon en el INSALUD "programas especiales", que incluían USM. Estaban asociados a la atención primaria y se componían de psiquiatra, psicólogo y enfermera, siendo las patologías atendidas con mayor frecuencia los trastornos afectivos y de ansiedad (53%), los trastornos adaptativos, somatoformes, esquizofrénicos y otros en menor proporción. El 62% de los pacientes eran mujeres y el 20% lo constituían menores de 16 años (INSALUD 2002a).

Los sistemas de información de salud mental son muy variados, están en su mayor parte en fase de construcción y no se prestan a comparaciones entre CC.AA.. Algunas están haciendo un esfuerzo, como es el caso del SISMA (Sistema de Información de Salud Mental) en Andalucía iniciado en 2000, o el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP) en Murcia, en su quinto año de andadura. Otras están en pleno plan estratégico, como Galicia. Hemos elaborado, homogeneizado y analizado la información disponible en las memorias de 2002 de los diferentes SRS.

En muchas CC.AA. las USM de adultos están llegando, o ya han llegado, a la saturación. Los aumentos de demanda no se pueden afrontar con las redes existentes, ni siquiera expandiéndolas moderadamente. Un informe valorativo para Cataluña de la aplicación del Decreto Ley que define la red de salud mental de utilización pública (AEN 2001) advierte que "pese a que esa red se ha ampliado a todo el territorio catalán, el incremento de la demanda, cifrado entre 1,5 hasta 2-3 veces (según zonas) la de años pasados, ha desbordado con creces las posibilidades de atención que antes eran posibles. En parte, se ha debido a la absorción de los pacientes de los cupos de neuropsiquiatría; por otro, al trabajo con la atención primaria y la sensibilización de los médicos de cabecera. Pero ese creciente incremento no se ha acompañado de los correspondientes aumentos del personal".

Es de destacar el esfuerzo de las redes de salud mental por atender la demanda creciente con los recursos escasos disponibles. Resaltamos también los esfuerzos por reasignar esos recursos hacia donde más falta hacen, con la ayuda de los sistemas de información que permiten conocer el estado de las listas de espera por consulta, en cada subprograma de salud mental y en cada Unidad. Un ejemplo es Murcia, donde los adultos esperan más que los niños. Los drogodependientes, no obstante, no tienen que esperar. La demora media en el conjunto de la red de salud mental de Murcia a 31 de diciembre de 2002 fue de 25 días, con un máximo de 52 días en el programa de adultos en una determinada USM.

El número de pacientes psiquiátricos adultos (personas diferentes, no consultas) por mil habitantes atendidos en las USM, sin incluir programas especiales, se eleva a 32,9 en el País Vasco, 30,7 en Navarra y 22,8 en Andalucía. Estas cifras infravaloran la utilización porque están calculadas sobre la población total, incluyendo la infantil. Los cálculos se han hecho de este modo porque los programas específicos infanto-juveniles de psiquiatría no tienen unificadas sus edades límite.

Las consultas psiquiátricas se diferencian de otras especialidades en que tienen una ratio sucesivas/primeras más elevado. Son procesos crónicos cuya resolución lleva largo tiempo y múltiples consultas. No existen estándares que definan el valor óptimo de la ratio. Se observa que difiere mucho entre subprogramas de salud mental y entre CC.AA.. Así, para consultas de adultos en USM extrahospitalarias, la ratio asciende a 17,7 para Navarra y 14 para el País Vasco, frente a 4,5 en Andalucía y 5,7 en Galicia.

La ratio sucesivas/primeras en las USM infanto-juveniles es mucho más alta (7,5 en Galicia, 8,4 en Andalucía y 31,2 en Navarra). La ratio también es alta en consultas externas de unidades psiquiátricas de hospitales de agudos. En Galicia casi dobla la ratio de las USM.

Esos datos indican que las patologías hospitalarias son más persistentes. Las USM resuelven las bajas por depresión y atienden síndromes de ansiedad y neurosis, patologías menos graves pero no por ello menos frecuentes, menos demandantes de terapéutica, o menos costosos. El gasto farmacéutico en el SNS en antidepresivos no tricíclicos² suele ocupar una de las primeras posiciones, tras los inhibidores de la bomba de protones³, los hipotensores⁴ que actúan sobre el sistema renina-angiotensina, y los antilipemiantes⁵. Los neurolépticos⁶ ocupan la novena posición. En Murcia, a lo largo de 2002, el diagnóstico de adultos más frecuente en las consultas psiquiátricas fue neurosis (41,6% del total de primeras consultas y 30% de todas las consultas, seguida de trastornos afectivos con un 20,6% de primeras consultas).

Es interesante para los sistemas de información de salud mental distinguir entre pacientes nuevos y pacientes que vuelven a una primera consulta por un nuevo brote. Por ejemplo, el sistema de información del País Vasco recoge información detallada a este respecto. Un 27,3% de los pacientes atendidos en 2002 son nuevos. Aproximadamente el 30% de las primeras consultas son reinicios. El sistema de información de salud mental de Murcia es un registro acumulativo de pacientes. Cuando un paciente entra al sistema por primera vez, se le abre historia y se registra. Cuentan como "primeras" consultas tanto las que lo son en sentido estricto como las de pacientes con un nuevo brote que llevaban más de seis meses sin acudir a la red.

² Los medicamentos antidepresivos actúan inhibiendo la recaptación de algunos neurotransmisores de forma no selectiva (antidepresivos tricíclicos) ó selectivamente respecto a la serotonina (antidepresivos no tricíclicos: Alprazolam, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, etc.).

³ Grupo de medicamentos, que por su mecanismo de acción están indicados en diferentes tratamientos de la esofagitis ó reflujo gastroesofágico (ej: Omeprazol, Pantoprazol, etc.).

⁴ Grupo de medicamentos indicados, entre otros, en el tratamiento de la hipertensión (Ej: Captopril, Enalapril, etc.).

⁵ Grupo de medicamentos para el tratamiento de altos niveles plasmáticos de colesterol (Ej: Simvastatina, Lovastatina, Atorvastatina, etc.)

⁶ Grupo de medicamentos tranquilizantes mayores (Haloperidol, Olanzapina, Clozapina, etc.).

El número de consultas en las USM anuales por 1000 habitantes, sin contar niños ni jóvenes, se eleva a 210 para Navarra, 151 para el País Vasco, 87 en Galicia y 65 en Andalucía. Las diferencias son, pues, muy importantes.

En los últimos años se detecta cierta tendencia a aumentar el número de pacientes tratados en las USM. Así, en Andalucía entre 2000 y 2002 hubo un 18% más de pacientes y un 8% más de consultas. En el País Vasco las consultas crecieron entre 2001 y 2002 un 3,6% y los pacientes un 3,5%. Con una perspectiva de más largo plazo, los cambios son, naturalmente, más significativos. En la década 1992-2002, Andalucía aumentó las consultas de adultos en la red de USM en un 42,8%, las infanto-juveniles en un 91%, y los ingresos hospitalarios de agudos en un 51%.

No existen tantas diferencias en la frecuentación de hospitales de agudos por 1000 habitantes, que en 2002 fue de 1,5 en Andalucía y Galicia y 2,4 en el País Vasco. Sin embargo, las unidades psiquiátricas de agudos en hospitales generales están sobreesaturadas. En cinco de los ocho hospitales públicos gallegos que tienen estas unidades, el porcentaje de ocupación de las camas en 2002 fue superior al 100%. Para el conjunto de la Comunidad, la tasa de ocupación fue el 96%. Murcia ha rondado cada año entre 1998 y 2002 el 90% de ocupación. Otras CC.AA. presentan ratios más bajas, aunque generalmente mayores que en otros servicios hospitalarios (**tabla 3**).

Tabla 3						
Indicadores seleccionados de utilización del dispositivo de salud mental 2002						
CCAA	Pacientes psiquiátricos por 1000 habitantes 2002(*)	Numero de consultas USM por 1000 hab año 2002(*)	Ratio Sucesivas/Primeras en USM(*)	Ratio Sucesivas/Primeras en USM infanto-juvenil	Frecuentacion hospitales agudos USM 2002 por 1000 hab	Indice de Ocupación Hospitales Agudos (%)
Andalucía	22.8	65	4.5	8.4	1.5	86.7
Galicia		87.2	5.7	7.5	1.5	96.0
Murcia	24.5	125.7	18.4 ⁽¹⁾	10.4 ⁽²⁾	1.6	100.3
Navarra	30.7	210.1	17.7	31.2		
País Vasco	32.9	151.3	14		2.4	89.0

(*) USM de adultos. No se incluyen los datos de Unidades infanto-juveniles ni otros programas especiales
⁽¹⁾ La ratio en Murcia es 4.6 si se incluyen en primeras visitas las que lo son en sentido estricto y las recidivas o nuevos procesos en pacientes que hace más de seis meses que no acuden a consulta
⁽²⁾ La ratio en Murcia es 4.1 si se incluyen en primeras visitas las que lo son en sentido estricto y las recidivas o nuevos procesos en pacientes que hace más de seis meses que no acuden a consulta

Fuente: Memorias de los respectivos Servicios Regionales de Salud 2002. Memoria Asistencial 2002 Departamento de Salud Mental Servicio Murciano de Salud

La reforma psiquiátrica se basó en desinstitucionalizar a los pacientes crónicos que llevaban décadas ingresados. Las Unidades de agudos de los hospitales generales atenderían los casos agudos y los pacientes crónicos y geriátricos serían canalizados hacia otras alternativas de cuidado, con o sin internamiento.

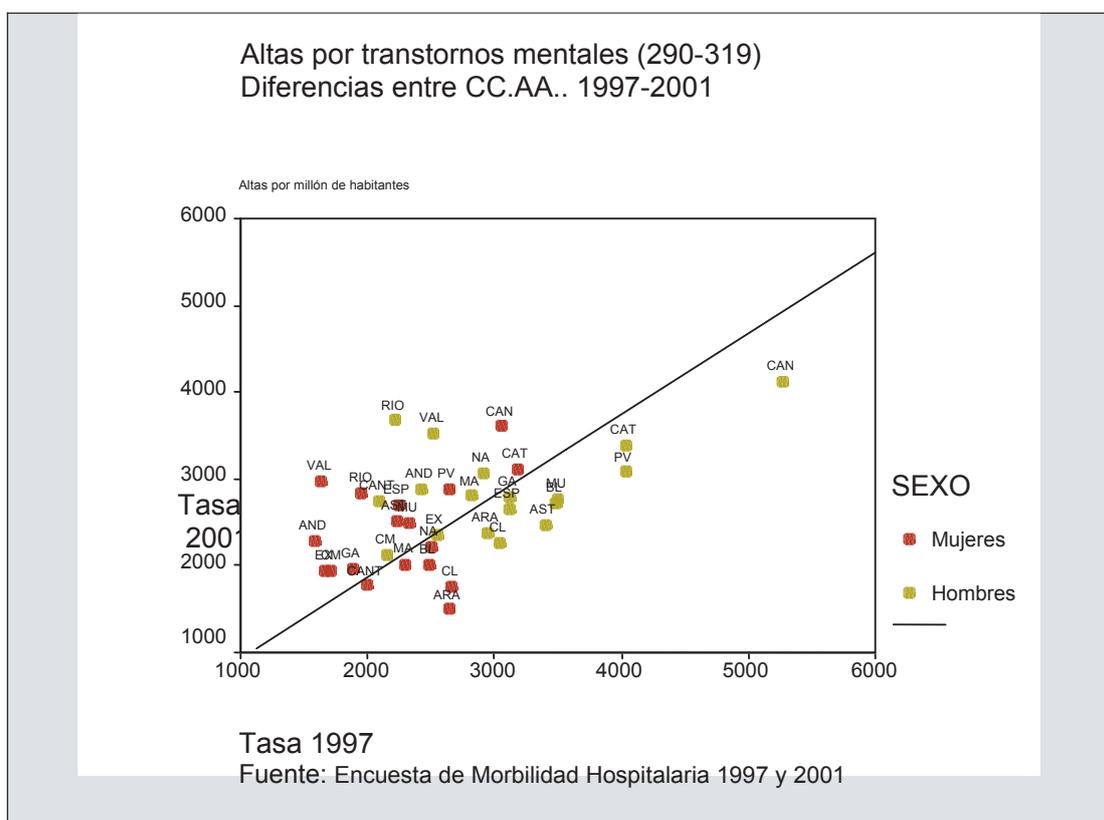
Con el fin de comparar la frecuentación hospitalaria por procesos psiquiátricos (“trastornos mentales”) entre CC.AA. y en el tiempo, se han analizado comparativamente los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 1997 y 2001.

La tasa de altas por millón de habitantes por este diagnóstico se redujo un 3% en ese periodo. La frecuentación es muy superior en los hombres que en las mujeres, 3.080 altas por millón de hombres y 2.223 por millón de mujeres en 1997. Sin embargo, las diferencias se han reducido

sensiblemente, sobre todo porque disminuye significativamente la hospitalización de hombres. Las tasas por género en 2001 fueron 2.881 y 2.290 para hombres y mujeres respectivamente.

En el **gráfico 4** puede apreciarse claramente el diferencial por género, Comunidad Autónoma y año. Se ha representado en abscisas las tasas en 1997 para hombres y mujeres, por CC.AA. y en ordenadas las correspondientes a 2001. La diagonal principal señala la ausencia absoluta de cambios. Las mujeres están sistemáticamente más cercanas al origen que los hombres, indicando que ellas tienen menos altas por este diagnóstico. Se observa además como la mayoría de los puntos se sitúan a la izquierda de la recta diagonal, reflejando que las tasas de frecuentación hospitalaria en 2001 son superiores a las de 1997 en esas CC.AA.. Las Comunidades Autónomas con tasas de altas por enfermedades mentales más altas son Canarias (4.021 altas por millón de habitantes en 1997 y con una reducción importante a 2.257 en el 2001), Cataluña (3.552 y 3.248 en 1997 y 2001 respectivamente) y País Vasco (3.265 y 3.246 altas por millón de habitantes en 1997 y 2001).

Gráfico 4



6.4. Atención Especializada

6.4.1. La frecuentación hospitalaria

6.4.1.1. La frecuentación hospitalaria en 2001

Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2001, la tasa de frecuentación es, para el conjunto del país, de 107 altas por cada 1.000 habitantes. Pero hay diferencias notables entre CC.AA. en muchos diagnósticos.

Antes de examinar diferencias regionales, conviene repasar las cifras nacionales. La tabla 4 presenta las tasas de frecuentación hospitalaria de algunos diagnósticos seleccionados para hombres y mujeres en España en 2001. Las enfermedades del aparato circulatorio son, con diferencia, las que mayores ingresos hospitalarios provocan tanto para hombres como para mujeres, con unas tasas de 15.645 y 11.827 altas por millón de hombres y de mujeres respectivamente (**tabla 4**). Tras este diagnóstico, las enfermedades del aparato respiratorio son las de mayor frecuentación, con importantes diferencias por género (12.680 altas por millón de hombres frente a 7.379 en el caso de las mujeres).

Los tumores malignos tienen en general una tasa alta de frecuentación, pero ésta es muy superior en el caso de los hombres que en el de las mujeres, 8.002 y 5.401 respectivamente por millón de hombres y mujeres. Para los tumores benignos, sin embargo, la frecuentación es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres.

Se analizan a continuación las diferencias de frecuentación entre CC.AA., siempre según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2001. Las Comunidades con tasas de frecuentación hospitalaria más elevadas por todos los diagnósticos son Baleares y Aragón, con 142 y 123 altas por mil habitantes respectivamente. Las de menor frecuentación son Canarias y Andalucía, con tasas muy inferiores a la nacional, 92 y 95 por cada mil habitantes.

La ratio máximo/mínimo es 1,5, indicando que la Comunidad Autónoma con mayor frecuentación supera en torno a un 50% la tasa de frecuentación de la región con menor frecuentación.

** Reflexión: El indicador altas hospitalarias (episodios que han producido al menos una estancia) presenta como limitación no recoger aquellos procesos cuyo estudio ó tratamiento se hace en el hospital pero de forma ambulatoria y que también deben medirse a la hora de medir la utilización hospitalaria. (Andalucía: Hospital de Día Médico y Quirúrgico).*

Tabla 4				
Frecuentación hospitalaria Ingresos por 1.000.000 habitantes (España, 2001)				
		Total	Hombres	Mujeres
	Todos los diagnósticos (por 1000h)	106	102	111
(001-009)	Enfermedades infecciosas intestinales (excepto: cólera y botulismo)	678	731	639
(003-005)	Intoxicación alimentaria (excepto botulismo)	184	196	176
(042-079)	Enfermedades por virus (incluido VIH) (Excepto: sarampión, fiebre amarilla, lepra, rabia, poliomielitis)	792	1.035	572
(140-208)	Tumores malignos	6.619	8.002	5.401
(210-229)	Tumores benignos	1.594	731	2.453
(250)	Diabetes	790	827	768
(260-269)	Deficiencias de la nutrición	22	24	21
(280-289)	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	841	797	899
(290-319)	Trastornos mentales	2.558	2.881	2.290
(320-359)	Enfermedades del sistema nervioso	146	1.404	1.554
(360-379)	Enfermedades del ojo y sus anexos	2.484	2.382	2.625
(380-389)	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	677	669	696
(390-459)	Enfermedades del aparato circulatorio	13.580	15.645	11.827
(401-405)	Enfermedad hipertensiva	567	486	654
(410)	Infarto agudo de miocardio	1.228	1.766	731
(430-438)	Enfermedad cerebro-vascular	2.554	2.784	2.377
(460-519)	Enfermedades del aparato respiratorio	9.892	12.680	7.379
(520-529)	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	511	512	520
(540-543)	Apendicitis	110	1.303	936
(580-599)	Enfermedades del aparato urinario	2.641	2.936	2.402
(600)	Hiperplasia de la próstata		1.269	
(610-611)	Afecciones de la mama		83	768
(710-739)	Enfermedades del sistema osteoarticular y del tejido conjuntivo	6.455	6.137	6.871
(740-759)	Anomalías congénitas	957	1079	857
(760-779)	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.423	1.600	1.278
(800-804)	Fracturas	4.331	4.504	4.238
CODV	Códigos V (Diagnósticos principales)	3.350	3.370	3.389

Fuente: Encuesta Morbilidad Hospitalaria 2001

6.4.1.2. Tasas de hospitalización por grupos de diagnóstico

Para ahondar en el análisis de esta variabilidad en la frecuentación hospitalaria, se analiza la dispersión (ratio máximo/mínimo) entre CC.AA. por grupos de diagnóstico y para los dos géneros. El **gráfico 5** representa, mediante puntos, algunos grupos diagnósticos seleccionados, diferenciando hombres y mujeres. En abscisas se mide la tasa de frecuentación (ingresos por millón de habitantes en 2001) y en ordenadas la dispersión regional de esa frecuentación.

La variabilidad regional en la frecuentación es mayor para diagnósticos poco frecuentes, como era de esperar, y tiende a reducirse a medida que aumenta la frecuentación. Una función cuadrática

decreciente, representada en el gráfico 5, ajusta bastante bien los puntos. Sin embargo, comparando diagnósticos con frecuentación media similar se encuentran diferencias de dispersión hasta de 1 a 7.

Los diagnósticos con mayor variabilidad son los del CIE9 (520-529), enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares. El coeficiente de variación para las mujeres es 0,53 reflejando diferencias sustanciales entre CC.AA.. De hecho, en Murcia se han registrado 197 altas por millón de habitantes en ese grupo diagnóstico, y en la Comunidad Valenciana, 1.402.

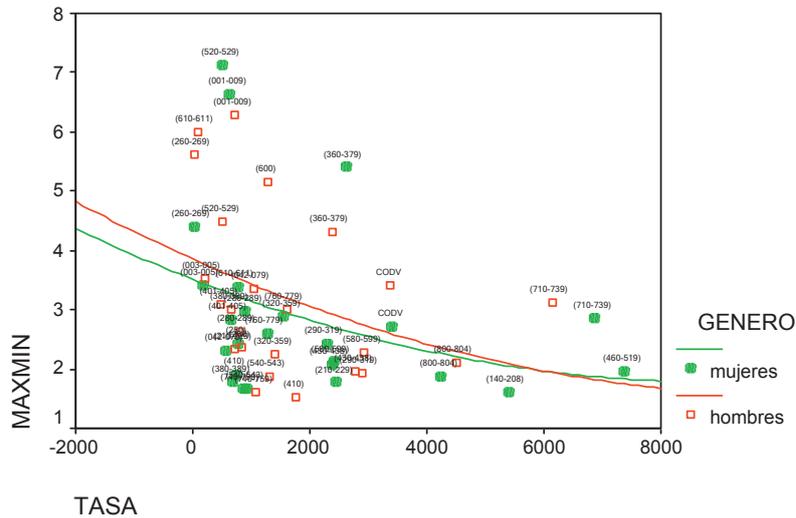
Diferencias similares se reflejan en las altas de enfermedades infecciosas intestinales (001-009) para ambos sexos. En las Islas Baleares la tasa de ingreso por este diagnóstico fue en 2001 de 1.862 por millón de habitantes. En la Comunidad Gallega fue sólo de 288.

La variabilidad también es importante en los diagnósticos 610-611 (Afecciones de la mama) y en la hiperplasia de próstata. Madrid, con 1.167 altas de afecciones de la mama por millón de mujeres, ha triplicado la tasa de Murcia (345). En el caso de la hiperplasia de próstata las diferencias se multiplican hasta por 5,2. Aragón tiene 2.423 altas por millón de hombres, Canarias tiene 469. Este diferencial se explica parcialmente por las diferencias en la distribución etaria, ya que no se han calculado las tasas estandarizadas. Sin embargo, los diferenciales en las tasas brutas son tan importantes que no pueden ser imputables únicamente a este factor demográfico. La variabilidad en la práctica médica se ha estudiado, en España, para diversos procedimientos y áreas geográficas y sus causas son múltiples, por el lado de la demanda y por el de la oferta (Compañía et al 1995, Marión Buen et al 1998, Verdaguer 2003). Cuando hay más incertidumbre sobre la efectividad, es más probable que la variabilidad de la práctica sea mayor. Esto ocurre con el diagnóstico de la hiperplasia de próstata que se ha comentado, entre otros. Las intervenciones electivas presentan normalmente mayor variabilidad. Esto ocurre con los diagnósticos de enfermedades de los ojos, en los que hay que notar que las mujeres están expuestas a mucha mayor variabilidad que los hombres.

Gráfico 5

Altas por millón de habitantes

Variabilidad entre CCAA según grupo diagnóstico



Notas:

(1) Las altas se adscriben a la Comunidad Autónoma de residencia del paciente

(2) Excluidas Ceuta y Melilla

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2001

Código	Diagnóstico
(001-009)	Enfermedades infecciosas intestinales (excepto: cólera y botulismo)
(003-005)	Intoxicación alimentaria (excepto botulismo)
(042-079)	Enfermedades por virus (incluido VIH) (Excepto: sarampión, fiebre amarilla, lepra, rabia, poliomielitis)
(140-208)	Tumores malignos
(210-229)	Tumores benignos
(250)	Diabetes
(260-269)	Deficiencias de la nutrición
(280-289)	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos
(290-319)	Trastornos mentales
(320-359)	Enfermedades del sistema nervioso
(360-379)	Enfermedades del ojo y sus anexos
(380-389)	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
(390-459)	Enfermedades del aparato circulatorio
(401-405)	Enfermedad hipertensiva
(410)	Infarto agudo de miocardio
(430-438)	Enfermedad cerebro-vascular
(460-519)	Enfermedades del aparato respiratorio
(520-529)	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares
(540-543)	Apendicitis
(580-599)	Enfermedades del aparato urinario
(600)	Hiperplasia de la próstata
(610-611)	Afecciones de la mama
(710-739)	Enfermedades del sistema osteoarticular y del tejido conjuntivo
(740-759)	Anomalías congénitas
(760-779)	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
(800-804)	Fracturas
CODV	Códigos V (Diagnósticos principales)

6.4.1.3. Cambios en los patrones de frecuentación entre 1997 y 2001

Para analizar la evolución temporal de las tasas de frecuentación hospitalaria y cómo ha evolucionado la variabilidad de la frecuentación entre las CC.AA. se ha comparado lo acontecido entre 1997 y 2001 según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, para los grupos de diagnósticos con mayores tasas de frecuentación (**tabla 5**).

Tabla 5				
Variabilidad en la frecuentación hospitalaria entre las CC.AA. 1997-2001(*)				
	1997		2001	
	Max/Min	Coef. Variación	Max/Min	Coef. Variación
Todos los diagnósticos	1.56	0.12	1.50	0.11
Tumores malignos	1.94	0.20	1.83	0.17
Trastornos mentales	2.10	0.22	2.00	0.20
Enfermedades del ojo y sus anexos	3.09	0.25	4.76	0.39
Enfermedades del aparato circulatorio	1.62	0.14	1.68	0.14
Enfermedad cerebro-vascular	1.84	0.19	2.00	0.18
Enfermedades del aparato respiratorio	1.88	0.15	1.92	0.15
Enfermedades del aparato urinario	2.54	0.23	2.20	0.17
Enfermedades del sistema osteoarticular y del tejido conjuntivo	2.21	0.24	2.79	0.29
Fracturas	2.47	0.24	1.99	0.15
Códigos V (Diagnósticos principales)	4.68	0.53	2.74	0.30

(*) Los ingresos hospitalarios se asignan a la Comunidad Autónoma de residencia del paciente
Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1997 y 2001

No existe una pauta definida de reducción de la variabilidad. El coeficiente de variación global apenas se redujo una centésima, de 0,12 en 1997 a 0,11 en 2001. Por diagnósticos, ha aumentado sensiblemente la variabilidad interregional en los ingresos hospitalarios por enfermedades del ojo y del sistema osteoarticular, y ha habido una homogeneización en cuanto a tumores malignos, aparato urinario y fracturas.

Quizás el hecho más relevante a destacar sea la mayor homogeneidad entre CC.AA. en el grupo de diagnósticos inespecíficos (Código V), consecuencia de la mejora de los sistemas de codificación e informatización generalizada, en mayor grado en los hospitales que peor lo hacían.

6.4.1.4. Variabilidad en las tasas poblacionales de determinados procedimientos quirúrgicos 1997-2001

La utilización de los servicios sanitarios especializados incluye la realización de una serie de procedimientos quirúrgicos relacionados directamente con los diagnósticos al alta. El CMBD es una valiosa fuente de información a este respecto. Se han seleccionado algunos de estos procedimientos y se ha analizado la variabilidad de su práctica entre las CC.AA., así como la evolución de esta dispersión, comparando las tasas no estandarizadas⁷ por millón de habitantes a partir de los datos del CMBD de 1997 y de 2001⁸.

⁷ Hay que notar que el criterio de asignación de una intervención quirúrgica a una Comunidad Autónoma es el de donde radica el proveedor, es decir, los procedimientos se asignan a la Comunidad en la que está el hospital. Algunas Comunidades presentan tasas altas en intervenciones de alta complejidad porque se

Se han seleccionado nueve procedimientos quirúrgicos, tres de ellos relacionados con las tecnologías en diagnósticos cardiacos (36.06-Obstrucción A.C. Stent; 36.1 Anastomosis para R.C. y 37.2- Cateterismo cardiaco). Dos procedimientos están ligados al género, prostactectomía y mastectomía, y con frecuencia se emplean para ilustrar variabilidades importantes en la práctica que reflejan el distinto funcionamiento de los sistemas de salud. Los restantes cuatro procedimientos quirúrgicos son la apendicectomía (su indicación es clara, no hay espacio para la incertidumbre y no debería haber más variabilidad que la atribuible al azar); colecistectomía; sustitución total de cadera y sustitución total de rodilla. Estas últimas corresponden a procedimientos de cirugía normalmente electiva que, más que salvar vidas, mejoran la calidad de vida.

De estos procedimientos, los más frecuentes son el 47-apendicectomía, 51.2-colecistectomía y 37.2-cateterismo cardiaco con un tasa total nacional de 1090, 1.017 y 1.012 procedimientos por cada millón de habitantes respectivamente. En la **tabla 6** se presentan las tasas por CC.AA..

Según se deduce de los datos del CMBD, hay poca homogeneidad en la práctica de procedimientos quirúrgicos, incluso de aquellos que se han calificado como no electivos. Canarias realiza una tasa de apendicectomías (560) tres veces menor que en la Comunidad de Navarra (1395).

Los procedimientos de menor variabilidad, aproximada por el coeficiente de variación, son las apendicectomías, mastectomías y colecistectomías. Los de mayor variabilidad entre CC.AA. son la colocación de stent, la anastomosis para RC y la sustitución total de cadera.

Las diferencias en los procedimientos más vanguardistas, como el 36.06-stent, son muy apreciables. Destaca, muy por encima del resto de las CC.AA., la de Cantabria, con una tasa de 1.044 por millón de habitantes, seguida de Murcia con 774. Por el lado contrario, la Comunidad Valenciana (173) y Extremadura (211) son las regiones españolas en las que este procedimiento cardiaco es menos realizado.

cuentan las realizadas, en calidad de centro de referencia, a pacientes de otra región en la que no se presta ese servicio.

⁸ *Los datos más recientes del CMBD disponibles para todo el país, a través del MSC, son de 2001. Algunos servicios de salud de CC.AA. recogen anticipadamente en sus memorias datos del CMBD de 2002, pero en este apartado, por mor de la comparabilidad, todos los datos se referirán al año 2001.*

Tabla 6									
Procedimientos Quirúrgicos seleccionados.									
Tasas por millón de habitantes en las CC.AA. españolas.									
CMBD 2001	51.2 Colecistectomía	36.1 Anastomosis para R.C.	81.51 Sus. Tot. Cadera	37.2 Cateterismo Cardíaco	60 Prostatectomía	81.54 Sus.tot. Rodilla	47 Apendicec- tomía	85.4 Mastec- tomía	36.06 Stent
Andalucía	1.086	77	271	768	348	355	1.072	191	333
Aragón	1.039	133	502	672	846	528	974	237	439
Asturias	1.140	216	930	1.566	728	672	1.125	307	388
Balears (Illes)	677		295	959	455	288	846	147	560
Canarias	433	39	185	650	287	212	560	131	344
Cantabria	1.075	130	636	1.946	465	446	1.157	221	1.044
Castilla-La Mancha	1.111		336	632	545	439	1214	242	226
Castilla y León	918	94	625	1.178	741	506	1.401	259	462
Cataluña	1.424	164	548	1.043	828	722	907	231	310
C. Valenciana	948	178	355	757	523	448	1.055	251	173
Extremadura	1.101	98	263	770	510	434	1.313	239	211
Galicia	412	79	353	1.247	278	191	921	105	600
Madrid	945	183	350	1.422	428	392	903	221	567
Murcia	1.161	96	248	577	397	307	1.227	218	774
Navarra	1.521	50	856	962	642	680	1.395	209	475
País Vasco	1.202	113	665	1.039	602	521	1.155	167	446
Rioja (La)	1.098		673		847	843	1309	281	
Max/MIN	3.69	5.49	5.04	3.37	3.04	4.41	2.50	2.92	6.02
Coefficiente Variación	0.28	0.43	0.46	0.37	0.33	0.37	0.20	0.24	0.47

Fuente: CMBD 2001

La Comunidad de La Rioja, la única en la que no se realizan dos de los procedimientos seleccionados, tiene la tasa de prostatectomía (847 por millón de hombres) más elevada del país, tres veces mayor que la de Canarias (287).

La variabilidad en la 85.4-mastectomía es similar, siendo el ratio máx/mín de 2,92, pero en este caso es en el Principado de Asturias, con 307 por millón de mujeres, la que triplica prácticamente las realizadas en Galicia (105).

Para los procedimientos de sustitución de cadera y rodilla la desigualdad entre las CC.AA. es muy significativa. En el caso de la prótesis de rodilla vuelve a ser La Rioja la que mayor número de procedimientos realiza (843 por millón de habitantes), frente a Comunidades como la Gallega (191) o Canarias (212).

Canarias es también, con diferencia, la Comunidad en la que menos procedimientos de sustitución de cadera se realizan, 185 por millón de habitantes, frente a las 930 de Asturias o las 856 realizadas en Navarra.

¿Cómo han evolucionado las diferencias regionales desde 1997?. Prácticamente todos los procedimientos se utilizan más, con la excepción de la anastomosis para RC. Los aumentos de

prácticas de cateterismo cardiaco y de stent han sido espectaculares. En la **tabla 7** se puede ver que, a pesar de que las diferencias entre CC.AA. persisten, éstas son menores que en 1997. De hecho, en todos los procedimientos quirúrgicos analizados, salvo el stent, la heterogeneidad entre CC.AA. en 2001 es menor que la que existía en 1997. El aumento de 2,3 a 6 del ratio máximo/mínimo de colocaciones de stents puede estar reflejando diferencias en la tasa de ambulatorización de dichos procedimientos, ya que el CMBD solo incluye los procedimientos realizados con internamiento. Por otra parte, en estos cinco años, la práctica de procedimientos de cateterismo cardiaco se ha extendido por todo el país, hasta el punto de que la ratio máximo/mínimo bajó de 29 a 3.

Tabla 7						
Procedimientos Quirúrgicos. Variabilidad entre CC.AA. y cambios en el quinquenio 1997-2001						
Tasas por millón de habitantes						
	AÑO	Máximo	Mínimo	Media(*)	Desv. típ.	Max/Min
51.2 – COLECISTECTOM	1997	1345	159	768	343	8.5
	2001	1521	412	1017	292	3.7
36.1- ANASTOMOSIS PARA R.C	1997	396	52	163	91	7.6
	2001	216	39	118	52	5.5
47.- APENDICECTOMIA	1997	1268	450	832	236	2.8
	2001	1401	560	1090	221	2.5
37.2-CATETERISMO CARDIACO	1997	1056	36	469	346	29.0
	2001	1946	577	1012	383	3.4
85.4- MASTECTOMIA	1997	299	94	173	54	3.2
	2001	307	105	215	53	2.9
36.06- OBSTRUCC A.C.+ STENT	1997	77	34	52	23	2.3
	2001	1044	173	459	222	6.0
60 PROSTATECTOMIA	1997	1098	271	568	256	4.1
	2001	847	278	557	189	3.0
81.51- SUST TOTAL CADERA	1997	797	133	396	204	6.0
	2001	930	185	476	224	5.0
81.54 - SUST TOTAL RODILLA	1997	499	64	267	112	7.8
	2001	843	191	470	181	4.4

(*) Promedio no ponderado de las tasas de las 17 CC.AA.
Fuente: CMBD 1997 y 2001

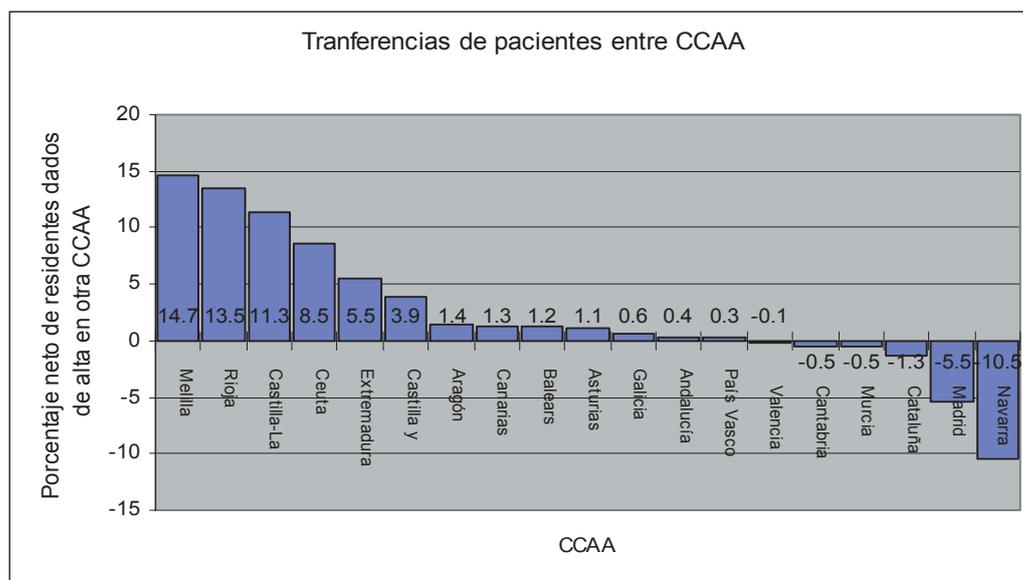
6.4.1.5. Los pacientes desplazados entre CC.AA.

Sin tener en cuenta el alta a pacientes residentes en el extranjero, Navarra (10,5%), Madrid (5%) y Cataluña (1,4%) son, aunque con grandes diferencias entre ellas, las tres CC.AA. que más altas registran de pacientes que residen habitualmente en otra CC.AA., según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 2001. Las Comunidades Autónomas que exportan pacientes para ser ingresados en otra CC.AA. son Melilla (14,65%), La Rioja (13,2%), Castilla-La Mancha (11,3%), Ceuta (8,5%), Extremadura (5,5%) y Castilla y León (3,9%). El **gráfico 6** ordena las CC.AA. por emisión de pacientes desplazados, y aporta información complementaria sobre este tema.

La tónica de transferencias de pacientes entre CC.AA. no se ha modificado en el último quinquenio. De hecho, las posiciones relativas de las CC.AA. “importadoras” y “exportadoras” de pacientes en España ha permanecido invariable. A esta conclusión se llega comparando la información proporcionada por la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de los años 1997 y 2001.

Si además de los flujos interregionales de residentes españoles incluimos a los residentes en el extranjero que han de ser ingresados en España, las dos regiones insulares, que en el gráfico 6 aparecen como exportadoras de pacientes en 2001, con el 1.21% y el 1.31% respectivamente, pasan a ser importadoras netas de pacientes desde fuera de las Islas, sobre todo Baleares (saldos de -3.29% y -0.57% respectivamente).

Gráfico 6



Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de los años 1997 y 2001

6.4.2. Indicadores de utilización de los hospitales

Las fuentes de información sobre actividad hospitalaria homogéneas disponibles en el momento actual llegan hasta 2001 (Encuesta de Morbilidad Hospitalaria INE y CMBD). La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI) aporta información mas detallada en algunos aspectos. Pero la más reciente que está disponible, desagregada por CC.AA., es la de 2000.

6.4.2.1. Diferencias en actividad obstétrica y tasa de cesáreas

El parto vaginal sin complicaciones sigue siendo el primer producto hospitalario (GRD más frecuente) en España. Otros tipos de parto ocupan también posiciones de alta frecuencia. Su número ha aumentado un 7% entre 1997 y 2000, con gran disparidad entre CC.AA.. Las dos Castillas y, sobre todo, Extremadura, disminuyen su actividad en esta área, mientras que Madrid y Baleares aumentan espectacularmente, y Cataluña y Valencia lo hacen a buen ritmo.

Este hecho es consecuencia de un fenómeno demográfico, asociado a la inmigración, pero tiene a su vez consecuencias sanitarias. El dispositivo obstétrico necesita adaptarse a los cambios. Además, cada vez hay más embarazos de alto riesgo, por las edades avanzadas de las madres españolas, con frecuencia primíparas, y por las condiciones sanitarias de las madres inmigrantes.

El porcentaje de cesáreas se ha utilizado a veces como indicador de gestión clínica en obstetricia, y ha sido durante años monitorizado, con un valor objetivo predefinido, en los contratos-programa hospitalarios. En España el porcentaje de cesáreas está subiendo, del 19,8% en 1997 al 21,7% en

2000. Las diferencias regionales son notables y se han acentuado en este periodo, como cuantifica la **tabla 8**. Navarra y el País Vasco ya ocupaban las posiciones de menor uso de esta práctica, y lo han reducido o mantenido desde 1997. También Cataluña, a pesar de registrar una de las tasas más elevadas en 1997 también ha mantenido el % de cesáreas prácticamente en el tiempo. Valencia mantiene la posición de mayor porcentaje de cesáreas en nuestro país, aproximadamente la cuarta parte de todos los partos en 2000.

Tabla 8						
Indicadores de actividad obstétrica en las CC.AA. españolas 1997-2000						
CC.AA.	% cesáreas 1997	% cesáreas 2000	Incremento	Total de partos 1997	Total de partos 2000	Incremento %
Andalucía	18,1%	20,3%	2,2%	77.953	79.829	2,4%**
Aragón	16,4%	18,9%	2,5%	9.356	9.607	2,7%
Principado de Asturias	17,7%	20,9%	3,1%	6.607	6.746	2,1%
Islas Baleares	16,9%	19,6%	2,7%	7.941	9.055	14,0%
Canarias	16,5%	18,5%	1,9%	17.530	19.076	8,8%
Cantabria	21,4%	24,2%	2,8%	3.845	4.159	8,2%
Castilla-La Mancha	18,8%	20,9%	2,1%	15.772	15.579	-1,2%
Castilla y León	19,6%	22,7%	3,1%	17.901	17.517	-2,1%
Cataluña	22,1%	22,4%	0,3%	57.085	64.079	12,3%
Comunidad Valenciana	22,5%	25,4%	2,9%	36.940	40.632	10,0%
Extremadura	21,6%	23,9%	2,3%	10.346	9.593	-7,3%
Galicia	21,3%	24,3%	3,0%	18.668	19.340	3,6%
Madrid	21,1%	23,0%	1,9%	49.526	56.902	14,9%
Murcia	18,7%	21,4%	2,8%	13.469	14.647	8,7%
Navarra	16,3%	17,0%	0,7%	4.933	5.256	6,5%
País Vasco	17,9%	14,6%	-3,3%	16.748	17.232	2,9%
La Rioja	20,6%	25,1%	4,5%	2.062	2.257	9,5%
Ceuta y Melilla	18,7%	22,7%	3,9%	2.153	2.423	12,5%
TOTAL NACIONAL	19,8%	21,7%	1,9%	368.835	393.929	6,8%
Max	22,5%	25,4%				
Min	16,3%	14,6%				

Fuente: EESCRI 1997 y 2000 (datos provisionales)

6.4.2.2. La actividad quirúrgica

Comparando 1997 y 2000 con datos de la misma fuente (EESCRI) se aprecia un discreto incremento de actividad quirúrgica total en España (10,5%), con pautas diferenciadas entre CC.AA., como ilustra la tabla 9. El caso de Cataluña, con un aumento de actividad del 20%, es con diferencia el más importante. Sólo disminuyen en términos absolutos su actividad quirúrgica tres CC.AA.: Castilla-La Mancha (5%), La Rioja (2,1%) y Galicia (1%).

* Según el Sistema de Información Interhospitales de Andalucía (INIHOS), que recoge datos únicamente de hospitales de la Consejería de Salud (SAS Y 2 Empresas Públicas) el porcentaje de cesáreas en 1997 y 2000 es 16,8% y 18,9% respectivamente, lo que supone un incremento de 2,1%.

** En los hospitales del SAS de Andalucía el número de partos ha descendido globalmente un 11,6% durante el periodo 1997-2000, excepto en Málaga y Almería, donde se ha incrementado 1,8% y 61,1% respectivamente. En el caso de Almería este aumento puede verse justificado por la creciente población inmigrante de la zona.

Esas cifras, traducidas a tasas por mil habitantes, indican que en España se intervenía a 84 habitantes de cada mil en 1997 y a 91 en el año 2000, lo que supone un incremento del 7,3%. Es de destacar el caso de Cataluña, que tiene un incremento de actividad quirúrgica muy considerable (16%) en esos años, pasando a ser la Comunidad Autónoma con mayor tasa de intervenciones quirúrgicas (115) en 2000. Baleares aumentó su actividad en términos de intervenciones quirúrgicas realizadas pero, dado su fuerte incremento demográfico, disminuye su tasa un 11%. Castilla-La Mancha es la Comunidad Autónoma con menor tasa de intervenciones en 2000 (60).

El porcentaje de cirugía ambulatoria sobre actos quirúrgicos totales es un indicador indirecto de la reconversión tecnológica hacia las intervenciones mínimamente invasivas y hacia las nuevas tecnologías que evitan la hospitalización. Sería deseable conocer qué porcentaje representan las intervenciones quirúrgicas de Cirugía Mayor Ambulatoria sobre las intervenciones potencialmente ambulatorias.⁹

Desafortunadamente, este indicador no se puede obtener a partir de la información de la EESCRI 2000. Alternativamente, ofrecemos en la tabla 9 el porcentaje de cirugía mayor ambulatoria sobre el total de intervenciones quirúrgicas, incluyendo las de necesaria hospitalización y la cirugía menor*.

El porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria sobre el total de actos quirúrgicos pasó en España del 10,4% al 16,3% entre 1997 y 2000. Las CC.AA. tienen porcentajes diferentes que no han tendido a igualarse. La dispersión sigue aproximadamente igual. Murcia y Extremadura han incrementado su actividad relativa de CMA en más de diez puntos porcentuales mientras Galicia fue la comunidad autónoma que menos la incrementó (3,2 puntos porcentuales).

9 Como referente ilustrativo, digamos que en el País Vasco actualmente el 45% de las intervenciones quirúrgicas susceptibles de ambulatorización se hacen sin internamiento (Inclán, 2003) y que el grupo Top del Benchmark hospitalario se encuentra en torno al 55%.

** En Andalucía existe un sistema de información específico de Cirugía Mayor Ambulatoria para aquellos procedimientos quirúrgicos incluidos en los contratos programa de los diferentes hospitales.*

Tabla 9

Indicadores de actividad quirúrgica en las CCAA españolas 1997-2000									
CCAA	Total actos quirúrgicos 1997	Total actos quirúrgicos 2000	Incremento de actividad (%)	Tasa IQ totales por 1000 hab 1997	Tasa IQ totales por 1000 hab 2000	Incremento %	% Cirugía ambulatoria sobre total actos quirúrgicos 1997	% Cirugía ambulatoria sobre total actos quirúrgicos 2000	Diferencia
Andalucía	545.021	623.717	14,40%	76	85	11,60%	10,50%	18,10%	7,60%
Aragón	97.679	107.748	10,30%	83	91	9,20%	4,10%	10,70%	6,60%
Asturias (Principado de)	74.636	79.522	6,50%	70	74	5,50%	6,90%	12,30%	5,40%
Baleares (Illes)	92.728	94.917	2,40%	126	112	-11,20%	14,90%	23,40%	8,50%
Canarias	153.279	157.980	3,10%	97	92	-5,30%	15,70%	23,10%	7,40%
Cantabria	37.184	37.544	1,00%	71	71	0,10%	12,80%	18,30%	5,40%
Castilla-La Mancha	110.461	104.751	-5,20%	65	60	-7,00%	13,70%	17,60%	3,90%
Castilla y León	172.248	192.724	11,90%	69	78	13,00%	6,10%	10,70%	4,60%
Cataluña	594.489	717.484	20,70%	98	115	16,80%	11,60%	17,50%	5,90%
Comunidad Valenciana	307.053	351.939	14,60%	78	85	9,10%	7,40%	11,40%	4,00%
Extremadura	67.614	75.291	11,40%	63	70	12,20%	6,70%	16,80%	10,00%
Galicia	211.483	209.390	-1,00%	78	77	-1,40%	8,90%	12,10%	3,20%
Madrid	516.061	536.811	4,00%	103	103	0,40%	11,80%	15,60%	3,80%
Murcia	86.025	95.846	11,40%	79	83	5,80%	10,50%	23,60%	13,20%
Navarra (Comunidad Foral de)	48.491	55.732	14,90%	92	102	11,60%	7,70%	12,40%	4,70%
País Vasco	179.009	199.953	11,70%	87	95	9,70%	10,90%	18,30%	7,40%
La Rioja	19.631	19.228	-2,10%	76	73	-3,60%	7,20%	15,80%	8,60%
Ceuta y Melilla (C.Autónomas)	8.484	8.606	1,40%	63	61	-3,50%	11,40%	21,00%	9,60%
TOTAL NACIONAL	3.321.576	3.669.183	10,50%	84	91	7,30%	10,40%	16,30%	5,90%
Max			20,70%	127	114,6	16,80%	15,70%	23,60%	13,20%
Min			-5,20%	62,7	60,4	-11,20%	4,10%	10,70%	3,20%
Max/Mn			2,02	1,9			11,50%	12,90%	
CV			0,2	0,19					

Fuente: EESCR I 1997 Y 2000 (datos provisionales)

6.4.3. Indicadores de gestión del recurso camas: las estancias medias

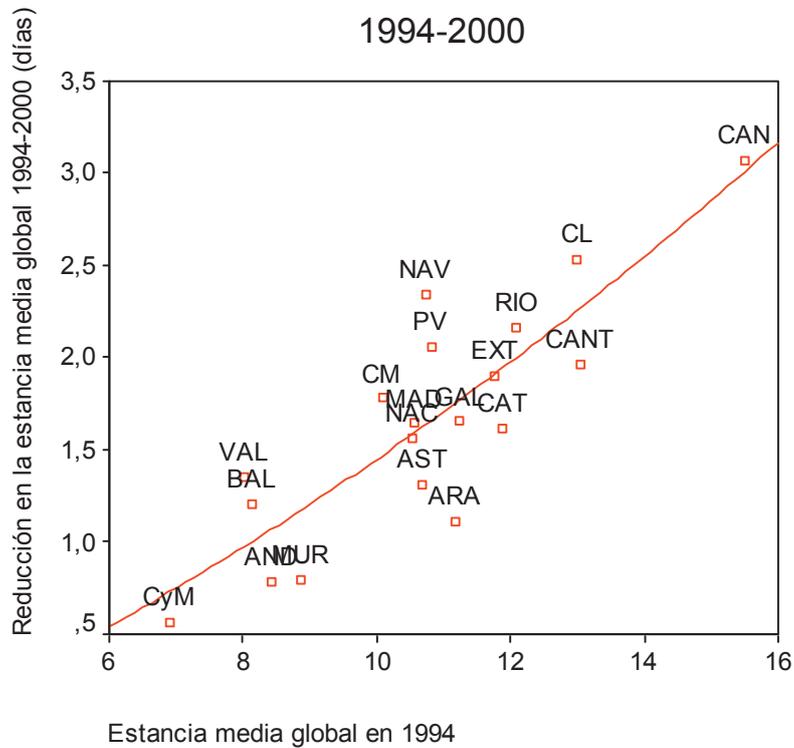
El control de la estancia media es uno de los objetivos más controvertidos de la gestión en los hospitales de agudos. Dado que es un indicador de carácter más estructural, y con el fin de obtener una proyección a más largo plazo, hemos optado por analizar la evolución temporal de la estancia media hospitalaria, por tipos de servicios, comparando la información de la EESCRI 1994 con la ofrecida por la misma fuente en el último año disponible (2000). En dicho periodo de tiempo la estancia media hospitalaria, para el conjunto de todos los procesos, se ha reducido en 1,56 días pasando de 10,5 en 1994 a 8,98 en 2000. Si bien en conjunto la reducción no parece especialmente importante, hay diferencias intrínsecas a las áreas asistenciales y por CC.AA. que aconsejan su análisis por separado.

Hay una pauta común entre las CC.AA.: el empeño en reducir las estancias medias. Las que partían de niveles más altos tenían mayor margen de bajada, como se muestra en el **gráfico 7**. En sus abscisas hemos representado la estancia media en 1994, y en ordenadas la disminución de la estancia media entre 1994 y el año 2000. La relación lineal monótona creciente salta a la vista: las CC.AA. que tenían estancias medias más altas en 1994 consiguieron durante el periodo reducciones más drásticas (Canarias). La ley de los rendimientos marginales decrecientes (de las iniciativas de los gestores para reducir estancias) se impone también aquí. Un buen número de estudios, para España y fuera, aplicando protocolos validados, estiman el porcentaje de ingresos y estancias inapropiadas en hospitales, clasificando según sus causas las inadecuaciones detectadas. A medida que los hospitales, sea por iniciativa de sus gestores o bien por una política general de gestión de la Comunidad, van poniendo remedio a esas causas, cada vez resulta más difícil conseguir ulteriores reducciones de estancias. Así, tiene lugar un fenómeno de convergencia en estancias medias entre hospitales y entre CC.AA., como puede observarse en los **gráficos 8 a 11**, para distintos grupos de especialidades. (Peiró et al 1996, Negro et al 1998, Zambrana et al 2001, Navarro et al 2001, Negro (a) et al 2003, Rodríguez-Vera et al 2003 y Negro (b) et al 2003).

Gráfico 7

Cambios en la estancia media global

1994-2000

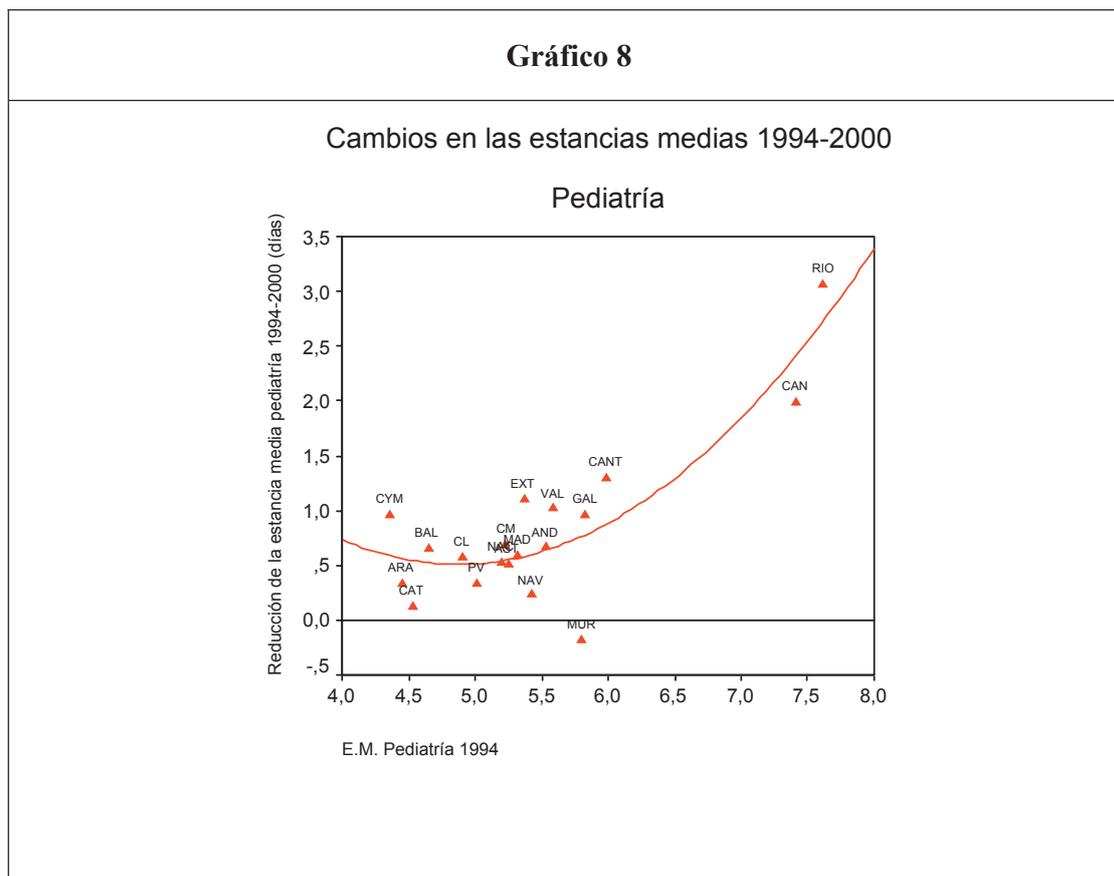


Fuente: EESCRI 1994 y 2000

En todos ellos se han reducido las estancias medias, salvo las UCI, que han mantenido las cifras correspondientes a 1994.

El primer gráfico de esa serie (gráfico 7) representa las reducciones de la estancia media global, que se ajustan a una función lineal de la estancia media de partida, en 1994. La Comunidad Autónoma que partía de una posición más extrema era Canarias, con una estancia media en 1994 de 15,5 días. Fue la que más redujo su nivel, aunque sigue siendo la de mayor estancia media global (12,43 días en 2000).

Gráfico 8



Fuente: EESCRI 1994 y 2000 (datos provisionales)

Por grupos de especialidades se dan algunos hechos que conviene comentar. Pediatría tiene gran homogeneidad entre las CC.AA. en evolución de la longitud de las estancias, salvo por una parte el caso de Murcia y por otra La Rioja y Canarias. Entre 1994 y 2000, todas las CC.AA. salvo Murcia disminuyeron sus estancias medias pediátricas. Las que más lo hicieron son La Rioja y Canarias, que presentaban valores muy superiores al resto.

Los datos de la EESCRI incluyen todo tipo de establecimientos sanitarios en régimen de internado, que manera que también incluyen los hospitales psiquiátricos de mediana estancia y los tradicionales “manicomios” que todavía no se han reconvertido a centros sociosanitarios, según la pauta de la reforma psiquiátrica generalizada. El gráfico 9 refleja, en términos de estancias, los distintos estadios en la culminación de la reforma psiquiátrica. Esa ley empírica de relación monótona creciente entre la estancia media y su reducción se da también en psiquiatría, donde una relación cuadrática ajusta bien los datos.

La UCI es un caso especial, porque excepto La Rioja y Valencia, que tenían estancias más largas y son las CC.AA. que más las redujeron, el resto dibuja un mapa informe. Asturias ha aumentado su estancia media de 4,3 a 6,9 días. Navarra y el País Vasco están próximas y ambas han aumentado moderadamente a partir de los valores más bajos de España en 1994.

En cuanto a las estancias medias en servicios quirúrgicos, se partía en 1994 de una media de 7,4 días, que pasó a 5,4 en el año 2000. De las cuatro CC.AA. que superaban los 9 días de estancia media en 1994, Canarias fue la que más redujo, casi cuatro días, mientras que Asturias, que tenía 9,5 días de estancia media, solo la redujo en un día y medio. Por el otro extremo, es de reseñar el caso del País

Vasco que, teniendo ya la segunda estancia más corta del país en 1994, la consiguió reducir hasta dejarla en menos de cuatro días.

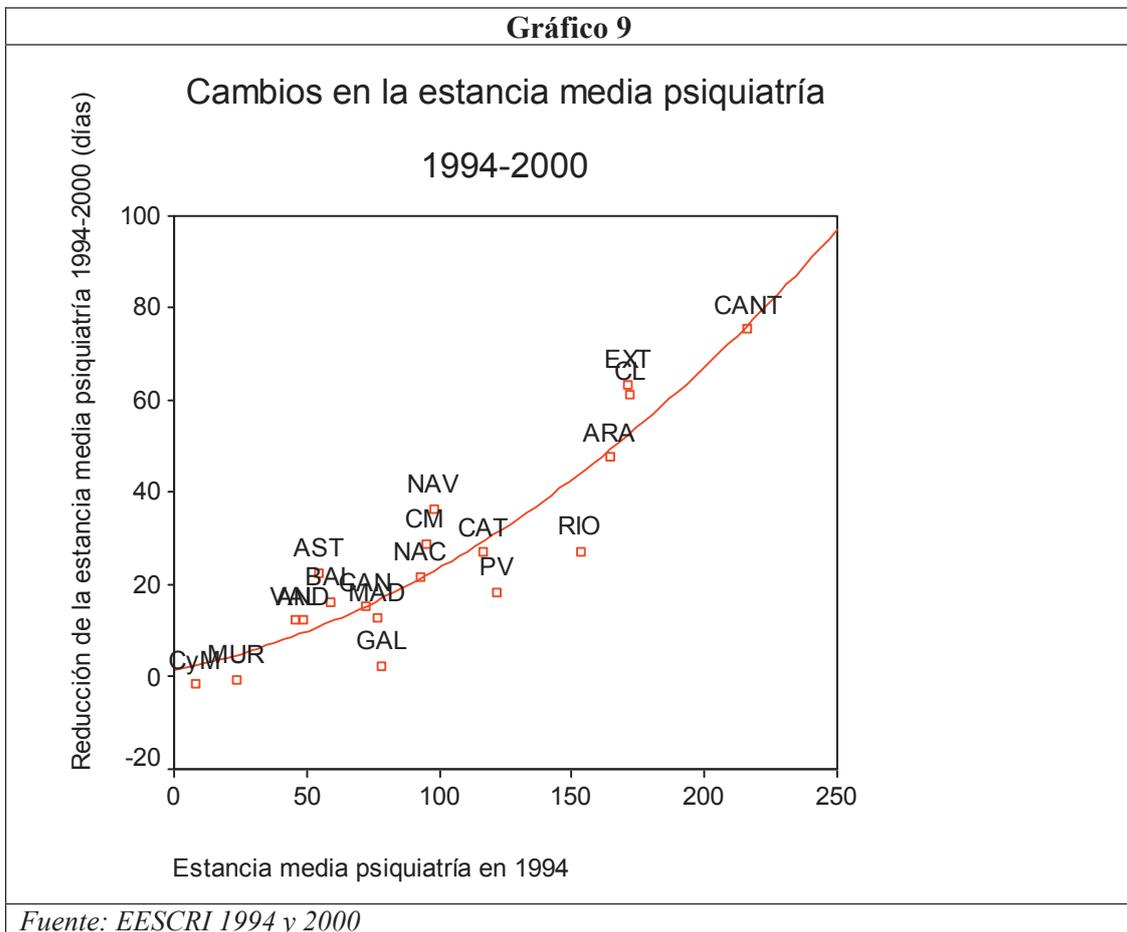
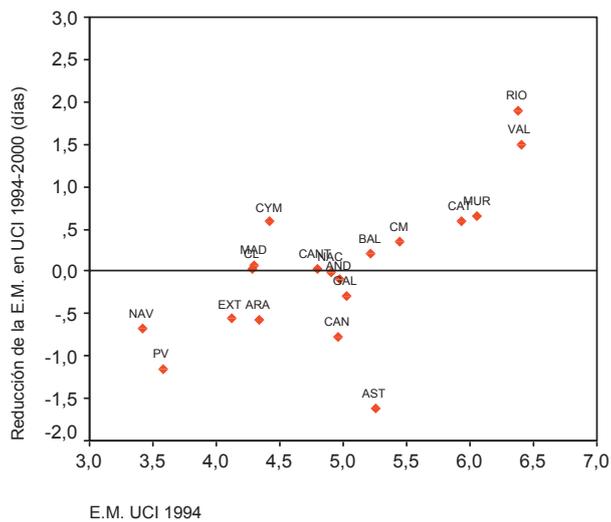


Gráfico 10

Cambios en las estancias medias 1994-2000

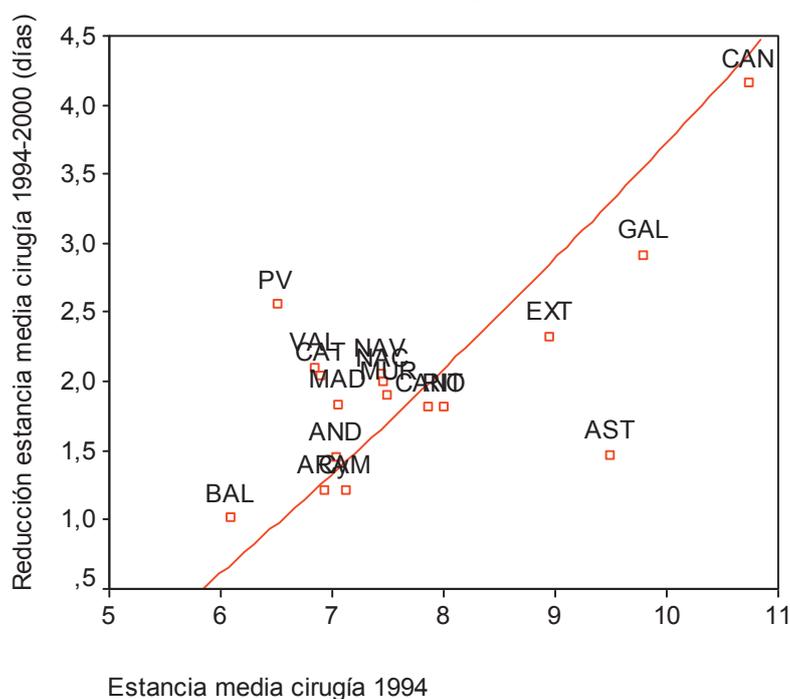
UCI



Fuente: EESCRI 1994 y 2000 (datos provisionales)

Gráfico 11

**Cambios en la estancia media cirugía
1994-2000**



Fuente: EESCRI 1994 y 2000

Conviene ser cautelosos, no obstante, en la interpretación valorativa de los cambios en este indicador, pues penaliza los avances de la Cirugía Mayor Ambulatoria. Si una región desarrolla mucho este programa, su estancia media posiblemente aumentará porque de su cómputo se excluyen los ingresos cortos asociados a procedimientos quirúrgicos ambulatorizados.

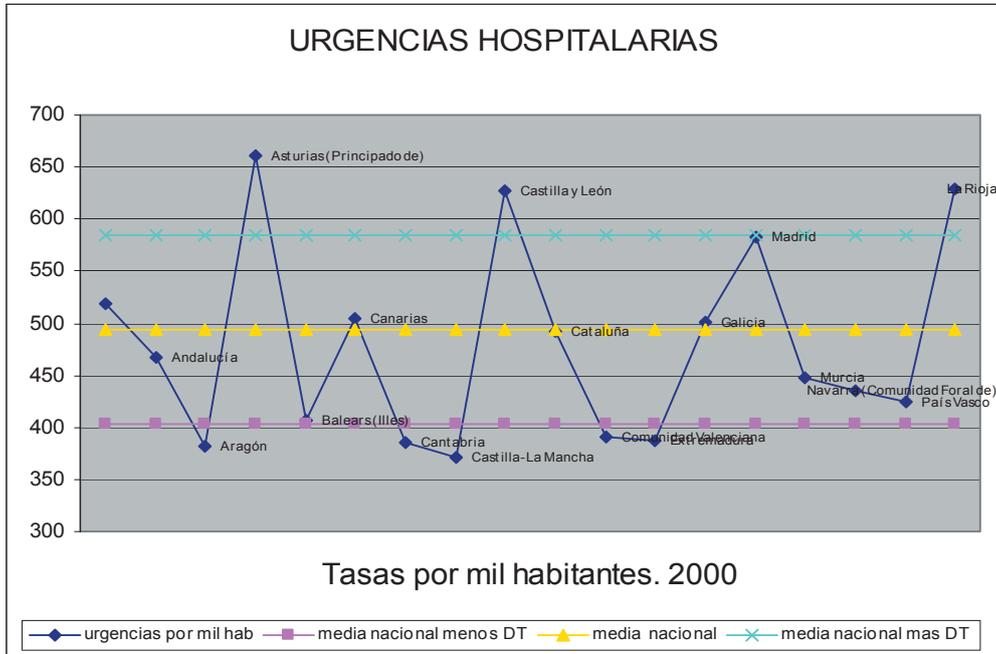
6.4.4. Urgencias hospitalarias

Los problemas causados por la altísima utilización de las urgencias hospitalarias han intentado solucionarse, al menos parcialmente, reformando la Atención Primaria. Sin embargo, lejos de resolverse, estos problemas parecen haberse agravado. Ni siquiera aquellas CC.AA. que han reducido sus altas hospitalarias han hecho lo propio con las urgencias hospitalarias, y sólo la Comunidad Foral de Navarra ha disminuido entre 1998 y 2000 la tasa de utilización de la red de urgencias hospitalarias en un 4,29%.

Para el conjunto del país, la tasa fue en 2000 de 493 urgencias hospitalarias por mil habitantes lo que supuso un incremento respecto a 1998 del 5,45% cuando la tasa de altas hospitalarias totales en el mismo periodo creció un 1,28% y se redujo en seis CC.AA..

Existe, sin embargo, bastante equilibrio en las tasas de utilización de las urgencias hospitalarias entre las CC.AA. (**gráfico 12**). La homogeneidad se ha acrecentado entre 1998 y 2000.

Gráfico 12



Fuente: EESCRI 2000 (datos provisionales)

6.4.5. Consultas de atención especializada en establecimientos sanitarios

Utilizando la misma fuente que para las intervenciones quirúrgicas (EESCRI) se comparan las tasas por mil habitantes de consultas de atención especializada. Se ha excluido del análisis el País Vasco porque los datos de la EESCRI infravaloraban muy sustancialmente los datos reportados en la memoria 2002 de actividad de Osakidetza. En el caso de Andalucía, según los datos de INIHOS, sistema que no incluye datos de la red privada ni concertada, utilizando la población de Contrato Programa para los hospitales incluidos en dicho sistema de información, podría estar ocurriendo lo mismo en cuanto a infravaloración de actividad de consultas externas (En 2000 en Andalucía 1146,63 consultas/1000hab según INIHOS).

En cualquier caso, sería interesante también poder diferenciar el número de primeras consultas y sucesivas.

Según se observa en la **tabla 10** La tasa nacional de consultas para el conjunto de especialidades fue de 1.566 en el año 2000, con poca variabilidad regional (Extremadura, con 1.282, fue la mínima; Madrid, con 2.054, la máxima).

Tabla 10

Año 2000

CONSULTAS TOTALES EN LOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS POR ÁREAS ASISTENCIALES

Consultas en establecimientos sanitarios Tasa por 1000 habitantes (año 2000)	Medicina I. y Especialidades Médicas	Cirugía G. y Especialidades Quirúrgicas	Traumatología	Obstetricia y Ginecología	Pediatría	Rehabilitación	Psiquiatría	Pneumología	Otras	TOTAL
Andalucía	450	457	205	321	296	51	39	36	30	1483
Aragón	578	590	213	496	541	72	76	25	28	1902
Asturias (Principado de)	466	575	211	378	424	74	21	27	0	1614
Baleares (Illes)	460	400	264	348	548	59	65	31	17	1556
Canarias	473	492	215	332	312	67	68	23	12	1568
Cantabria	466	373	166	273	356	43	71	28	45	1376
Castilla-La Mancha	531	397	166	331	294	55	48	27	11	1448
Castilla y León	461	485	189	320	367	71	77	26	15	1530
Cataluña	500	354	183	233	757	15	49	0	139	1466
Comunidad Valenciana	495	505	202	252	373	52	45	23	35	1541
Extremadura	454	367	158	272	269	46	41	17	19	1282
Galicia	480	500	225	366	511	49	101	28	17	1650
Madrid	664	576	249	511	714	68	79	29	17	2054
Murcia	507	555	211	384	189	73	147	25	2	1748
Navarra (Comunidad Foral de)	517	551	138	399	475	69	31	26	4	1603
La Rioja	460	387	131	351	154	54	44	29	0	1303
Ceuta y Melilla (C. Autónomas)	491	465	245	452	35	35	74	23	0	1562
TOTAL NACIONAL	496	460	203	329	456	52	58	22	40	1566
Max	664	590	264	511	757	74	147	36	139	2054
Min	450	354	131	233	154	15	21	0	0	1282
Max/Min	1	2	2	2	5	5	0	0	1	2
CV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	282	249	164	158	430	52	17	0	40	935

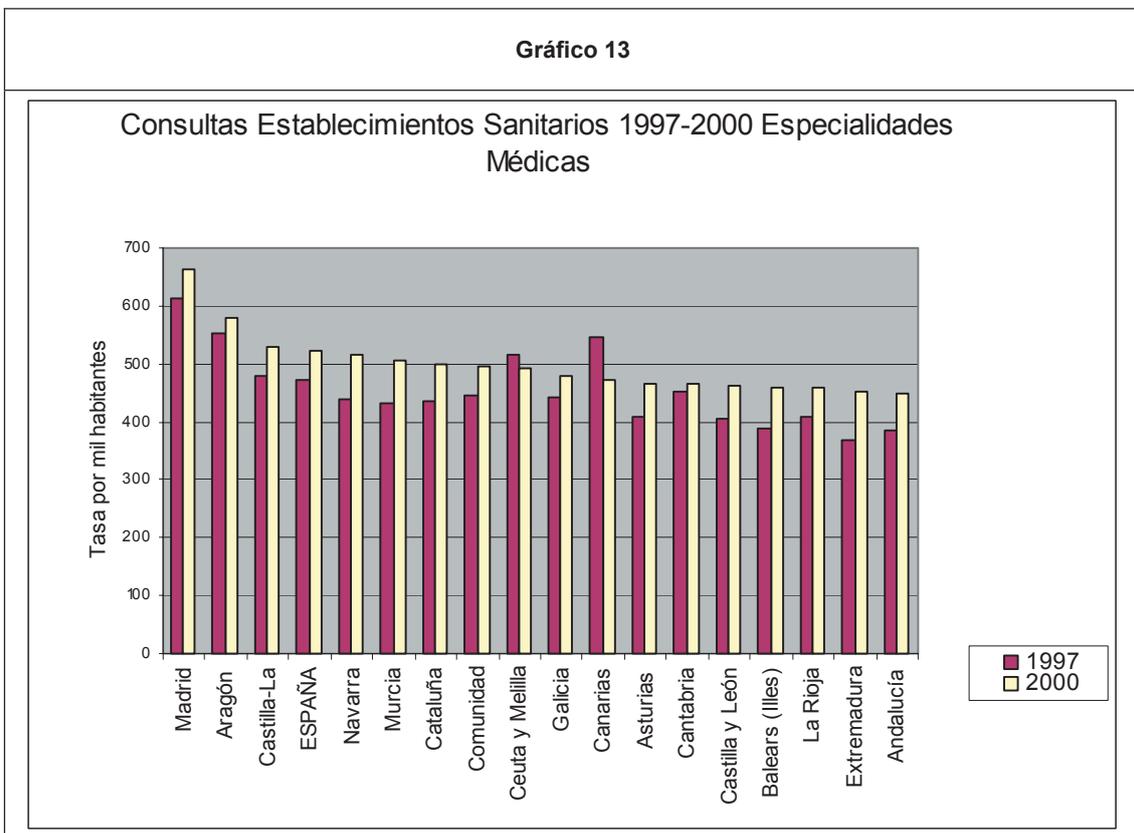
Fuente: EESCRI 2000

No hay mucha dispersión regional en las tasas de consultas para las distintas especialidades, con coeficientes de variación por debajo de 0,2 y ratios máximo/mínimo inferiores a 2, salvo en pediatría. En estas consultas se multiplican las diferencias regionales hasta por cinco, entre Cataluña (757) y La Rioja (154).

Tampoco ha habido grandes cambios, salvo alguna excepción, entre 1997 y 2000. Los **gráficos 13 a 16** describen la evolución de las consultas de medicina y especialidades médicas, cirugía y especialidades quirúrgicas, obstetricia y Ginecología y para Pediatría, para todas las CC.AA. (salvo el País Vasco) y los años 1997 y 2000.

En las especialidades médicas (**gráfico 13**) todas las CC.AA. salvo Ceuta y Melilla y Canarias han aumentado su tasa de consultas por 1.000 habitantes en proporciones similares. Madrid, Aragón y Castilla-La Mancha superan la tasa nacional.

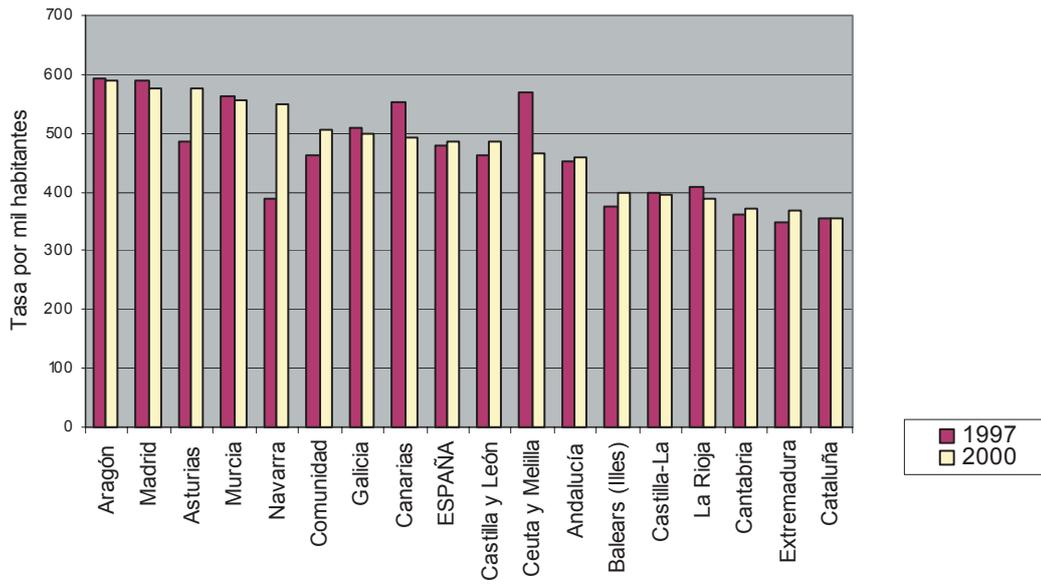
En cuanto a consultas de especialidades quirúrgicas, hay siete CC.AA. que han disminuido su tasa. Navarra y, en menor medida, Asturias, han tenido un crecimiento muy considerable.



Fuente: ESCRI 1997 y 2000 (datos provisionales)

Gráfico 14

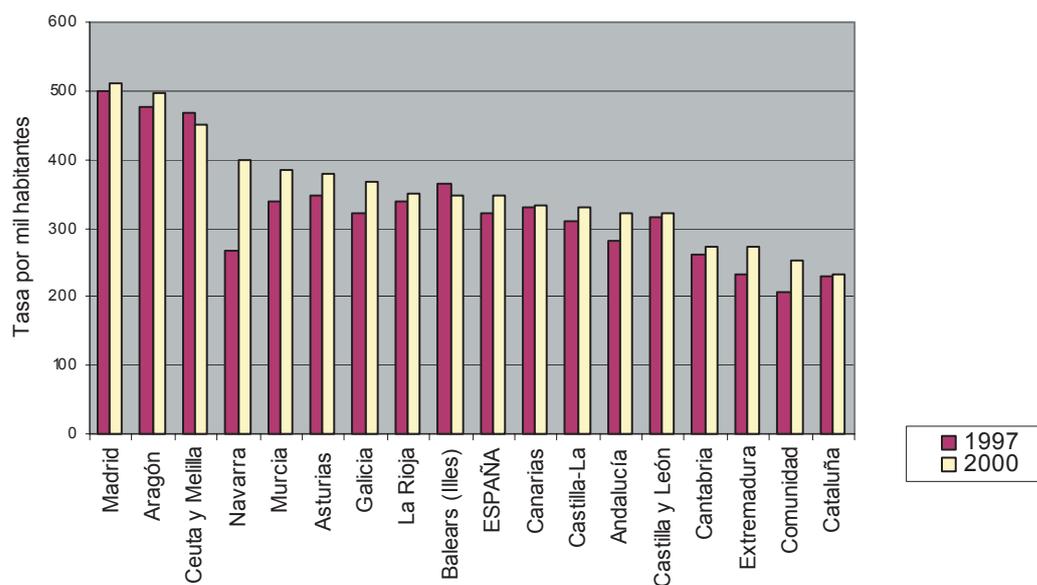
Consultas Establecimientos Sanitarios 1997-2000
Cirugía y Especialidades Quirúrgicas



Fuente: ESCRI 1997 y 2000 (datos provisionales)

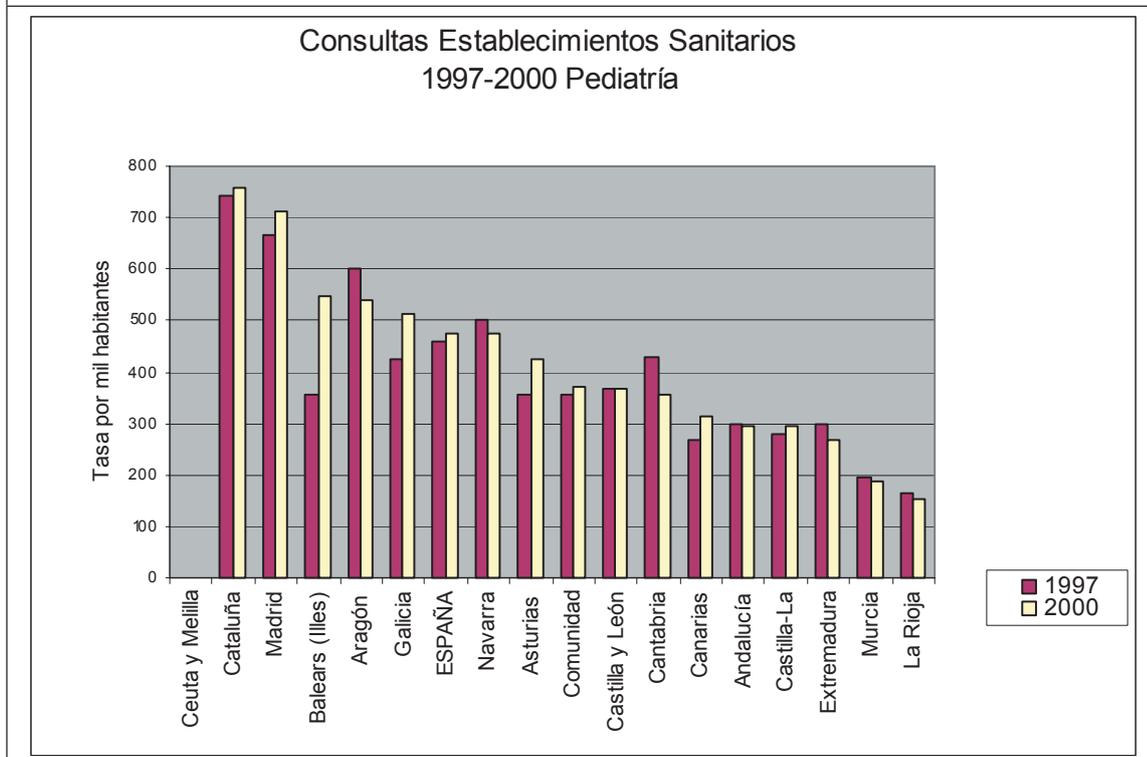
Gráfico 15

Consultas Establecimientos Sanitarios 1997-2000
Obstetricia y Ginecología



Fuente: ESCRI 1997 y 2000 (datos provisionales)

Gráfico 16



Fuente: ESCRI 1997 y 2000 (datos provisionales)

En obstetricia y ginecología, las tasas de consultas por mil mujeres han permanecido muy estables entre 1997 y 2000, salvo en Navarra, donde han experimentado un gran crecimiento, de 267 a 399.

Pediatría es la especialidad más dispersa y la que ha tenido un comportamiento más desigual en el tiempo. Las tasas han sido calculadas por mil niños menores de 14 años, pero las cifras de población infantil han tenido que ser proyectadas para esos años a partir del censo de 2001. Aragón, Navarra y Cantabria y, en menor medida, Extremadura, han disminuido sus tasas de consultas pediátricas. Por el otro extremo, en Baleares casi se han duplicado (de 354 a 548 consultas por mil niños).

6.4.6. Los trasplantes como ilustración de un programa de ámbito nacional

En España hay unos mil quinientos donantes anuales de órganos (33,9 por millón de población, p.m.p), cifra muy superior a la del resto de países del mundo. En nuestro país se hacen trasplantes renales, hepáticos, cardíacos, pulmonares y pancreáticos, y se empiezan a practicar trasplantes intestinales.

Después de una década de incrementos importantes de actividad, los últimos años han sido de estabilización. En 2003 se han hecho 2.131 trasplantes renales. Sin embargo, el 1 de enero de 2004, 3.920 personas esperan por un trasplante de riñón. Las listas de espera para trasplantes han aumentado en 2003 respecto a 2002, salvo la de trasplante renal que está estabilizada en torno a 4.000 pacientes desde 1997.

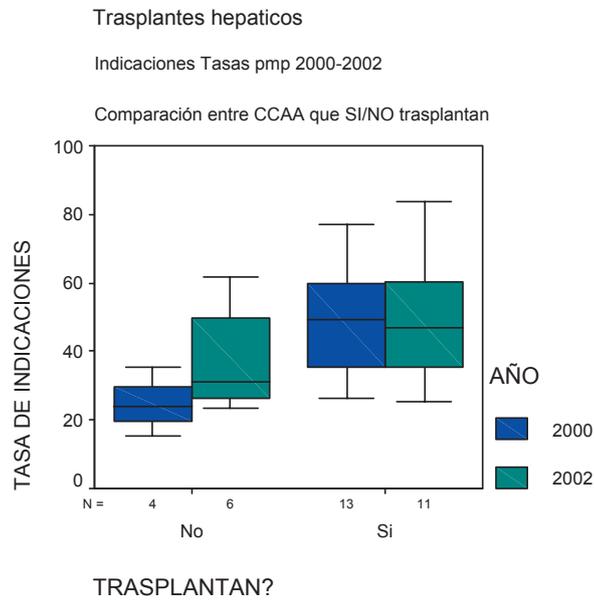
El primero de enero de 2004, la lista de espera por un trasplante de hígado (629) es el 62% de los que se realizaron en 2003; por cada 100 trasplantes de páncreas que se han hecho en 2003 hay 104 personas esperando. Salvo los cardiacos, que parecen estar indicándose menos, las demás listas de espera son muy importantes y solo se resolverían con aumentos significativos de actividad.

La información sobre trasplantes, que ofrece la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), es muy prolija pero con lagunas importantes. Informa pormenorizadamente sobre actividad, pero menos sobre resultados: mortalidad, tasas de rechazos, complicaciones, etc. Es recomendable hacer un esfuerzo por producir y divulgar datos que aporten información de este tipo.

La lista de espera traduce el desajuste entre indicaciones y actividad trasplantadora. Tomando como criterio la región de residencia del paciente, se pueden evaluar las desigualdades entre CC.AA. en las tasas de indicaciones por millón de población y en las tasas de cobertura de dichas indicaciones mediante los correspondientes trasplantes. En síntesis, los hechos son:

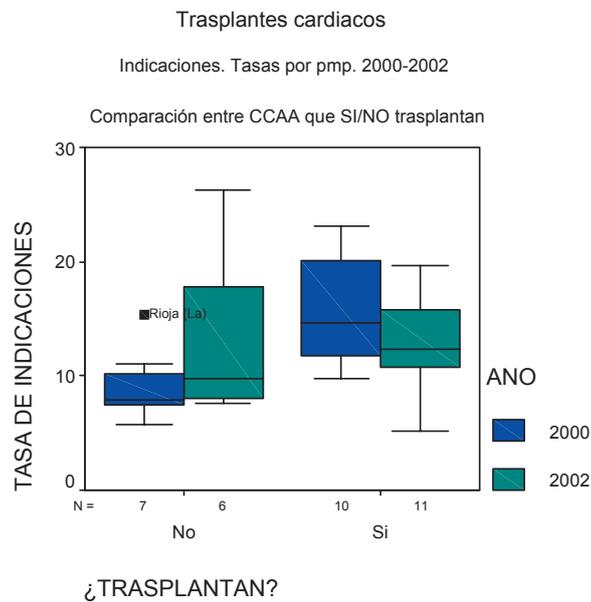
- Las tasas de donaciones de órganos son mayores en las CC.AA. que tienen equipos de extracciones y de trasplantes. La Rioja y Castilla-La Mancha son las dos únicas regiones que no hacen trasplantes de ningún tipo y presentan las tasas de donaciones más bajas (en 2002 19,8 y 7 p.m.p respectivamente, frente al 33,9 de España). El País Vasco y Cantabria presentan las mayores tasas de donantes en 2002, como ya ocurría en 2000, antes de las transferencias.
- Las negativas familiares presentan una pauta de clara asociación con la cartera de servicios. Las tasas más altas (por encima del 30% en 2002) se dan en regiones que no hacen trasplantes o su actividad es muy limitada.
- No hay datos accesibles de la evolución de las negativas familiares por regiones. A nivel nacional han disminuido sensiblemente, a medida que la población se va sensibilizando con el problema y asumiendo planteamientos solidarios. La cultura de la donación puede ser incentivada y promovida por el sistema de salud. Las diferencias territoriales en las tasas negativas de 2002 podrían acortarse si las CC.AA. con tasas más altas hicieran campañas activas de sensibilización y concienciación.
- En 2000, las tasas de indicación de trasplantes hepáticos y cardíacos, según el lugar de residencia, diferían mucho entre regiones, y eran significativamente menores para las CC.AA. que no hacían trasplantes. Las diferencias se han recortado sensiblemente, especialmente en trasplantes cardiacos (**gráficos 17 y 18**). Este es un síntoma de mejoría de la equidad interterritorial.
- La ratio de cobertura mide cuántos trasplantes se hacen de cada 100 que se han indicado a residentes en cada Comunidad Autónoma. Diferencias en esta ratio pueden ser sintomáticas de inequidades, sobre todo, como así ocurre, cuando juegan en contra de las CC.AA. que no trasplantan. En 2000, de cada 100 trasplantes hepáticos indicados, los residentes en zonas no trasplantadoras recibían 51, frente a 59 de cada 100 los residentes en zonas donde se realizaban trasplantes. Tras las transferencias, en 2002, dos regiones empiezan a trasplantar, Asturias y Castilla y León. La ratio de cobertura disminuye tanto en las CC.AA. que trasplantan como en las que no lo hacen. Se mantiene, e incluso se amplía ligeramente la desigualdad entre ambos tipos de territorios, los trasplantadores y los no trasplantadores (46 frente a 57).

Gráfico 17
Desigualdades regionales en las indicaciones de trasplantes hepáticos 2000-2002



Fuente: elaboración propia a partir de Comisión Nacional de Trasplantes

Gráfico 18
Desigualdades regionales en las indicaciones de trasplantes cardiacos 2000-2002



Fuente: elaboración propia a partir de Comisión Nacional de Trasplantes

6.5. La voz (estadística) de los usuarios: la utilización vista desde el barómetro sanitario

El Barómetro Sanitario 2003 elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo recoge información sobre la utilización de los servicios sanitarios desde el lado de la demanda. Los resultados son coherentes con la información analizada hasta ahora (véanse apartados 6.2.1.1 y 6.2.1.2), pero contienen algunos aspectos diferenciadores que pueden aportar conocimiento al análisis de la utilización de los servicios sanitarios en los diferentes niveles asistenciales y su variabilidad entre las CC.AA.. Además, el ámbito temporal es homogéneo para las 17 CC.AA., y permite comparar longitudinalmente las opiniones de la población, ya que el Barómetro 2002 está disponible y su cuestionario es similar.

El trabajo de campo se ha hecho en ambos casos (2002 y 2003) en dos oleadas entre Mayo y Noviembre, y las preguntas sobre utilización de servicios de atención sanitaria se refieren al año previo. En el momento de las encuestas, todas las CC.AA. habían recibido las transferencias sanitarias, pero las cuestiones sobre frecuentación, que se refieren al año previo, permiten diferenciar entre el antes y el después de las transferencias. Otra ventaja de esta fuente es que pregunta sobre la utilización de consultas de atención primaria, de atención especializada y de urgencias. Permite comparar la frecuentación, no sólo temporalmente, sino también por niveles de cuidado¹⁰.

6.5.1. La utilización de la Atención Primaria

Según los resultados del estudio de 2003, en nuestro país el 79,48% de las familias (“usted o persona que convive con usted”) han acudido a un médico de medicina general y/o pediatra en un año, pero, además, para una verdadera consulta, excluyendo las visitas para petición de pruebas diagnósticas, solicitud de medicamentos etc. La **tabla 11** resume la utilización de todos los niveles asistenciales, enfocada desde la óptica del ciudadano, a partir del Barómetro Sanitario. Asturias, Murcia y Madrid superan el 85% de familias frecuentadoras, mientras La Rioja, Baleares y el País Vasco no llegan al 72%. Hay 20 puntos porcentuales de diferencia entre las CC.AA. extremas.

Según el Barómetro 2003, el número medio de consultas de atención primaria en el hogar familiar fue de 10,1 al año (**tabla 12**), lo que representa casi el doble de frecuentación que las consultas en atención especializada que, para el país, es por término medio de 6 visitas/año. El Barómetro 2002 da una frecuentación algo mayor de atención primaria (11,2 consultas/año), y ligeramente inferior en atención especializada. Del total de la asistencia primaria demandada por los ciudadanos, el 41% lo hizo de la sanidad privada. Hay variabilidad entre las regiones. Cantabria demandó sólo el 21,5% de la atención primaria en el sector privado, seguida por Valencia con un 36,9%. Contrastan con regiones en las que se observa una participación mayor del sector privado en la provisión de servicios de atención primaria: Castilla y León (50,5%), Aragón(48,5) y Baleares (48,3).

¹⁰ Aunque el barómetro sanitario pregunta también por las hospitalizaciones, no se presenta análisis de este nivel porque para ello se han empleado fuentes registrales (CMBD, EESCRI, EMH), con información más desagregada.

Tabla 11

CCAA	ATENCIÓN PRIMARIA					CONSULTAS ATENCIÓN ESPECIALIZADA					URGENCIAS					
	% UTILIZAN	NUMERO CONSULTAS	% CONSULTAS PRIVADAS	INDICADOR GLOBAL UTILIZACIÓN	% UTILIZAN	NUMERO CONSULTAS	% CONS. PRIVADAS	INDICADOR GLOBAL UTILIZAC.	% UTILIZAN	NUMERO URGENCIAS	% CONS. PRIVADAS	INDICADOR GLOBAL UTILIZAC.	% UTILIZAN	NUMERO URGENCIAS	% CONS. PRIVADAS	INDICADOR GLOBAL UTILIZAC.
Andalucía	76,6	10,8	43	8,3	51,9	6,7	55,6	3,5	43,2	5,8	53,1	2,5	43,2	5,8	53,1	2,5
Aragón	81,3	12,3	48,5	10	51,1	5	46	2,6	35,6	4,3	52,8	1,5	35,6	4,3	52,8	1,5
Asturias	86,9	7,8	41,1	6,8	58,2	4,4	46,4	2,6	35,3	3,8	52,6	1,3	35,3	3,8	52,6	1,3
Baleares	70,9	9,7	48,3	6,9	47	7,6	49,4	3,6	40	6	51,1	2,4	40	6	51,1	2,4
Canarias	81,7	9,8	37,4	8	56,9	6,4	48,1	3,7	47,6	7,3	59,3	3,5	47,6	7,3	59,3	3,5
Cantabria	77,4	11,3	21,5	8,7	50	7	44,4	3,5	45,7	3,7	39,3	1,7	45,7	3,7	39,3	1,7
Castilla La Mancha	72,9	10,3	42,3	7,5	50,9	6,3	48,7	3,2	39,2	4,2	44,1	1,7	39,2	4,2	44,1	1,7
Castilla y León	77,7	11,2	50,5	8,7	47,8	6,2	59	3	31,5	3,4	36,4	1,1	31,5	3,4	36,4	1,1
Cataluña	79,5	9,6	42,4	7,6	61,3	7	56,7	4,3	47,1	4,7	52,5	2,2	47,1	4,7	52,5	2,2
C Valenciana	84,6	11,9	36,9	10	58,9	6,1	35,7	3,6	48,9	4,3	45,2	2,1	48,9	4,3	45,2	2,1
Extremadura	78,8	9,3	37,9	7,4	51,3	5,1	48,8	2,6	44,9	3,9	36,4	1,7	44,9	3,9	36,4	1,7
Galicia	76	8,1	37,9	6,1	50,3	4,9	46,7	2,5	35,2	4,2	49,1	1,5	35,2	4,2	49,1	1,5
Madrid	85,3	12,1	43,6	10,3	63,5	7,7	58,1	4,9	47,4	5,4	52,4	2,6	47,4	5,4	52,4	2,6
Murcia	86,5	11,6	38,7	10	63,7	6	49,7	3,8	53,7	4,8	42,1	2,6	53,7	4,8	42,1	2,6
Navarra	81,7	11,2	43,7	9,2	55,6	4,9	47,1	2,7	35,3	2,8	35,7	1	35,3	2,8	35,7	1
País Vasco	71,8	7,5	38,2	5,4	42,4	5,2	42,8	2,2	32,3	3,8	39,6	1,2	32,3	3,8	39,6	1,2
Rioja (La)	66,7	8,2	47	5,5	41,9	4,9	51	2	26,8	3,2	43,8	0,9	26,8	3,2	43,8	0,9
España	80	10,4	41,7	8,3	55,2	6,5	52,6	3,6	42,6	4,97	51,3	2,1	42,6	4,97	51,3	2,1
Max - Min; *																
Max/MIN	20,2	*1,6	29	*1,9	21,8	*1,7	23,3	*2,4	26,9	*2,6	23,6	*4	26,9	*2,6	23,6	*4
Coef,variación	0,07	0,15	0,16	0,19	0,12	0,17	0,12	0,23	0,18	0,25	0,15	0,37	0,18	0,25	0,15	0,37

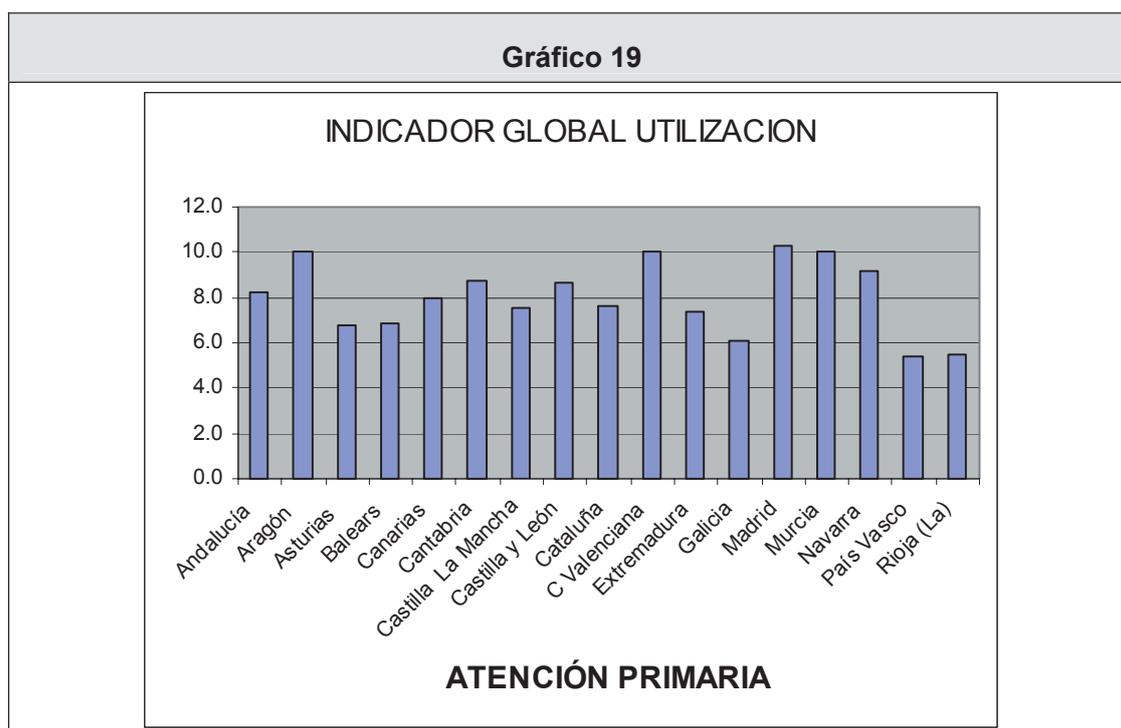
Fuente. Barómetro Sanitario 2003

Tabla 12			
Consultas			
	Porcentaje utilización familias	Porcentaje de Consultas Privadas	Nº medio consultas familia/año
Primaria	79,48	41,1	10
Especializada	55,16	49,0	6
Urgencias	42,58	46,2	4,4

Fuente: Barómetro Sanitario 2003

Para integrar las diversas medidas de utilización referidas a frecuentación y consultas, se ha elaborado un indicador de utilización de la atención primaria. Se ha calculado como el producto de la probabilidad de utilización familiar por el número total de consultas, públicas y privadas, que declaran las familias utilizadoras. En el **gráfico 19** se representa el indicador global para las CC.AA.. Es comparable a la frecuentación (número de visitas por persona y año), aunque no lo es en sentido estricto porque en este caso no cuentan las visitas burocráticas y porque la unidad que cuenta es la familia y no la persona.

El coeficiente de variación del indicador de utilización de la atención primaria es 0,19 y la ratio entre las comunidades extremas es de 1,9. Esta dispersión es la misma que la que se obtuvo analizando la utilización desde el dado de la oferta. Madrid, Murcia, Comunidad Valenciana y Aragón duplican en uso de atención primaria, pública o privada, al País Vasco y a La Rioja.



Fuente: Barómetro Sanitario 2003

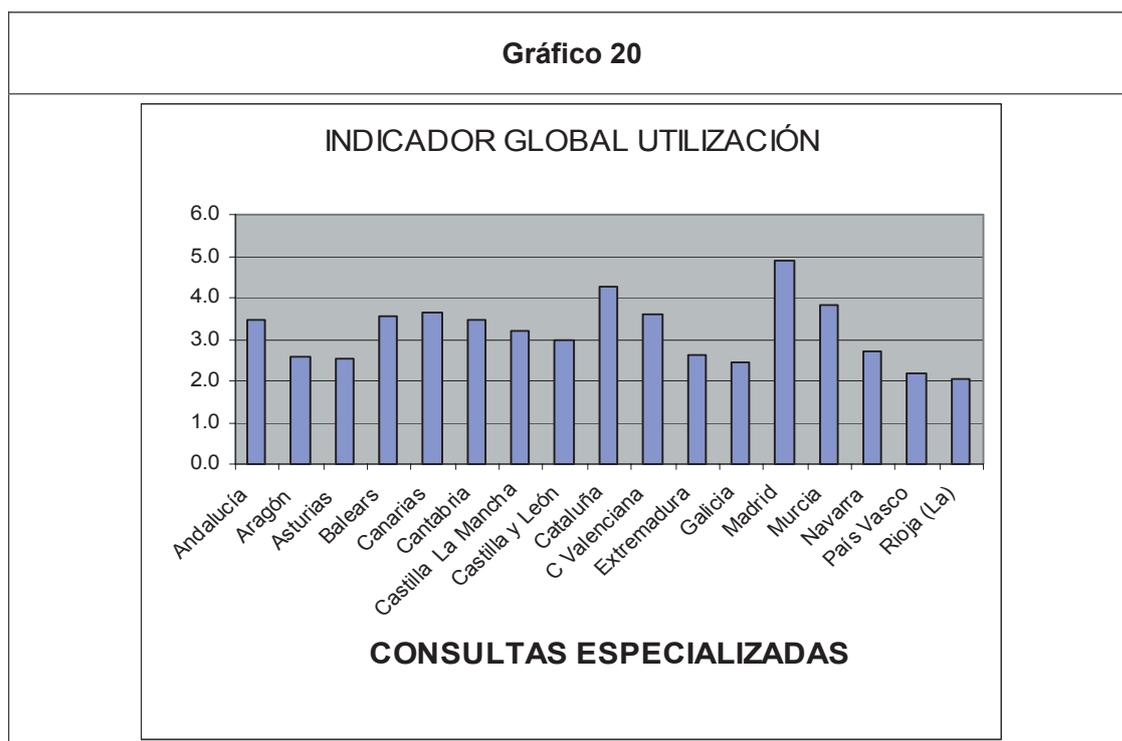
6.5.2. Las consultas de Atención Especializada

El porcentaje de visitas a una consulta con médico especialista por algún miembro de la unidad familiar en el año 2003 fue en nuestro país del 55,16% frente al 79,48% de la asistencia a Primaria o el 42,8% de asistencia a centro sanitario por urgencia (tabla 11).

Murcia (63,7%), Madrid (63,5%), Cataluña (61,3%) y Valencia (58,9%) declaran los porcentajes de frecuentación mayores en consulta especializada, algunas de ellas también en primaria. La Rioja (41,9) y País Vasco (42,4) coinciden en el extremo de menor uso de ambas consultas, primaria y especializada.

Las familias que fueron a consulta hicieron en promedio 6 consultas al año, incluyendo públicas y privadas. Varían estas cifras entre las 7,7 que por término medio realizan las unidades familiares en la Comunidad de Madrid o casi la mitad (4,4) en Asturias.

También para la atención en consulta especializada se ha elaborado un indicador sintético de utilización, definido de forma similar al de primaria. En el **gráfico 20** puede apreciarse que las diferencias en utilización de la atención especializada por las familias son mayores que para la atención primaria. El uso de consultas de especializada está regionalmente más disperso (máximo/mínimo 2,4 y CV de 0,23). Madrid y Cataluña encabezan la lista de grandes frecuentadores, seguidos por Murcia. Por el otro extremo, La Rioja, País Vasco, Galicia y Asturias declaran la mínima frecuentación.



Fuente: Barómetro Sanitario 2003

Prácticamente la mitad de las consultas en atención especializada se realizan en la sanidad privada (49,0%) según la encuesta de 2003. Algunas regiones como Castilla y León (59%), Madrid (58,1%) y Andalucía (55,5%) utilizan más la red privada que la red pública en este nivel asistencial. Valencia es la única Comunidad Autónoma por debajo del 40%. En el año previo, es decir, según

el Barómetro 2002, seis CC.AA. utilizaban más la red privada en atención especializada que la pública, empezando por Asturias (58%) y Cantabria (53%), y por el otro extremo se encontraban Castilla-La Mancha y Galicia, en torno al 45%. Las diferencias regionales no eran, como se ha visto, muy notables en 2002. Parecen haberse acrecentado en 2003. Un contraste de igualdad de medias no encuentra diferencias significativas entre las CC.AA. del antiguo INSALUD y las demás en el cambio de porcentaje de consultas especializadas privadas ocurrido entre los años anterior y posterior a las transferencias. Habrá que esperar un plazo mas largo para que empiecen a notarse efectos o repercusiones de las transferencias, en uno u otro sentido.

6.5.3. Cuánto y por qué se utilizan las urgencias

El Barómetro pregunta por todo tipo de urgencias, hospitalarias y no hospitalarias, públicas y privadas. En este sentido, es un complemento de los datos ya presentados (véanse apartados 6.2.1.1 y 6.2.1.2). Además, informa sobre los motivos por los que se opta por cada tipo de servicio de urgencias.

El 42,58% de las familias españolas se han visto obligadas a recibir asistencia sanitaria urgente en un centro sanitario, público o privado. Esas familias utilizadoras acudieron un promedio de 4,5 veces por familia y año en 2002-03.

La heterogeneidad entre CC.AA. en la tasa de frequentadores de urgencias es similar a la de consultas especializadas. Sin embargo, el número de consultas que hacen las familias que utilizan el servicio está mucho mas disperso para las urgencias.

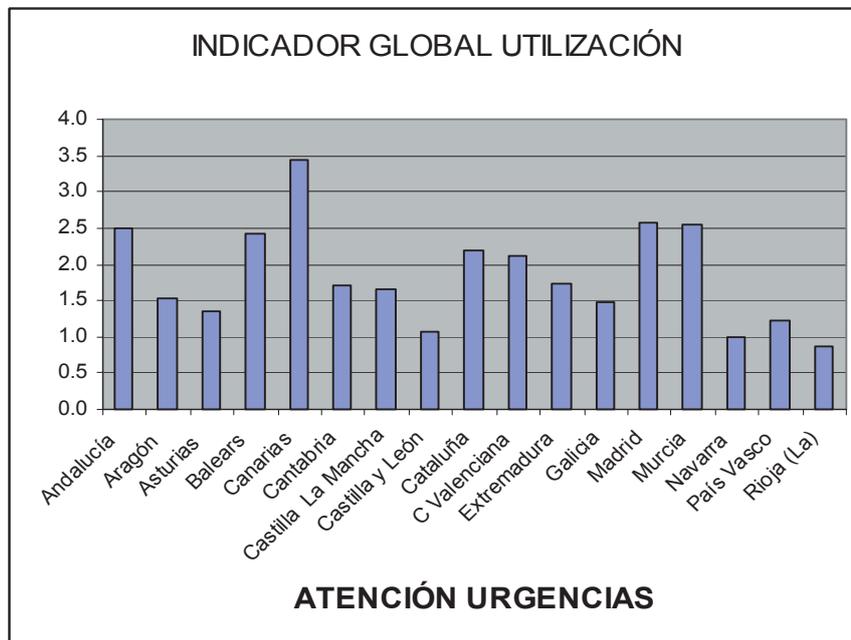
De hecho, de los tres niveles de consultas considerados, Primaria, Especializada y Urgencias, es en este último tipo de atención sanitaria donde el número de consultas por familia y año es más divergente entre las Comunidades Autónomas, con una ratio entre las regiones extremas de 2,6 y un CV de 0,25. Así, mientras en Canarias se realizan 7,3 consultas al año, Navarra y La Rioja no llegan a tres por familia y año.

Existe una correlación positiva significativa (0,6) entre el número de consultas que se realizan en las CC.AA. en Atención Especializada y en Atención Urgente. Las CC.AA. que tienen frecuentación alta en consultas de especializada también, en general, la tienen en urgencias. Urgencias y atención primaria no tienen, en cambio, correlación significativa.

Según el barómetro, el 46% de las urgencias se demandaron en centros privados. Canarias realiza el 60% de la demanda en el sector sanitario privado y es la Comunidad que mayor demanda hace de asistencia sanitaria urgente y a la vez la que mayor porcentaje lo hace de la privada. Por el contrario, La Rioja es la Comunidad con menor demanda de asistencia sanitaria urgente y a la vez la que menor porcentaje utiliza los servicios de urgencias privados.

El indicador global de utilización de los servicios de urgencias (**gráfico 21**) ratifica la gran variabilidad entre CC.AA. La Comunidad Autónoma donde más se acude a urgencias (Canarias) utiliza cuatro veces más este tipo de atención que la Comunidad de menor uso (La Rioja).

Gráfico 21



Fuente: Barómetro Sanitario 2003

El afán de los servicios autonómicos de salud por reorganizar los servicios de urgencias hospitalarios con el fin de evitar la demanda masiva e innecesaria de los mismos se concretó en la mayoría de los casos en la potenciación de una estructura primaria de atención de urgencias que, en ese nivel, satisficiera la demanda urgente. Sin embargo, la demanda de atención hospitalaria urgente sigue siendo en gran medida una demanda directa sin que el proceso de filtración establecido haya sido muy eficaz. La atención hospitalaria de urgencias creció según datos de la EESCRI entre 1994 y 2000 hasta un 5% anual, muy por encima de lo que crecieron las altas hospitalarias (1,3%).

El 68% de los usuarios de urgencias hospitalarias acudió directamente a este servicio, sin previo paso por los servicios de atención primaria. El 18,79% fue dirigido por su médico de cabecera y sólo el 12,22% llegó desde el servicio de urgencias de atención primaria.

En La Rioja, 4 de cada 5 pacientes (80%) que demandan atención urgente lo hacen directamente en los hospitales. La Comunidad Autónoma con menor porcentaje de urgencias hospitalarias a iniciativa del paciente, sin filtro, es Asturias, pero aun así casi la mitad de los pacientes (48%) acuden directamente al hospital.

La redirección a urgencias hospitalarias es en la mayoría de las CC.AA. mayor desde el médico de cabecera que desde la red primaria de urgencias. De hecho, aunque en todas predomina la asistencia directa al hospital por decisión del demandante, hay CC.AA. que tienen más desarrollada la red de atención primaria de urgencias y otras que han intentado reducir las urgencias hospitalarias mejorando la capacidad resolutoria del médico de cabecera.

En Baleares, Castilla-La Mancha y Canarias un porcentaje relativamente alto de pacientes (entre el 21% y el 29%) llega a urgencias del hospital referido por la red de urgencias de atención primaria. Por el contrario, el País Vasco, Galicia y Asturias representan modelos donde el médico

de cabecera es el primer remitente de pacientes a urgencias del hospital, con porcentajes en torno a un tercio de las urgencias hospitalarias.

La razón del mal funcionamiento de la red primaria de urgencias es, según los usuarios, la desconfianza que estos tienen en la capacidad de atención adecuada por los medios existentes en atención primaria (el 47,84 % de los que acuden al hospital directamente argumentan esta razón), y los horarios reducidos de atención de los médicos de cabecera (34,15%). Precisamente uno de los problemas que se detectó en la evaluación de la atención primaria de Cataluña (Fundación Avedis Donabedian 2003; véase apartado (6.2.4) fue la dificultad de acceso, por lo reducido del horario de atención de los médicos de familia, entre otras causas.

6.6. Indicadores de mala práctica

6.6.1. La perspectiva del proveedor y de los resultados

Todavía no hay un registro homogéneo, con datos numéricos, de indicadores de mala práctica. Aunque la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo está trabajando en esta área, los indicadores de calidad hospitalaria más usuales –reingresos, complicaciones, mortalidad, todos ajustados por complejidad- no están disponibles para el conjunto de hospitales. Además, su variabilidad es probablemente mucho mayor entre hospitales, dentro de una determinada región, que entre regiones.

Desgraciadamente, las series homogéneas de prevalencia de infecciones quirúrgicas que publicaba el MSC en su evaluación Salud Para Todos se interrumpen en 1997. Entre 1990 y 1997, la prevalencia bajó del 5,9% al 4,5% a nivel nacional. En 1997, el porcentaje de infección quirúrgica en algunas CC.AA. (Baleares o Cantabria) doblaba el nacional. Por el otro extremo, Navarra tenía solo un 1,1% de infecciones y Murcia el 3%.

Estas cifras aportan más preguntas que respuestas, porque la tasa global es una media ponderada de las tasas de infección en distintos tipos de intervenciones, según grado de contaminación, y estos datos no están disponibles para las CC.AA..

Esa misma fuente ofrece tasas estandarizadas por 100.000 habitantes y para ambos sexos de mortalidad por determinadas causas que son evitables con un buen sistema sanitario (apendicitis, hernia y obstrucción intestinal y efectos adversos de medicamentos). No hay datos comparables por CC.AA., pero a nivel nacional está clara la tendencia de mejora de todos esos indicadores entre 1990 y 1997.

La experiencia en curso, desde 2000, de benchmarking hospitalario para España (Top20) proporciona un intento sistemático de medir, mediante índices ajustados por riesgo comparables, las complicaciones, la mortalidad y los reingresos hospitalarios. La participación de hospitales es voluntaria y los resultados individuales son confidenciales.

Algunas CC.AA. declinan sistemáticamente participar. No obstante, los resultados públicos de este benchmarking indican que hay grandes diferencias entre unos y otros hospitales en cuanto a tasas ajustadas de complicaciones, de mortalidad y de reingresos. Incluso siendo la muestra no representativa de la población general de hospitales españoles, sino en su caso de los que creen poder optar a reconocimiento público por su buen hacer, en 2003 hay un diferencial en la tasa de complicaciones del 24% entre el grupo Top y el resto de centros, y un 19% en el índice de mortalidad ajustada por riesgo. Este diferencial es mayor en el grupo de hospitales privados y en el de hospitales públicos comarcales y se ha mantenido relativamente estable en las sucesivas ediciones, desde 2000.

Algunas CC.AA. utilizan de forma sistemática o esporádica indicadores negativos de calidad asistencial, que se incluyen en los objetivos de los contratos programa o contratos de provisión de asistencia sanitaria.

En atención primaria, un buen indicador de calidad de la atención domiciliar es el porcentaje de pacientes inmovilizados que están llagados. La evaluación de la Fundación Avedis Donabedian (2003) cuantifica este indicador en el 7% para Cataluña, con diferencias significativas entre tipos de proveedor (3,5% las EBA, 6,3% ICS y 11,3% otros proveedores).

Otros indicadores de calidad, o falta de calidad, en atención primaria son los porcentajes de adecuación de prescripciones. Concretamente, se suelen evaluar los porcentajes de procesos víricos en los que se prescribe (inadecuadamente) antibiótico y los casos en que aun siendo necesario un antibiótico, no se prescribe el correcto. La evaluación catalana ya mencionada estima la inadecuación de antibióticos en el 30,7% para el conjunto de la Comunidad en caso de afecciones víricas y del 18,5% para gastroenteritis. Las diferencias son significativas, los EBA tienen mejor adecuación. Comparando estos datos de 2001 con un estudio previo (Carminal, Rovira y Segura, 1999) referido a 1998 y a un área de Atención Primaria, vemos indicios de mejora en la prescripción antibiótica, ya que el porcentaje de prescripción antibiótica no necesaria era el 40% en 1998.

En otras CC.AA. hay estudios locales que aportan datos sobre inadecuación de prescripciones e indicadores de calidad de la prescripción, que sugieren que existe un amplio margen de mejora. Así, en un área de salud de Asturias el promedio de cumplimiento del estándar óptimo (definido por consenso entre los propios facultativos) era solo del 29% en 1999 (Gómez Castro et al. 2003).

Finalmente en algunos estudios se han encontrado diferencias en la adecuación entre CC.AA. (González et al 2002), pero no existen datos globales ni pueden generalizarse los resultados.

6.6.2. La perspectiva del paciente. Reclamaciones y quejas

Desde un primer momento los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, a través de sus Leyes de Ordenación Sanitaria, de Salud o de creación de sus servicios de salud, han regulado dependencias encargadas de recoger y tramitar las quejas y sugerencias de los usuarios. Desde hace algunos años algunas Comunidades Autónomas como Asturias (1992), Extremadura (2001), Madrid (2001), La Rioja (2002), Baleares (2003) o Galicia (2003), han incorporado una figura que, con distinta denominación, se erige en defensora del paciente/usuario del sistema sanitario, asumiendo un amplio abanico de competencias y actuando de manera independiente. Castilla-La Mancha, regula la figura del Defensor del Pueblo para su región, el cual cuenta con un área específica de responsabilidad denominada Oficina de Defensa del Usuario del Sistema Sanitario.

El Defensor del Paciente de la Comunidad Autónoma de Madrid, recibió unas 700 quejas en 2003, por insatisfacción con la asistencia recibida, deficiencias en infraestructura, errores de coordinación de los servicios, masificación, burocratización y listas de espera de ginecología, oftalmología, cardiología y traumatología. La Consejería de Sanidad de esa misma Comunidad recibió en 2003 unas 50.000 reclamaciones.

Las CC.AA. están regulando los cauces para que el paciente reclame. Extremadura lo ha hecho en Noviembre de 2003, aunque la primera norma después de recibir las transferencias, en enero de 2002, fue, como ya se ha apuntado, la creación de la figura del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura. En marzo de 2003 entró en vigor la normativa sobre normalización del sistema de quejas y reclamaciones de Castilla-La Mancha. Parece prematuro, pues, el intento de buscar indicadores comparables de mala práctica subjetivos a través de estas fuentes de información.

El barómetro sanitario de 2003 informa sobre las percepciones de los ciudadanos de distintas CC.AA. en relación con el funcionamiento del sistema sanitario. Más de la mitad de los canarios opinan que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales o incluso rehacerlo. Esta queja

implícita contrasta con las percepciones de los navarros y los vascos. Sólo el 12% de ellos manifiestan esta necesidad de reforma radical.

Los españoles, también según el barómetro sanitario de 2003, perciben con cierta frecuencia que no hay igualdad en la asistencia recibida independientemente del tipo de hábitat (rural o urbano) (44,7%), de la Comunidad Autónoma donde se resida (31%), del nivel socioeconómico (26%) y de la edad (24%).

En 2003, esas percepciones sobre inequidades son especialmente fuertes en Canarias y en La Rioja en lo concerniente a discriminación por edad y por nivel socioeconómico. Valencia, Madrid y Aragón son sensibles a las desigualdades entre el mundo rural y el urbano, y Aragón, Navarra, Madrid y el País Vasco perciben desigualdades por CC.AA.. Gran parte de los ciudadanos de Navarra (68%) y del País Vasco (57%) opina que recibe mejores servicios sanitarios públicos en su Comunidad Autónoma que en las demás. Cataluña (22%) y Madrid (20%) les siguen en el ranking.

Las transferencias sanitarias fueron positivas desde la perspectiva de los ciudadanos. El barómetro de 2003 estima que el porcentaje de personas que ha percibido mejoras en la sanidad pública en los últimos años es mayor, en general, en las CC.AA. recién transferidas. Asturias, Aragón y Cantabria han mejorado más su atención sanitaria, según los ciudadanos. El País Vasco y Navarra también exhiben buenos indicadores de mejoría subjetiva, tanto en AP como en consultas de especializada y hospitales.

Todas las demás CC.AA. que superan la media nacional en percibir mejoría pertenecían al INSALUD. En AP, Asturias (68%), Cantabria (65%), Castilla y León (56%), Castilla-La Mancha (52%) y La Rioja (51%); en consultas de especializada: Asturias (63%), Aragón(49%), Cantabria (48%), Castilla y León (46%), Castilla-La Mancha (44%) y Extremadura (42%); en hospitales, la mejoría ha sido percibida por el 69% en Asturias, el 52% en Aragón y el 46% en Extremadura.

Los ciudadanos de las dos regiones insulares, sobre todo Canarias, son los que valoran peor la asistencia sanitaria en sus diversos niveles. El porcentaje de personas que percibe empeoramiento en Canarias triplica el nacional para hospitales y consultas de especializada, y lo duplica para AP.

6.6.3. La perspectiva del Defensor del Pueblo

En diciembre de 2002, al cumplirse un año de las últimas transferencias, el defensor del pueblo da a conocer un informe sobre las listas de espera (Defensor del Pueblo 2003)¹¹, a instancias del Senado. Pone en evidencia que a) las listas de espera son un problema grave de la sanidad española, particularmente las quirúrgicas, pero también las diagnósticas y de consultas; b) que la situación es particularmente grave en algunas CC.AA. (Valencia, Cataluña, Canarias); c) que el sistema de información es opaco por falta de transparencia y de homogeneidad en las definiciones y criterios de listas de espera.

El informe del Defensor del Pueblo sobre Listas de Espera se basa en datos referidos a 31 de diciembre de 2001, y en otros recogidos directamente por los autores del informe, que visitaron en distintas fechas diversos hospitales y centros de todas las CC.AA. salvo de las que habían facilitado la información (Asturias, Galicia, Navarra y País Vasco). Los datos sobre listas de espera recogidos in situ evidenciaban que a finales de 2002 seguía habiendo un serio y desigual problema de esperas en la sanidad española.

El informe provocó un gran debate y fue muy contestado por algunas CC.AA. que quedaban mal en esa foto. Pero también fue un revulsivo que provocó reacciones inmediatas y aceleró respuestas institucionales.

¹¹ Accesible en <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes2.asp>

El MSC intentó mejorar el problema mediante la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y el Real Decreto de Listas de Espera, cuyo objetivo es que el Sistema Nacional de Salud garantice un nivel de acceso a los servicios independientemente del territorio en que se viva y garantizar que haya información homogénea y comparable para monitorizar las listas de espera.

En su último informe, el defensor del Pueblo señala que las quejas más frecuentes que recibe se refieren a la cobertura, a la falta de información, a la organización y coordinación de los servicios, particularmente los sociosanitarios; y los problemas de acceso, encabezados por las listas de espera. Asimismo destacan los graves problemas de las redes de salud mental, particularmente en rehabilitación, así como la escasez, la falta de medios o las disparidades territoriales en los dispositivos y las estrategias relacionados con la salud mental (Defensor del Pueblo 2003).

Bibliografía

AEN Associació Catalana de Professionals en Salut Mental. La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán. 2001. Disponible en:
http://www.pulso.com/aen/informe_ACPSM1.htm

ANUARIO DE LA ATENCION PRIMARIA EN ESPAÑA 1999. El Médico. SANED, SL.
Disponible en URL: <http://www.medynet.com/elmedico/>

ANUARIO DE LA ATENCION PRIMARIA EN ESPAÑA 2001. El Médico. SANED, SL.
Disponible en URL: <http://www.medynet.com/elmedico/>

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) Barómetro Sanitario 2002. Accesible en la página web del MSC, Instituto de Información Sanitaria

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) Barómetro Sanitario 2003. Accesible en la página web del MSC, Instituto de Información Sanitaria

Caminal J, Rovira J, Segura A. Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y de los costes derivados de la no adecuación. Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya. Junio 1999. (BR99003)

Compañ L, S Peiro y R Meneu "Variaciones geográficas en hospitalizaciones quirúrgicas en ancianos: una aproximación a partir de la encuesta de morbilidad hospitalaria" Revista de Gerontología 1995;5(3):166-170

Gené y Marzo. La dirección clínica en la atención primaria. Full Economics nº 37 Septiembre 2003

Gómez MJ, Arcos P, Rubiera G, Rigueria A. Un sistema de indicadores de calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desarrollado por médicos prescriptores. Atención Primaria 2003; 32:460-5

González B, Ortún V, Martín J, Cabeza A, López JA, Díaz JA, Álamo F. Evaluación del uso inapropiado de medicamentos en atención primaria ¿Cómo se puede mejorar?. Atención Primaria 2002; 30: 467-71

Inclan GM^a. El Sistema Nacional de Salud dos años después de las transferencias sanitarias. Revista Administración Sanitaria 2003;4: 533-532

INSALUD. La atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia. Madrid 2002a Ministerio de Sanidad y Consumo

Marión Buen J, S Peiró, S Márquez Calderón y R Meneu de Guillerma "Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones" Med Clin (Barc). 1998 Mar 21;110(10):382-90

Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria 2003; 5: 47-53

Martín JJ. Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Documento de trabajo 14/2003. Fundación Alternativas

MEMORIA 2002. Servicio Andaluz de Salud

MEMORIA 2002. Castilla y León

MEMORIA ASISTENCIAL 2002. Departamento de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo

MEMORIA 2002. Servicio Vasco de Salud. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco

MEMORIA 2002. Navarra. Disponible en: www.cfnavarra.es/snso/SUMARIO.HTM

Mugica E. El Defensor del Pueblo y el Derecho a la Protección de la Salud. Conferencia inaugural del XIII Congreso Nacional de Hospitales. Valencia 2003

Navarro G, Prat-Marin A, Asenjo M, Menacho A, Trilla A, Salleras L. "Review of the utilisation of a university hospital in Barcelona (Spain): evolution 1992-1996". Eur J Epidemiol 2001; 17: 679-684

Negro Álvarez JM, Guerrero Fernández M, Abellán Alemán AF, Rubio del Barrio R, Rojas Vílchez MJ, Sánchez Manchón L, et al. "Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con asma bronquial". Rev Esp Alergol Inmunol Clin 1998; 13: 350-358

Negro Alvarez JM (a) et al, "Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes de 0 a 14 años con bronquitis o asma, o ambas, dados de alta en un hospital universitario" Archivos de alergia e inmunología clínica 2003;34;1:12-21

Negro Álvarez JM (b) et al "Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con asma bronquial. Mejora de la gestión de las camas en la Sección de Alergología, tras la difusión de un estudio previo" Alergol Inmunol Clin 2003; 18: 61-70

Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell Sanchís R, Fernández C, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. Med Clin (Barcelona) 1996; 107:124-129

Ponsá J, Cutilla S, Elias A, Fusté J, Lacasa C, Oliver M. et al.. Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios. Fulls Economics del Sistema Sanitari 2003; sept: 15-19

Rodríguez-Vera, F. J., Marín Fernández, Y., Sánchez, A. et al. "Adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP (Appropriateness Evaluation Protocol)". An. Med. Interna (Madrid), Jun 2003, vol.20, no.6, p.27-30

Servicio Murciano de Salud. Memoria Asistencial 2002. Departamento de Salud Mental. Consejería de Sanidad y Consumo Murcia. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/39153-MEMOASISTENCIAL2002.pdf>

Verdaguer Munujos A, Peiro S, Libroero J "Variaciones en el uso de recursos hospitalarios en el tratamiento de pacientes con EPOC" Arch Bronconeumol. 2003 Oct;39(10):442-8

Zambrana García JL, Delgado Fernández M, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Díez García F, et al. "Factores predictivos de estancias hospitalaria inadecuadas en un servicio de Medicina Interna" Med Clin (Barc) 2001; 117: 90-92