



# La crisis económica en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Evaluación de las medidas para garantizar su sostenibilidad

Tesis doctoral

Luis Miguel Carretero Alcántara

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

2015

Directores:

Dr. José Sánchez Maldonado

Dr. Álvaro Hidalgo Vera

Tutor:

Dr. Salvador Pérez Sala



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: Luis Miguel Carretero Alcántara

 <http://orcid.org/0000-0001-8287-2854>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)



# Índice

---

|                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Índice .....                                                                                                                                              | 2   |
| Introducción .....                                                                                                                                        | 9   |
| Capítulo I: Gasto sanitario y salud. Qué gastamos y qué necesitamos.....                                                                                  | 17  |
| 1. No todo el gasto sanitario es salud. Determinantes del estado de salud de la población ....                                                            | 18  |
| 2. El gasto sanitario en el periodo 2001-2011.....                                                                                                        | 31  |
| Capítulo II: Los precursores del aumento de gasto antes de la crisis .....                                                                                | 53  |
| 3. Profesionales y sistema sanitario. Trabajar para los pacientes. Necesidades y excesos en las políticas de recursos humanos en Castilla-La Mancha ..... | 54  |
| 3.1 Situación de los recursos humanos en España en el contexto europeo.....                                                                               | 54  |
| 3.1.1 Gastos en personal y sistema sanitario .....                                                                                                        | 64  |
| 3.2- Evolución de plantillas.....                                                                                                                         | 67  |
| 3.2.1 Evolución de plantillas en atención hospitalaria.....                                                                                               | 67  |
| 3.2.2- Evolución de las plantillas en Atención Primaria .....                                                                                             | 73  |
| 3.3 Evolución de los costes de personal .....                                                                                                             | 79  |
| 3.4 Los impulsores del aumento del coste de personal antes de la crisis.....                                                                              | 88  |
| 3.4.1 La jornada laboral.....                                                                                                                             | 91  |
| 3.4.2 Posicionamiento en 2012 de las retribuciones del SESCAM respecto a otras CCAA .                                                                     | 96  |
| 3.4.3 Costes de las guardias del personal asistencial.....                                                                                                | 98  |
| 3.4.4 Productividad variable e incentivos .....                                                                                                           | 101 |
| 3.4.5 Retribuciones por autoconcierto (peonadas) .....                                                                                                    | 106 |
| 3.4.6 Absentismo.....                                                                                                                                     | 107 |
| 3.4.7 Días de libre disposición .....                                                                                                                     | 108 |
| 4.- Gasto en bienes y servicios .....                                                                                                                     | 109 |
| 5.- Gasto en receta farmacéutica .....                                                                                                                    | 114 |
| 6.- Gasto en inversiones .....                                                                                                                            | 116 |
| Capítulo III: La crisis del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Gastar lo justo. Eliminar ineficiencias. Hacer sostenible la sanidad .....           | 119 |
| 7. La crisis económica y la prestación sanitaria pública. Experiencias en Europa y en España                                                              | 120 |
| 8. La tormenta perfecta. Los días en los que el Sescam no era sostenible.....                                                                             | 131 |
| 9. La salida desde el punto de vista financiero .....                                                                                                     | 140 |

|                                                                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 10. El Plan de Garantías para la Sostenibilidad de los Servicios Sociales Básicos de Castilla-La Mancha.....                              | 146 |
| 10.1 Medidas directas en Recursos Humanos. Impacto presupuestario .....                                                                   | 148 |
| 10.1.1 Congelar la carrera profesional .....                                                                                              | 151 |
| 10.1.2 Aumento de la jornada laboral. Recuperar las horas perdidas.....                                                                   | 156 |
| 10.1.3 Complemento de Incapacidad Temporal. Una lección sobre incentivos perversos .....                                                  | 159 |
| 10.1.4 Eliminación de los gastos de Acción Social .....                                                                                   | 165 |
| 10.1.5 Reducción de liberados sindicales.....                                                                                             | 165 |
| 10.1.6 Reducción de mandos intermedios.....                                                                                               | 166 |
| 10.1.7 Reducción de la estructura del SESCAM: Racionalización de Servicios Centrales y de las Oficinas Provinciales de Prestaciones ..... | 169 |
| 10.1.8 Reducción de directivos .....                                                                                                      | 170 |
| 10.1.9 Nueva productividad variable .....                                                                                                 | 172 |
| 10.1.10 Jubilaciones a los 65 años .....                                                                                                  | 175 |
| 10.1.11 Quitar libranza de sábados y vísperas de festivos .....                                                                           | 177 |
| 10.1.12 Cambios en la exención de guardias a mayores de 55 años.....                                                                      | 178 |
| 10.1.13 Reducción salarial del 3%.....                                                                                                    | 181 |
| 10.1.14 Eliminación de la paga extra de diciembre 2012 .....                                                                              | 182 |
| 10.2 Medidas relacionadas con la organización de la asistencia.....                                                                       | 182 |
| 10.2.1 No realización de actividad programada en puentes .....                                                                            | 182 |
| 10.2.2 Reducción de personal temporal no necesario.....                                                                                   | 183 |
| 10.2.3 Medidas sobre la atención continuada .....                                                                                         | 192 |
| 10.2.4 Reordenar procesos asistenciales clave.....                                                                                        | 195 |
| 10.2.5 Reordenar los Puntos de Atención Continuada sin sentido asistencial.....                                                           | 198 |
| 10.2.6 Eliminación de incentivos perversos por autoconcierto (peonadas).....                                                              | 200 |
| 10.2.7 Replanteamiento del transporte sanitario.....                                                                                      | 201 |
| 10.2.8 Revisión de la estrategia de conciertos.....                                                                                       | 202 |
| 10.3 Medidas sobre el gasto en bienes y servicios.....                                                                                    | 205 |
| Capítulo IV: Impacto de las medidas en el gasto, en la producción asistencial y en las listas de espera.....                              | 211 |
| 11. Resultado de la aplicación del plan de reducción de gasto .....                                                                       | 212 |
| 12. Impacto de las medidas adoptadas en la actividad asistencial.....                                                                     | 227 |
| 13. Impacto de las medidas adoptadas en las listas de espera .....                                                                        | 240 |
| Capítulo V: Impacto en la calidad asistencial .....                                                                                       | 259 |



|                                                                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 14. Calidad asistencial y selección de indicadores .....                                                                                    | 260 |
| 15. Selección de indicadores .....                                                                                                          | 263 |
| 16.- Análisis de los indicadores seleccionados por el grupo de expertos .....                                                               | 271 |
| Bloque 1: Indicadores de desempeño global del sistema sanitario .....                                                                       | 271 |
| 1.- Mortalidad Ajustada por Edad. ....                                                                                                      | 271 |
| 2.- Mortalidades prematuras .....                                                                                                           | 272 |
| Bloque 2: Atención hospitalaria.....                                                                                                        | 273 |
| 2.1 Indicadores relativos al funcionamiento global de la organización hospitalaria .....                                                    | 273 |
| 2.2 Indicadores relativos al funcionamiento de las distintas áreas del hospital.....                                                        | 275 |
| Bloque 3. Indicadores de atención primaria.....                                                                                             | 278 |
| 3.1 Ingresos hospitalarios innecesarios .....                                                                                               | 278 |
| 3.2 Indicadores de prescripción farmacéutica .....                                                                                          | 279 |
| 3.3: Indicadores relativos a cobertura en vacunas .....                                                                                     | 280 |
| 17. Imputación de datos que faltan en las series disponibles .....                                                                          | 280 |
| Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100 000 hab .....                                                           | 281 |
| Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100 000 hab.....                                             | 281 |
| Tasa de mortalidad prematura por Diabetes mellitus, ajustada por edad, por 100 000 hab .....                                                | 282 |
| Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100 000 hab.....                                      | 282 |
| Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100 000 hab. ....           | 283 |
| Valores puntuales perdidos en las series .....                                                                                              | 284 |
| 18. Normalización y estandarización .....                                                                                                   | 284 |
| 19. Análisis de los resultados en cada indicador individual .....                                                                           | 286 |
| 20.- Resultados del indicador sintético de calidad asistencial .....                                                                        | 291 |
| 20.1 Análisis estadístico del indicador sintético.....                                                                                      | 291 |
| 20.1 Cálculo de indicador sintético para 2013 por comunidades autónomas .....                                                               | 299 |
| 20.1.1 Indicador sintético en 2013 con la normalización 1.....                                                                              | 299 |
| 20.1.2 Indicador sintético en 2013 con la normalización 2.....                                                                              | 302 |
| 20.2 Cálculo del cambio del indicador sintético de calidad asistencial en el periodo 2010-2013 .....                                        | 305 |
| 20.2.1 Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 0) sin aplicar las ponderaciones a los indicadores ..... | 306 |

|                                                                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 20.2.1 Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 0) aplicando las ponderaciones a los indicadores .....                                  | 308 |
| 20.2.3 Incrementos de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 1) .....                                                                                             | 310 |
| 20.2.4 Incrementos de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 2) .....                                                                                             | 312 |
| 20.3 Cálculo del indicador sintético de calidad asistencial para el periodo 2001-2010                                                                                      | 315 |
| 20.3.1 Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2001 y 2010 (normalización 0) sin aplicar las ponderaciones a los indicadores .....                                | 315 |
| 20.3.2 Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2001 y 2010 (normalización 0) aplicando las ponderaciones a los indicadores .....                                  | 317 |
| 20.3.3 Incrementos de cada indicador entre 2001 y 2010 (normalización 1) .....                                                                                             | 319 |
| 20.3.4 Incrementos de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 2) .....                                                                                             | 321 |
| 20.4 Comparación del grado de mejora de los indicadores entre los periodos 2001-2010 y 2010-2013 .....                                                                     | 323 |
| 20.4.1 Comparación del grado de mejora de los indicadores entre los periodos 2001-2010 y 2010-2013 (normalización 0) sin aplicar las ponderaciones a los indicadores ..... | 323 |
| 20.4.2 Comparación del grado de mejora de los indicadores entre los periodos 2001-2010 y 2010-2013 (normalización 0) con ponderaciones en los indicadores .....            | 325 |
| 20.4.3 Comparación del grado de mejora de los indicadores entre los periodos 2001-2010 y 2010-2013 (normalización 1) con ponderaciones en los indicadores .....            | 326 |
| 20.4.4 Comparación del grado de mejora de los indicadores entre los periodos 2001-2010 y 2010-2013 (normalización 2) con ponderaciones en los indicadores .....            | 328 |
| 21.- Resultados finales del capítulo de calidad asistencial .....                                                                                                          | 329 |
| Capítulo VI: Impacto en la eficiencia del sistema sanitario .....                                                                                                          | 333 |
| 22. Variación de la eficiencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2010 y 2013                                                                               | 334 |
| 22.1 Marco metodológico .....                                                                                                                                              | 334 |
| 22.2 Datos utilizados .....                                                                                                                                                | 340 |
| 22.2.1 Producción en UCH hospitalarias .....                                                                                                                               | 340 |
| 22.2.2 Cálculo de la población ponderada .....                                                                                                                             | 343 |
| 22.2.3 Indicador sintético de calidad .....                                                                                                                                | 345 |
| 22.2.4 Consideración de la dispersión geográfica .....                                                                                                                     | 346 |
| 22.2.5 Gasto sanitario por comunidad autónoma .....                                                                                                                        | 347 |
| 22.3 Cálculo de la eficiencia técnica de Castilla-La Mancha antes y después de la crisis .....                                                                             | 351 |
| 22.3.1 Gasto per cápita y calidad .....                                                                                                                                    | 352 |
| 22.3.2 Gasto total respecto a población, actividad en UCH y calidad .....                                                                                                  | 360 |
| 22.3.3 Gasto desglosado en conceptos respecto a población, actividad en UCH y calidad .....                                                                                | 365 |

|                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 22.3.4 Gasto total respecto a población, y actividad en UCH.....                                                                | 371 |
| 22.3.5 Gasto desglosado respecto a población, y actividad en UCH .....                                                          | 374 |
| 22.3.6 Gasto total respecto a población, y actividad en UCH, con el número de municipios<br>como un output no controlable ..... | 377 |
| 22.4 Resultados globales del análisis de eficiencia.....                                                                        | 381 |
| Capítulo VII: El acceso de la población a los fármacos de receta después del cambio en el<br>sistema de copago.....             | 383 |
| 25. El gasto en Receta en el Sistema Nacional de Salud y en Castilla-La Mancha .....                                            | 384 |
| 26. El nuevo modelo de copago farmacéutico introducido a partir del RDL 16/2012.....                                            | 387 |
| 27. Impacto del nuevo copago farmacéutico en Castilla-La Mancha .....                                                           | 395 |
| Capítulo VIII: Qué piensan los pacientes. Impacto en la satisfacción .....                                                      | 413 |
| 28. Satisfacción de pacientes .....                                                                                             | 414 |
| 28.1 Satisfacción de pacientes y calidad.....                                                                                   | 414 |
| 28.2 Dos visiones desde la calle .....                                                                                          | 415 |
| 28.3 Resultados globales de las encuestas de satisfacción.....                                                                  | 416 |
| 28.4 Satisfacción del paciente en atención primaria.....                                                                        | 427 |
| 28.5 Satisfacción de pacientes en consultas de atención especializada.....                                                      | 436 |
| 28.6 Satisfacción de los pacientes con la atención en hospitalización.....                                                      | 441 |
| 28.7 Satisfacción de los pacientes con la atención en urgencias .....                                                           | 448 |
| Capítulo IX: Medidas organizativas de cambio a largo plazo .....                                                                | 453 |
| 7. Medidas organizativas.....                                                                                                   | 458 |
| 7.1 Evolución hacia un sistema de financiación por capitación. Convergencia de cápitás<br>.....                                 | 458 |
| 7.2 Integración de atención primaria y atención hospitalaria .....                                                              | 460 |
| 7.3 Fomento de la gestión clínica .....                                                                                         | 461 |
| 7.4 Nuevas formas de gestión.....                                                                                               | 462 |
| 7.4.1 El Nuevo Hospital de Toledo .....                                                                                         | 462 |
| 7.4.2 Iniciativas de cambio en la gestión de cuatro áreas de salud de la comunidad .....                                        | 462 |
| 7.5 Plan de atención a enfermos crónicos y pluripatológicos .....                                                               | 462 |
| 7.6 Receta electrónica .....                                                                                                    | 463 |
| 7.7 Libre elección y listas de espera.....                                                                                      | 464 |
| 7.8 Romper las fronteras entre las comunidades autónomas. El convenio sanitario con<br>Madrid .....                             | 465 |
| 7.9 Profesionalización de directivos .....                                                                                      | 465 |
| Conclusiones y discusión .....                                                                                                  | 467 |
| Bibliografía .....                                                                                                              | 479 |

|                                                                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Índice de ilustraciones.....                                                                                                                     | 502 |
| Índice de tablas .....                                                                                                                           | 532 |
| Anexo I: Definiciones de los indicadores que componen el indicador sintético de calidad .....                                                    | 1   |
| Anexo II: Análisis de los resultados en los indicadores individuales de calidad .....                                                            | 29  |
| II.1 Indicadores de desempeño global.....                                                                                                        | 30  |
| II.1.1 Mortalidad ajustada por edad.....                                                                                                         | 30  |
| II.1.2- Mortalidades prematuras .....                                                                                                            | 35  |
| II.1.2.1 Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100 000 hab .                                                           | 36  |
| II.1.2.2 Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100 000 habitantes.....                                  | 40  |
| II.1.2.3 Tasa de mortalidad prematura por Diabetes mellitus, ajustada por edad, por 100 000 habitantes.....                                      | 44  |
| II.1.2.4 Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100 000 habitantes .....                          | 48  |
| II.1.2.5 Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100 000 habitantes..... | 52  |
| II.1.3.- Mortalidad perinatal .....                                                                                                              | 56  |
| II.2 Atención hospitalaria .....                                                                                                                 | 59  |
| II.2.1 Indicadores relativos al funcionamiento global de la organización hospitalaria .....                                                      | 59  |
| II.2.1.1 Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama .....                                                                              | 59  |
| II.2.1.2 Tasa de cesáreas.....                                                                                                                   | 63  |
| II.2.1.3 Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas.....                                               | 66  |
| II.2.1.4 Porcentaje global de reingresos.....                                                                                                    | 71  |
| II.2.1.5 Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias.....                                                                    | 74  |
| II.2.2 Indicadores de desempeño hospitalario relativos al desempeño de servicios o áreas clínicas .....                                          | 78  |
| II.2.2.1 Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas.....                          | 78  |
| II.2.2.2 Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias .....                                              | 81  |
| II.2.2.3 Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia .....                                                                                    | 84  |
| II.2.2.4 Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada.....                                                                          | 87  |
| II.2.2.5 Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía .....                                            | 90  |
| II.2.2.6 Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto .....                                                           | 93  |

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| II.2.2.7 Porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos .....                                              | 96  |
| II.3 Indicadores de calidad asistencial en Atención Primaria.....                                           | 98  |
| II.3.1 Indicadores de adecuación de la hospitalización .....                                                | 98  |
| II.3.1.1 Tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes .....                              | 98  |
| II.3.1.2 Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes .....                              | 102 |
| II.3.1.3 Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes ...                   | 105 |
| II.3.1.4 Tasa ajustada de hospitalización por enfermedades cerebrovasculares, por 10 000 habitantes.....    | 109 |
| II.3.1.5 Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes.....  | 112 |
| II.3.1.6 Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes.....            | 115 |
| II.3.1.7 Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos .....                                | 118 |
| II.3.2 Indicadores de adecuación de la prescripción .....                                                   | 122 |
| II.3.2.1 Prescripción de antibióticos en DHD.....                                                           | 122 |
| II.3.2.2 Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al total de antibióticos .....                  | 123 |
| II.3.3 Indicadores de inmunización de la población .....                                                    | 125 |
| II.3.3.1 Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años) .....             | 125 |
| II.3.3.2 Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años) .....                    | 128 |
| II.3.3.3 Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe.....                      | 131 |
| II.3.3.4 Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años)..... | 135 |
| II.3.3.5 Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años).....        | 139 |

# Introducción

---

Resulta de rigor plantear de manera inicial cual es la pregunta de investigación a la que responde el presente trabajo. Esta es la de analizar las medidas que se han tomado en el periodo 2010-2013 en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para hacerlo viable económicamente y el impacto que estas han tenido sobre el sistema sanitario de la región, medido con las limitaciones que tiene la cercanía en el tiempo. La pregunta es muy compleja y amplia, y por tanto debemos descomponerla en varias preguntas:

- Cuáles fueron las causas que llevaron al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha a una situación de grave crisis de sostenibilidad.
- Cuáles han sido las medidas que se han tomado en Castilla-La Mancha para resolver esta situación, cuál era su motivación y qué efectos han tenido.
- Cuáles han sido las consecuencias de esas medidas
  - En el gasto público sanitario
  - En la actividad asistencial y las listas de espera
  - En la calidad asistencial
  - En la eficiencia del sistema sanitario
  - En el acceso a los fármacos recetados por la población
  - En la satisfacción de los pacientes

Asumiendo la complejidad del reto, este es igualmente relevante en cuanto a su análisis. No se pone en cuestión el tamaño que debe tener el sector público. Ya Wagner en 1892 planteaba su famosa ley (Wagner, 1892) en la que manifestaba que el crecimiento económico impulsa el crecimiento del gasto público, considerando que los bienes públicos tienen una elasticidad-renta positiva y mayor que 1, y que el desarrollo lleva a la sociedad a demandar más servicios públicos. Esta vieja ley se ha convertido en el caballo de batalla de los defensores del gasto y la intervención pública en los mercados, frente a los que defienden lo contrario. Peacock y Wiseman (Peacock & Wiseman, 1961) atacan duramente la formulación de Wagner, y la consideran fruto de sus preferencias políticas. Proponen la ‘hipótesis de la crisis’, mediante la cual en momentos de alta inestabilidad social se generan fuertes presiones que favorecen saltos cualitativos en el crecimiento del gasto público, y que se hacen irreversibles en el tiempo. Cukierman, Hercowitz y Leiderman (Cukierman, Hercowitz, & Leiderman, 1992) defienden que los políticos en el poder utilizan el gasto público para sus fines electorales. Niskanen (Niskanen, 1991) nos aporta su teoría sobre la decisión burocrática, en la que el burócrata, que goza de fuertes asimetrías de información, ejerce una relación de agencia imperfecta con el votante en la que el burócrata decide en función de sus preferencias y de sus intereses, entre los que suelen estar el crecimiento del gasto público.

El debate sobre el tamaño, los límites y los efectos en la economía y el bienestar del gasto público es un clásico en economía, y el conocimiento acumulado a lo largo de los años es inmenso, tanto entre los defensores del gasto público como entre sus detractores. Pero el debate que se plantea en este trabajo no está encaminado en esa línea. Va más abajo, a

analizar cómo los políticos y los burócratas, en esta relación de agencia imperfecta que ejercen sobre el ciudadano, pueden gestionar mal los recursos públicos, y hacerles perder la eficacia necesaria para cumplir los fines para los que fueron dotados. Y de cómo, aprovechando la asimetrías de información existentes, se confunde gestión inadecuada con preferencias hacia una mayor o menor presencia del sector público y de los servicios públicos en la actividad económica. Sea cual sea el volumen del gasto público, este debe emplearse con eficacia para lograr aportar los mejores servicios y para conseguir alcanzar los objetivos planteados.

A menudo se advierte sobre la falta de mecanismos de control de eficacia y eficiencia de la administración para analizar sus políticas (Subirats, 1989). Conocer la raíz y los efectos de las medidas adoptadas para salir de la crisis, nos ayudará a tomar decisiones, una vez pase la situación de depresión económica, para fortalecer los efectos positivos y paliar los efectos secundarios negativos que pudieran tener las mismas.

La pregunta planteada ya acota la realidad a analizar, dado que se centra en las medidas adoptadas para recuperar la sostenibilidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, el SESCAM. Se trata por tanto de medidas de impacto a corto plazo, que son las que podemos evaluar en un periodo de tiempo corto. Hay otras medidas de cambio organizativo de mucho más calado, que se relatan en el trabajo pero que no se evalúan por motivos obvios: habrá que esperar el tiempo suficiente para que los cambios implantados se consoliden, en el caso de que los gobiernos cambiantes no las dejen caer en el tiempo. Una vez se implanten plenamente y se consoliden los cambios, será el momento de evaluar sus efectos. No obstante, las medidas a corto plazo no son superficiales, en contraposición de lo que se publica algunas veces, sino que recogen acciones que se dirigen contra prácticas muy ineficientes o que generan conductas perversas en el sistema sanitario. Es importante conocer la naturaleza de estas medidas, para evitar caer en la ignorante tentación de correr a restablecer la situación previa a la crisis una vez se consolide la recuperación económica. Volver a la senda de crecimiento no debería significar volver a la senda de la ineficiencia en la gestión del sistema sanitario público. Tener más recursos puede permitir pagar mejor a los profesionales y proporcionar mejores servicios a la población, pero cuidándonos de no repetir errores que volverían a absorber cifras desorbitantes de dinero sin efecto aparente en la calidad de los servicios. Conocer las graves ineficiencias que arrastraban los servicios regionales de salud antes de la crisis debería ayudarnos a no tropezar dos veces en la misma piedra.

Los capítulos primero al tercero utilizan una metodología descriptiva. El esfuerzo se centra en contextualizar la situación y diseccionar tanto las causas de los problemas sufridos, así como la magnitud de los efectos causados y la motivación de las medidas correctoras aplicadas. Para ello se utilizan referentes internacionales, cuando están disponibles, así como nacionales y regionales. Tratamos de poner de manifiesto hechos relevantes que nos van a determinar lo que pasó antes y después de la crisis. Aportaremos igualmente una visión de las medidas adoptadas desde dentro de la organización, lo que nos permitirá arrojar luz sobre las motivaciones internas de las medidas, así como sobre los efectos perseguidos y los efectos logrados.

El primer capítulo, que analiza las causas que nos llevaron a una crisis de sostenibilidad, se inicia con un análisis de los determinantes de la salud y su relación con el gasto sanitario. Con

frecuencia olvidamos que las acciones de más impacto sobre la salud de la población no se corresponden con las áreas donde invertimos más recursos dentro del sistema sanitario. Es importante recordar esta realidad, porque en la opinión pública subyace muchas veces la opinión, implantada por algunos de los grupos de interés del sistema sanitario, de que menos gasto sanitario es menos salud. Proseguimos en este apartado con un análisis de la literatura sobre el impacto de la crisis sobre los determinantes de salud, especialmente sobre los determinantes sociales, y los datos disponibles hasta el momento sobre este impacto. Destaca el papel que los sistemas de protección social tienen en la atenuación de los efectos negativos de las crisis sobre la salud. Gestionar bien un servicio de salud es garantizar su viabilidad presente y futura. No hay nada más dañino que poner en peligro por una mala gestión los servicios de protección social, y el más importante de ellos es el sistema sanitario público. La segunda parte de este capítulo se centra en el análisis de la evolución del gasto sanitario entre 2001 y 2011, esto es, desde las transferencias sanitarias hasta el momento en que la crisis económica deviene en una crisis de sostenibilidad en algunas regiones, y en especial en Castilla-La Mancha. Un primer análisis macro debe comparar el nivel del gasto sanitario en España respecto al esfuerzo que realizan los países de nuestro entorno, y ver la evolución que ha seguido este esfuerzo colectivo en los últimos años, en su crecimiento respecto al crecimiento en el resto de Europa. Hacemos una primera aproximación al crecimiento registrado en los primeros años de siglo, a la burbuja sanitaria española (Puig-Junoy, 2011). En este sentido, es importante analizar la brecha que se generó entre aumento de la riqueza y aumento del gasto sanitario, que en los primeros años de la crisis fue la responsable de los enormes problemas de sostenibilidad vividos con posterioridad. Analizamos estos aspectos también a nivel de SESCAM, donde los fenómenos comentados se presentan en su máxima intensidad.

El segundo capítulo trata de realizar una descripción con el máximo detalle posible de algunas de las medidas clave que generaron un fuerte aumento del gasto sanitario y posiblemente un empeoramiento de la eficiencia del Servicio de Salud en Castilla-La Mancha. Se analizan algunos desequilibrios del sistema, como la relación médicos-enfermeros, que supone un encarecimiento implícito en el conjunto de la red sanitaria, y un desequilibrio que pudo aprovecharse de una manera proactiva para resolver el problema que probablemente más preocupaba en los primeros años de siglo en el sistema sanitario público de la región, que era la dificultad para atraer médicos en un contexto de alta demanda y por tanto de escasez. En gran medida esta dificultad, junto al miedo al conflicto característico de algunas administraciones autonómicas, fue la causa de decisiones que hicieron caer la productividad de los recursos humanos de una forma dramática, y por tanto, que incrementaron de forma importante el coste del sistema. Además, la fuerte politización de la gestión generó una cultura de no conflicto y de cesión favorecida por la ignorancia de muchos decisores de las consecuencias a largo plazo de los pactos a los que llegaban a cambio de la tan ansiada paz social. Analizamos de forma crítica en este capítulo la literatura sobre el impacto de la crisis en los recursos humanos de enfermería, y especialmente la que relaciona la mortalidad con el aumento o disminución de enfermeros (Robinson & Wharrad, 2000), (Aiken et al., 2015). Aportaciones interesantes como principio de una buena línea de investigación son a veces mal utilizadas como herramienta de presión corporativa. Analizamos el crecimiento de las plantillas en los primeros años de siglo. Vemos en detalle el fuerte aumento de personal registrado en



atención primaria y en hospitales, aun en los primeros años de la crisis, que llevó inevitablemente consigo un fuerte aumento de los gastos de personal, aun mucho más acusado que el de la plantilla, y mayor en Castilla-La Mancha que en el conjunto de España. Es importante diseccionar cuales fueron los impulsores de este formidable incremento del gasto sanitario en recursos humanos. El primero de todos fue el aumento de salarios, con incrementos 2001-12 del orden del 80% en las categorías sanitarias, dejando los salarios sanitarios entre los mayores de España. El segundo, la reducción de la jornada laboral, que en organizaciones sanitarias impacta de forma inmediata en los costes. El tercero, el aumento de plantillas, ya analizado anteriormente. Dentro de los salarios, destacan subidas vertiginosas en conceptos claramente poco productivos como las guardias médicas, contrastando con aumentos mucho menores en los conceptos ligados al rendimiento, como la productividad variable. La sanidad pública es un espacio de gestión con fuertes relaciones de agencia, la principal entre médicos y pacientes. Como indica Eisenhardt (Eisenhardt, 1989), principal y agente pueden tener intereses contrapuestos, y es necesario incorporar incentivos que fortalezcan las actuaciones del principal orientadas hacia los intereses del agente. Alchian y Demsetz (Alchian & Demsetz, 1972) alertan de los peligros que aporta a la organización la existencia de incentivos contrapuestos con el rendimiento. Repasamos en este epígrafe la literatura sobre incentivos médicos, y la importancia de estos para premiar a los mejores profesionales y a los que más se esfuerzan. Un ejemplo palmario de estos incentivos perversos son las retribuciones extraordinarias o peonadas que se implantaron masivamente en la primera década de siglo, con efectos que describimos en este capítulo y en sucesivos, y que constituye una de las principales enseñanzas recopiladas en este trabajo. Otro caso de incentivos perversos es el de los complementos por incapacidad temporal, que igualan la retribución de un trabajador de baja laboral a la que tendría en activo. En este caso hemos tenido un caso previo, unas medidas correctoras, unos resultados de estas medidas correctoras, y una relajación de la medida, como veremos en el capítulo siguiente. Los resultados son muy significativos, y solos ya justificarían una publicación independiente. Se analizan los incrementos en otros conceptos de gasto, destacando el fuerte incremento en el gasto farmacéutico, que nos llevó a situarnos por encima de la media europea en consumo.

El tercer capítulo analiza la llegada de la peor crisis económica de los tiempos recientes en España, y su impacto en la sanidad de todo el país, y especialmente en Castilla-La Mancha y su Servicio de Salud. Esta región fue con diferencia la que encontró una situación más dramática en sus cuentas públicas en el momento álgido de la recesión. Repasamos cuales son los efectos de la crisis en otros países según lo publicado hasta ahora. Los factores explicados en el capítulo II llevan al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (el SESCAM) a una situación insostenible a finales de 2011 y principios de 2012. Se describe de forma detallada la situación creada, y las medidas adoptadas para salir de ella. Un epígrafe interesante, por lo poco publicado en torno al mismo, es la salida financiera, el análisis de cómo se pudo resolver el pago de la impresionante montaña de facturas pendientes de pago existente en 2011. Posteriormente entramos en las medidas para resolver el equilibrio económico, o sea, para volver a gastar en la medida de nuestras posibilidades. Resulta de interés el resumen expuesto en la introducción al punto 10 sobre las líneas inspiradoras del Plan de Medidas en el SESCAM. Una característica común que veremos en este capítulo es que las medidas huyen de ser genéricas para todos los centros y todas las categorías. Hay medidas más globales, pero casi

todas se orientan a corregir desequilibrios generados en la etapa de las transferencias, y muchas de ellas a eliminar ineficiencias en la meso y microgestión. Dentro de las medidas podemos observar efectos muy interesantes, como el impacto de los complementos sobre la incapacidad temporal en el total de bajas. Las acciones no sólo van orientadas a generar una reducción de las ineficiencias, sino a recuperar parte de la productividad perdida en los primeros años del siglo. Cada medida lleva consigo un análisis de las motivaciones y los efectos esperados y conseguidos con la misma. Es importante ver que la gran mayoría de las decisiones introducen cambios de calado en la cultura de gestión, que deberían ser aprovechados para consolidar mejores rendimientos de cara al futuro. Destacan en este sentido las medidas de ordenación de plantillas, mejora del rendimiento, adecuación de la oferta asistencial, o de eliminación de incentivos perversos implantados en el pasado.

Desde aquí la parte descriptiva cede su lugar a la evaluativa, dentro del trabajo. En la evaluación mantenemos una visión lo más amplia posible de la realidad de un servicio regional de salud. No podemos evaluar la realidad desde un punto de vista, ni considerar la calidad el resultado de un indicador o de un caso concreto. Siguiendo a Donabedian (Donabedian, 1988), la calidad asistencial es una entidad multidimensional. El mismo autor distingue siete pilares de la calidad asistencial (Donabedian, 1990), que son la eficacia, la efectividad, la eficiencia, la optimización, la aceptabilidad, la legitimidad y la equidad. Sería muy pretencioso pretender evaluar todas las facetas, pero el espectro recogido en este trabajo recoge la eficacia y la eficiencia en el capítulo V, la eficiencia en el capítulo VI, la optimización en el capítulo III, la aceptabilidad en el capítulo IV y en el capítulo VIII, la legitimidad en el capítulo VIII y en el III, y la equidad en el capítulo VII y en el III. Cada uno de los capítulos utiliza una metodología propia, adaptada al reto de investigación que supone de por sí.

El cuarto capítulo analiza los efectos más inmediatos de las decisiones adoptadas, por lo que adopta un enfoque esencialmente descriptivo. Por una parte, destaca la importantísima reducción de gasto conseguida, poco explicada y publicada, probablemente por miedo a que se asocie esta reducción de gasto con una peor sanidad. Por otra, son muy significativos los efectos de los cambios en los incentivos sobre la actividad. Se analizan los efectos de las medidas y cómo los aumentos de productividad conseguidos se contrarrestan con la pérdida de actividad de tarde inicial al eliminarse un incentivo perverso para el sistema como son las horas extraordinarias de los médicos, conocidas popularmente como ‘peonadas. De la observación de la realidad aparecen resultados que deberían conocer los gestores sanitarios antes de plegarse a las presiones corporativas. Se analiza igualmente la estrategia seguida de control de la lista de espera y cómo reacciona ésta a las políticas implantadas.

El quinto capítulo es muy importante, dado que aborda el análisis del impacto en la calidad asistencial. Para ello, a partir de un grupo de expertos, y contando con las experiencias internacionales y con la información disponible en España, se selecciona un número de indicadores clave de distintas dimensiones de la calidad asistencial de un sistema sanitario, y se procede a elaborar un indicador sintético de calidad. Los resultados se analizan de forma individual, indicador a indicador, y de forma agregada, mediante el comportamiento del indicador sintético en el periodo 2010-13. Se elaboran varias versiones del indicador en función del método de normalización utilizado, dado que la información facilitada según el proceso de normalización escogido es complementaria. Los resultados tanto individuales (que

se detallan en el Anexo II) como globales son muy concluyentes, y rompen con creencias que están generalizadas en la opinión pública por falta de investigaciones serias que aporten luz sobre lo que ha pasado en estos años.

El sexto capítulo aborda el impacto de los cambios introducidos en la eficiencia global del sistema sanitario de Castilla-La Mancha. Se realiza un análisis envolvente de datos utilizando varias alternativas, previamente elaboradas y argumentadas, de medición del input y del output. Las medidas del input van orientadas al gasto sanitario global, dado que estamos evaluando servicios de salud. Las medidas del output tienen varias aportaciones importantes. La primera, que se mide una versión de output centrada en la calidad asistencial. Para ello utilizamos los datos proporcionados en el capítulo anterior sobre evolución de la calidad asistencial por comunidades autónomas. La segunda, la de aportar, en la cuantificación del output como la suma de productos intermedios, dos conceptualizaciones de producto. Para hospitales, el resultante de medir la actividad en Unidades de Complejidad Hospitalaria, midiendo la actividad de una manera muy avanzada. Para atención primaria, ponderándose la población atendida. Se realizan los cálculos a partir de las distintas alternativas de inputs y outputs, y con distintas configuraciones del modelo de cálculo, para ver si los resultados son dependientes o no de las distintas combinaciones y en qué grado. También se obtienen resultados muy concluyentes, que analizaremos en este capítulo. El resultado es muy importante, porque sintetiza de alguna manera los hallazgos encontrados hasta este momento.

El séptimo capítulo se centra en el impacto del copago farmacéutico en el acceso a los fármacos. El Decreto-Ley 16/2012, de carácter nacional, introduce importantes cambios conceptuales en la configuración del Sistema Nacional de Salud. El de más calado desde el punto de vista operativo es el del cambio registrado en el copago de los productos farmacéuticos. Una de las cuestiones planteadas en la literatura reciente, es la necesidad de analizar los efectos que estos cambios han podido tener en la equidad en el acceso a los fármacos, especialmente en la población pensionista, que antes no pagaba y ahora sí. Se analiza la base de datos de devoluciones de fármacos del sistema de receta electrónica del SESCAM en 2014, buscándose la existencia de pautas específicas de devolución asociadas a su precio o a la pertenencia del ciudadano a un grupo determinado de tarjeta sanitaria. Los hallazgos, que permiten ampliaciones en posteriores publicaciones, son ya de por sí muy concluyentes, y constituyen por sí mismos un resultado importante de la investigación presentada.

El octavo capítulo analiza la opinión de los pacientes, la calidad percibida por estos de la asistencia. Se analiza la encuesta de satisfacción de pacientes del SESCAM 2014 y el Barómetro Sanitario del CIS. La primera expresa la opinión de los pacientes del sistema en el año 2014 diferenciada por semestres, la segunda la opinión de los ciudadanos, sean o no pacientes, sobre la situación del sistema sanitario regional. Es relevante esta distinción porque nos puede arrojar luz sobre los impactos que la confrontación partidista puede tener en la opinión del ciudadano sobre su sistema sanitario respecto a las percepciones que recoge cuando es usuario del mismo. Realizamos una validación estadística de la encuesta del SESCAM, y comparamos los resultados de ambas encuestas para Castilla-La Mancha. Los resultados son

muy interesantes, tanto por el valor aportado por cada encuesta, como por el valor que aportan las diferencias de apreciación de ambas.

El trabajo nos aporta una visión amplia del impacto de las medidas adoptadas para salir de la crisis en Castilla-La Mancha. El resultado obtenido ha sido fruto de la inteligencia, el esfuerzo, la profesionalidad y la dedicación de muchas personas, y de la concurrencia de factores clave imprescindibles para llegar a buen puerto. El primero, una Presidenta de la Comunidad que no dudó en hacerse cargo de la situación y apoyar la adopción de medidas impopulares pero plenamente necesarias para salir de la crisis, tanto en su inicio como en su ejecución. En segundo lugar, un Consejero de Sanidad que creyó desde el primer momento en la profesionalización de los directivos, y defendió y consiguió la formación de un equipo de gestores buscados por su valía profesional y no por su historial político. Tuvo que soportar una presión mediática constante que paró desde el nivel político y que no trasladó a las estructuras de gestión, lo que aportó el sosiego y la seguridad imprescindibles para afrontar e implantar los cambios necesarios. En tercer lugar, un excelente equipo directivo, tanto a nivel central como de centros sanitarios, fuertemente cohesionado, que ha puesto en marcha de forma sincronizada medidas difíciles, y realizado con valentía cambios que meses antes parecían imposibles de abordar en la gestión pública sanitaria. En cuarto lugar, unos sindicatos que han sabido estar a la altura de las circunstancias, defendiendo a los trabajadores pero siendo conscientes de la gravedad de la situación vivida en el Servicio de Salud, y aportando diálogo y conocimiento de forma continua. En quinto lugar pero realmente en el primero de ellos, un colectivo de 26.000 profesionales que han estado siempre al lado del paciente, y que con su esfuerzo y buen hacer han sabido sobreponerse a una situación económica imposible, con los resultados que iremos analizando a lo largo de este trabajo.



# Capítulo I: Gasto sanitario y salud. Qué gastamos y qué necesitamos

---

## 1. No todo el gasto sanitario es salud. Determinantes del estado de salud de la población

Hay abundante literatura respecto al gasto sanitario y al papel de los recursos humanos en las instituciones sanitarias. El mundo sanitario es usualmente corporativo, y tiende a considerar todos los aumentos de plantilla como deseables y todas las reducciones como dramáticas para los pacientes. Además, los profesionales sanitarios se han ganado una importante credibilidad en la sociedad. La persona en la que depositamos la confianza para tomar decisiones sobre nuestra salud, la merece también cuando emite opiniones sobre la organización sanitaria. La mayoría de los ciudadanos, alentados por los que trabajamos en el sistema sanitario y por la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias, tienden a creer que la mejor manera de mantener una buena salud es tener acceso a servicios sanitarios de alta calidad (FOX, 2006). Esta opinión ciudadana genera habitualmente una opinión política. El sistema sanitario es actualmente, después del empleo, el segundo tema de interés para el ciudadano (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2013)

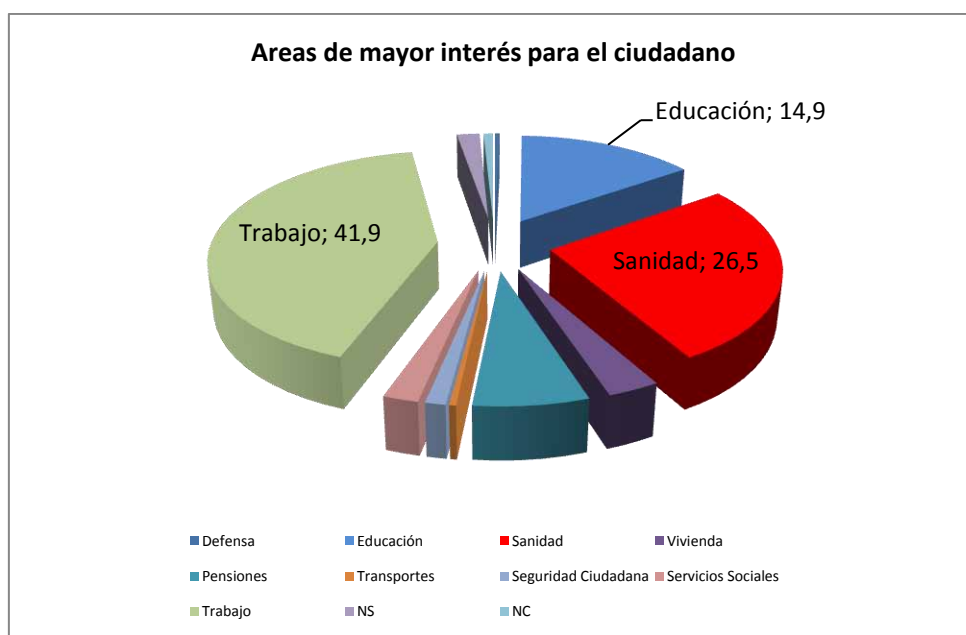


**Ilustración 1: Áreas de actuación pública de mayor interés para el ciudadano.** Fuente: Elaboración propia a partir de Centro de Investigaciones Sociológicas. (2013). Barómetro Sanitario 2013. Madrid

Además, esta preferencia ha evolucionado en el tiempo, llegando a niveles mucho más altos hace pocos años:

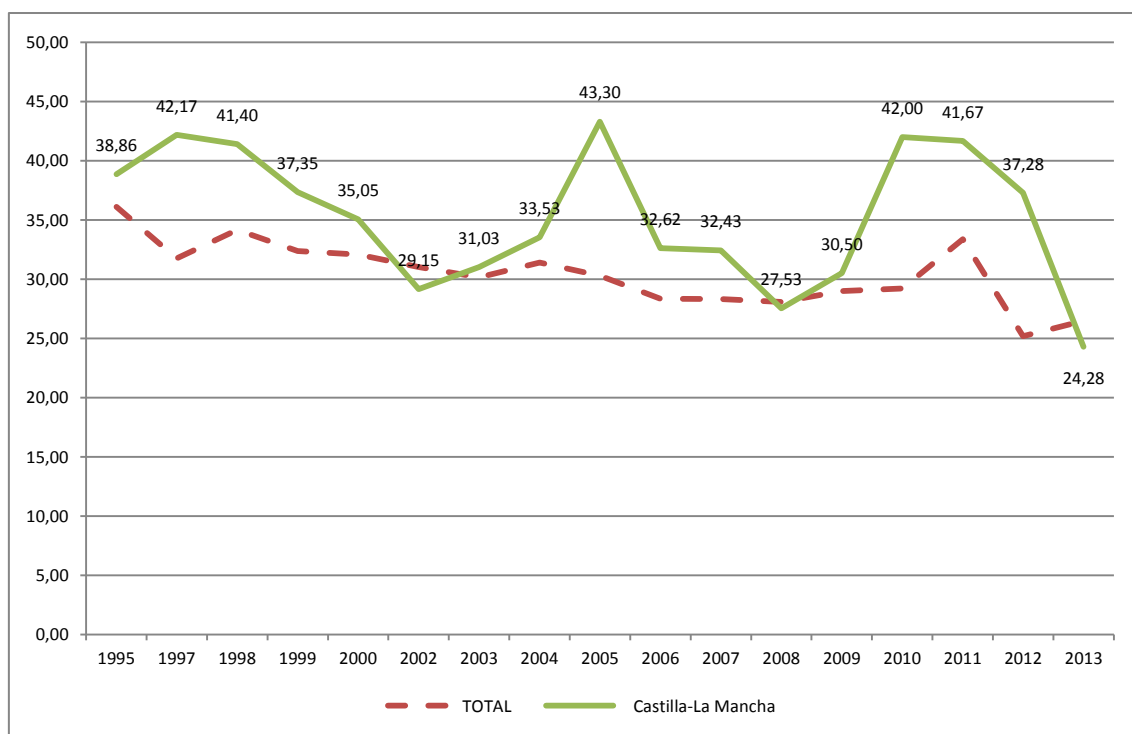


**Ilustración 2: Porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad es el área de mayor interés. Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas. (2013). Barómetro Sanitario 2013. Madrid**

Podemos apreciar cómo tradicionalmente en Castilla-La Mancha el interés por el sistema sanitario ha sido diferencialmente mayor que en el conjunto de España (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2013), aunque esta tendencia se ha invertido en el año 2013.

Si repasamos la literatura sobre determinantes de salud, podemos ver cómo quizá la visión desde dentro del sistema respecto a nuestro papel en la salud de la población es excesivamente complaciente. Ya en 1974 uno de los padres de la salud pública, el canadiense Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar de su país, se preocupaba por dos temas que no han salido de la actualidad desde entonces (Lalonde, 2002):

- El coste creciente de los servicios sanitarios.
- El hecho de que la salud de los canadienses no parecía mejorar proporcionalmente a los aumentos de coste de los servicios.

Al profundizar en las causas de la mortalidad y la morbilidad de sus conciudadanos, Lalonde se dio cuenta del profundo error que suponía centrar las políticas en la inversión en servicios sanitarios. Distinguió cuatro determinantes principales de la enfermedad sobre los que actuar: biología humana, medio ambiente, estilos de vida, y organización de los cuidados de salud (Lalonde, 1974). Cuando habla de la biología humana se refiere a la propensión genética a contraer determinadas enfermedades, y a la fortaleza de las personas y su resistencia a contraer determinadas enfermedades. El medio ambiente es muy importante en la salud. La calidad del agua y de los alimentos, la contaminación del aire, los medios de transporte disponible o el propio ambiente doméstico en el que nos desenvolvemos son relevantes para la salud. También el ambiente social, con los determinantes sociales en salud, como la



pobreza, el desempleo, o los bajos niveles de educación. En los estilos de vida, estos factores interactúan generando patrones de comportamiento que pueden ser más o menos favorecedores de la salud, y que tienen un gran impacto sobre la morbilidad y la evolución de las enfermedades. El abanico de conductas es muy amplio, y destacan hábitos como el sedentarismo, la dieta, el abuso de sustancias como el tabaco, el alcohol o las drogas, las conductas sexuales irresponsables, las conductas violentas, el abuso de fármacos, o la práctica de actividades de riesgo.

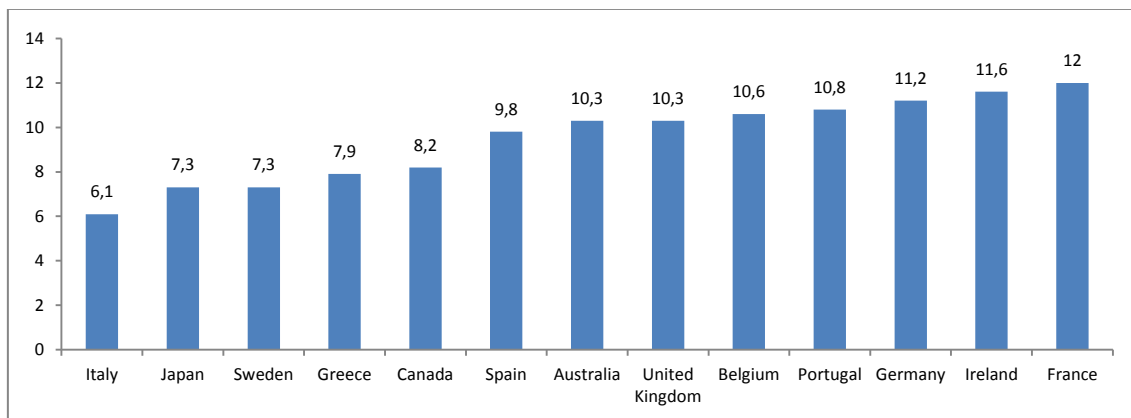


**Ilustración 3: Consumo de alcohol. Litros per cápita. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en Mayo 2015**

España se sitúa en una posición intermedia en el grupo de países seleccionados, en cuanto al consumo de alcohol en litros per cápita al año. Además, el hábito social del alcohol en España supone tradicionalmente un consumo moderado y extendido en el tiempo, mucho más saludable que otras culturas de consumo concentrado y en grandes cantidades.

Cuando existen consumos de alcohol con riesgo de la salud en España, aparecen diferencias de sexo, como podemos apreciar en el siguiente gráfico:

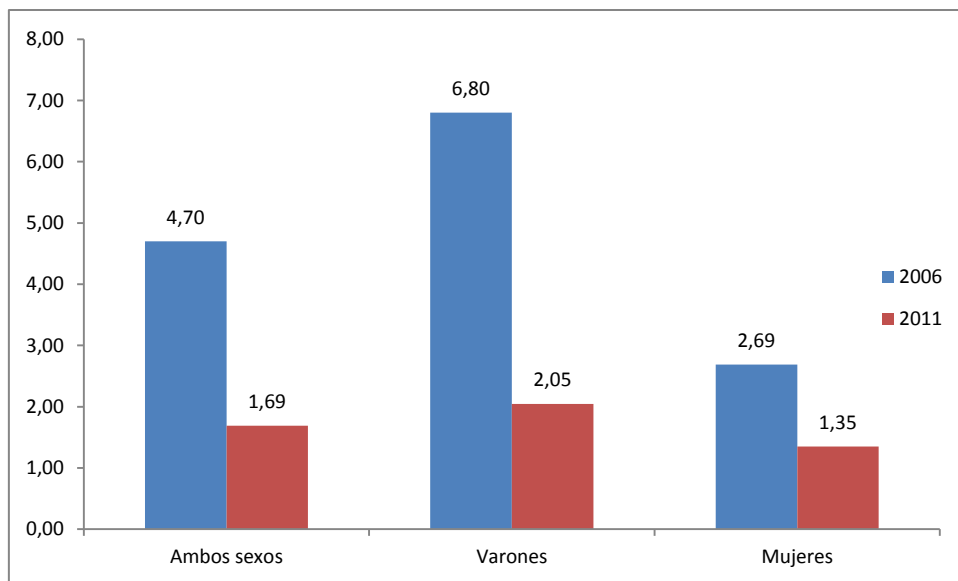


**Ilustración 4: Consumo de bebidas alcohólicas en cantidad de riesgo para la salud. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. Consultado en Mayo 2015**

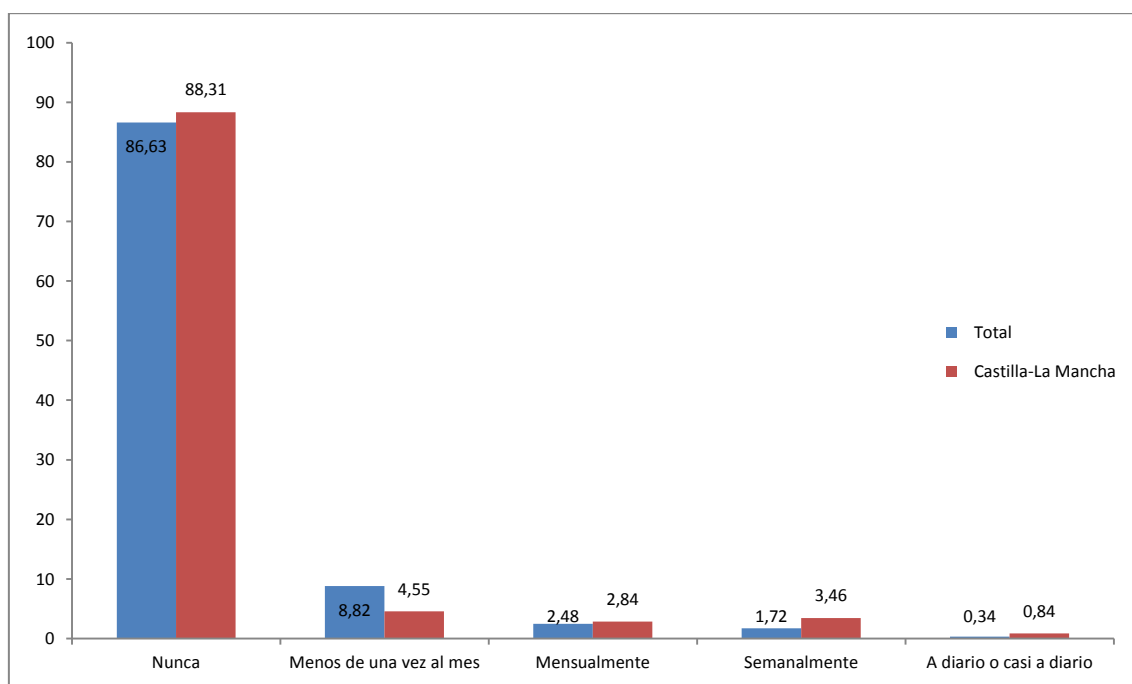


**Ilustración 5: Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses Población de 15 y más años. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. MSSSI e INE**

El consumo de tabaco en gramos per cápita sigue siendo alto en relación a otros países de nuestro entorno, aunque con una tendencia claramente decreciente.

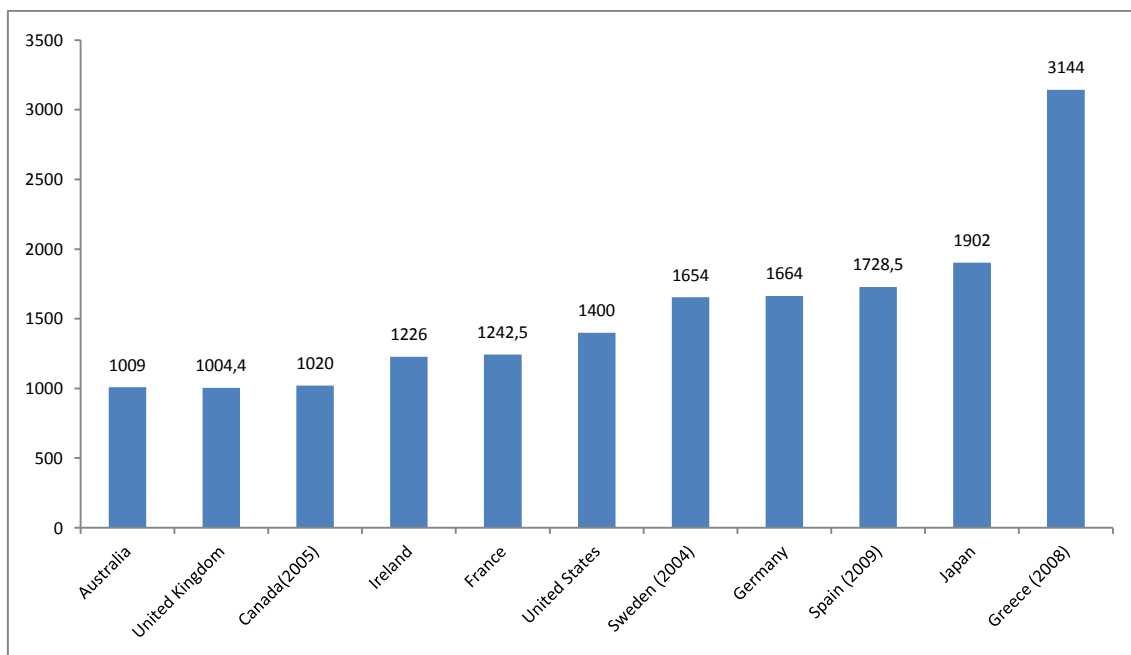


Ilustración 6: Consumo de tabaco. Gramos per cápita 2010. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en Mayo 2015

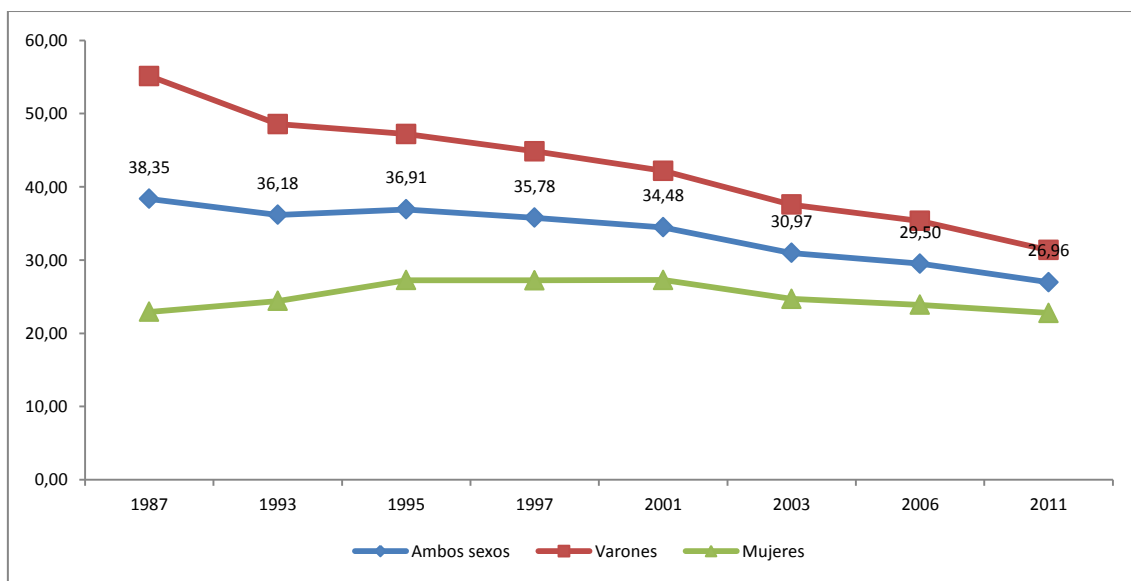


Ilustración 7: Consumo actual de tabaco. Población de 15 y más años. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. Consultado en Mayo 2015

Siguen apreciándose diferencias de género en el hábito de consumir tabaco, con una mayor prevalencia en hombres que en mujeres, aunque se observa en el gráfico anterior como la tendencia en el tiempo lleva no sólo a la reducción del consumo sino a la convergencia entre los hábitos de ambos sexos.

En Castilla-La Mancha, en un análisis de la mortalidad atribuible al tabaquismo en los años 1987 y 1997 (Criado-Álvarez, Morant Ginestar, & De Lucas Vegillas, 2002), atribuyen a este hábito un 18% de las muertes producidas en ambos años

En hábitos saludables como el consumo de fruta en niños de 15 años, la tendencia es a mejorar en el porcentaje de niños global que consume fruta a diario.

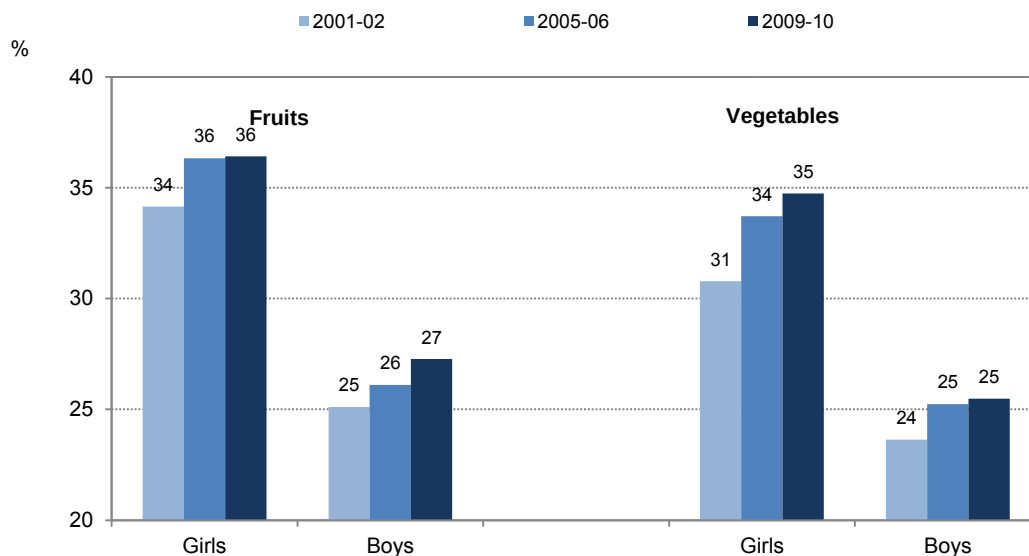


Ilustración 8: Porcentaje de niños que consume fruta a diario. Fuente: OCDE. Health at a Glance 2013

España va mejorando de manera importante en el tiempo, y acercándose a los valores medios de consumo de la OCDE

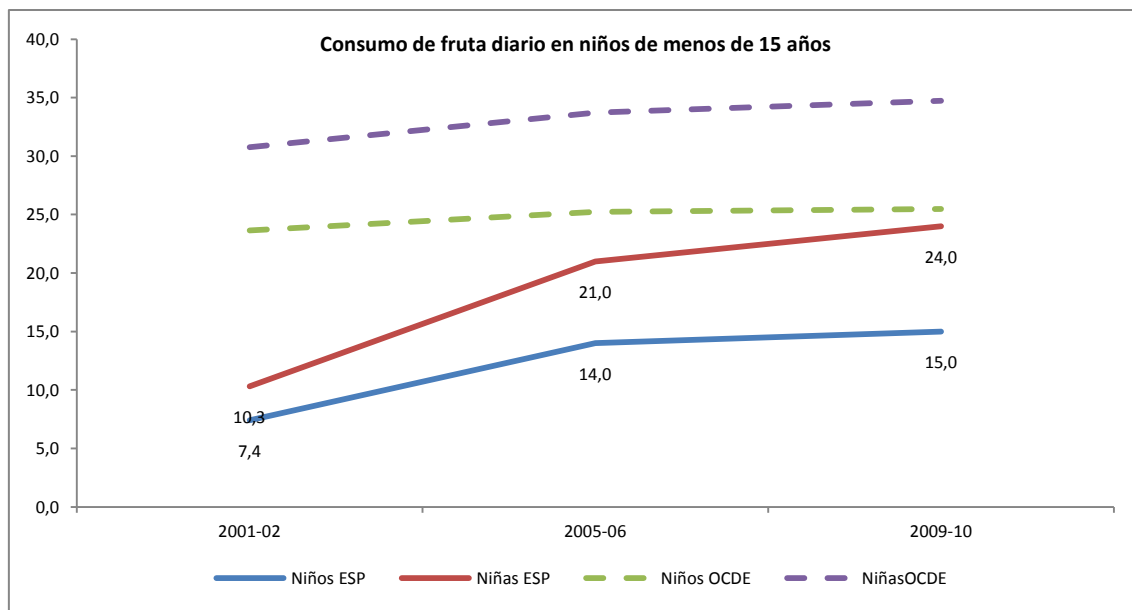


**Ilustración 9: Consumo de fruta diario en niños de menos de 15 años. Fuente: OCDE. Health at a Glance 2013. Extraído en abril 2015.**

En Estados Unidos, (Ford et al., 2010), si analizamos la tendencia de varios factores que favorecen una menor probabilidad de contraer una enfermedad crónica (no fumar actualmente, algún ejercicio en los últimos 30 días, consumo de frutas y verduras más de 5 veces al día y masa corporal por debajo de niveles preocupantes), se observa que se va produciendo un lento deterioro de estos indicadores entre 1996 y 2007.

Dalhgren y Whitehead (Dahlgren & Whitehead, 1991) proponen un modelo en capas concéntricas, con una capa externa donde sitúa a los determinantes estructurales, una capa interna donde están los estilos de vida individuales, y el centro para factores no modificables, como la edad, el sexo o las características propias de cada persona



**Ilustración 10: Modelo en capas concéntricas. Fuente: : (Pasarín, Forcada, Montaner, De Peray, & Gofin, 2010)**

Navarro (Vicente Navarro, 2004), propone caracterizar los determinantes sociales de la salud en tres componentes:

- El contexto socioeconómico y político, que se refiere a los factores que influyen en la estructura social y a las relaciones de poder en la sociedad, así como a la distribución de recursos
- La estructura social y su influencia en la desigualdad: clase social, sexo, etnia, territorio o la edad
- Los determinantes intermedios: la estructura social influye en las conductas, y estas en la salud

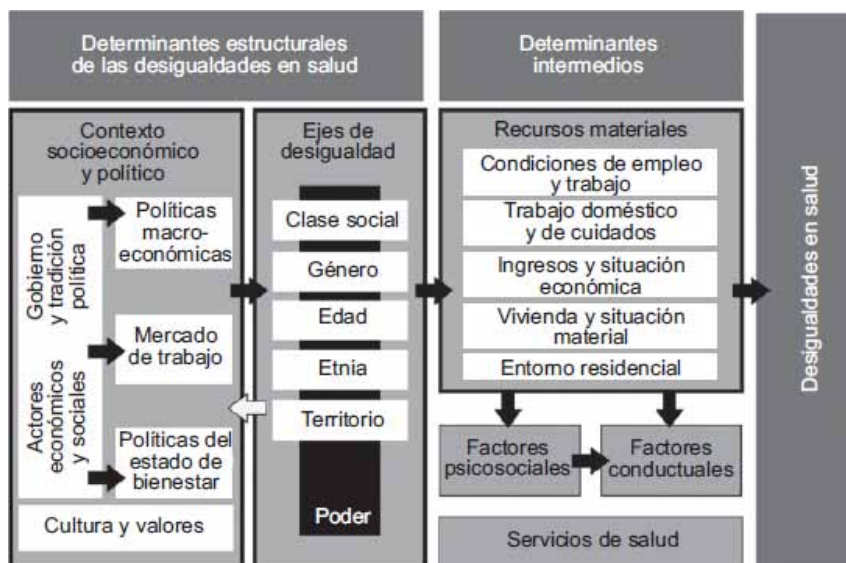


Ilustración 11: Modelo de determinantes de salud. Fuente: (Borrell & Malmusi, 2010)

Se propusieron dos grandes abordajes para actuar en la mejora de la salud (Lalonde, 1974):

- Reducir los riesgos de los segmentos de población con más probabilidad de adquirir enfermedades
- Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud en aquellas áreas donde no es satisfactoria

La visión desde los determinantes de salud relativiza la importancia del gasto sanitario. Tendremos más impacto en la mejora de la salud de los ciudadanos si actuamos sobre hábitos de vida como el alcohol, el tabaco, la alimentación, o la forma de conducir, que si derivamos ingentes sumas de dinero hacia el sistema de atención sanitaria (FOX, 2006)

Los incentivos se han mostrado capaces de modificar la conducta de los médicos en múltiples estudios, como hemos visto. También hay espacio para trabajar con los incentivos financieros en el campo de la promoción de la salud. Kinding (Robbins, 1998) abogaba por incentivar de manera económica a aquellas políticas que demostraran su capacidad para mejorar la salud de los ciudadanos. Proponía utilizar una medida de Años de Vida Ajustados por Salud (HALE) para

comparar políticas, lo que supone un avance importante en la evaluación de políticas sanitarias. Giles (Giles, Robalino, McColl, Sniehotta, & Adams, 2014) hace un metaanálisis de la literatura publicada sobre la capacidad de los sistemas de incentivos de modificar las conductas de los ciudadanos para conseguir mejoras de los hábitos de vida y conseguir conductas más saludables de la población. Seleccionan 15 artículos como susceptibles de ser incluidos en el metaanálisis. Encuentran evidencia de que los incentivos financieros a la promoción de la salud son más efectivos que la no intervención, en el cambio de conductas. Encontraron alguna evidencia de que los efectos podrían decaer con el tiempo, una vez los incentivos desaparecen.

En definitiva, la percepción social generalizada de que para mejorar la salud hay que poner más recursos en la parte curativa del sistema sanitario no se sustenta con la evidencia de cuáles son los determinantes principales de la salud y la enfermedad.

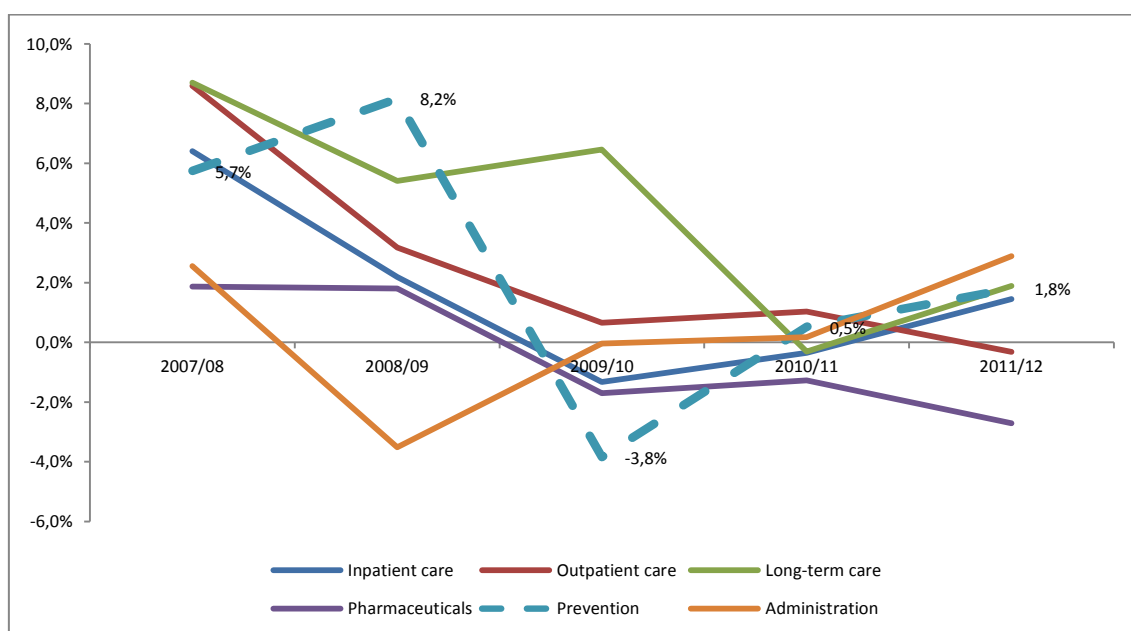


**Ilustración 12: Ratios medios de crecimiento de los componentes del gasto sanitario en la UE.** Source: OECD Health Statistics 2014.

El gasto sanitario, por su parte, se orienta fundamentalmente hacia los servicios curativos. En Europa en 2012, (OCDE Publishing, 2014) casi los dos tercios del gasto sanitario van a este destino. Un cuarto adicional se destina a materiales y fármacos, un 10% a cuidados de larga estancia y un 6% a servicios globales, como la salud pública, la prevención y la administración sanitaria. Los recursos no están probablemente donde tienen más impacto sobre la salud de la población. Como vemos en el gráfico anterior, el gasto en prevención ha sido igualmente uno de los que más ha sufrido reducciones con la crisis. Probablemente porque no tenía grupos de presión que pudieran generar conflictos en caso de reducción.

El propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2013), considera que existe un notorio déficit de salud pública en nuestro

sistema sanitario. Los recursos que se han destinado a educación para la salud, promoción de hábitos saludables y a la prevención de enfermedades, han sido notoriamente escasos en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Existe un volumen importante de literatura que analiza los efectos de las crisis económicas sobre la salud. Baer (Baer & Jelfs, 2009) destaca la profundidad sin precedentes de la crisis económica actual y repasa los efectos esperados de una crisis económica descritos ampliamente por la literatura: incremento en suicidios, uso de drogas y alcohol, enfermedades mentales y enfermedades cardíacas generadas por el stress, así como un impacto en los determinantes sociales de la salud. Advierte de los riesgos de decisiones individuales motivadas por la crisis económica, relativas a menor cuidado de la salud individual. Existen riesgos de que un menor uso de la medicina privada aumente la presión sobre los hospitales públicos, y también posibles ventajas que podría tener la crisis en hacer más atractivas las profesiones sanitarias por su mayor seguridad al estar encuadradas en el ámbito público. Baer recomienda, a la hora de acometer políticas de mejora de la eficiencia, el hacerlo de manera selectiva teniendo en cuenta la evidencia disponible. Hace una afirmación desde mi punto de vista muy valiosa: las crisis económicas dan la oportunidad de acometer reformas radicales e innovadoras para maximizar el valor de los recursos empleados. La crisis da una oportunidad de repensar por qué hacemos lo que hacemos, y de hacer posibles los cambios.

Estos riesgos se manifestaron de forma muy importante en países que han sufrido la crisis con una intensidad máxima, como Grecia. Karanikolos (Karanikolos et al., 2013) analiza los efectos de la crisis económica en la salud pública griega, alertando de que estos pueden producirse sin ser detectados a corto plazo, dados los retrasos en la publicación de datos de mortalidades en la OCDE. Entiende que el impacto sobre la salud pública dependerá de la madurez de los sistemas de protección social, formales e informales en cada país. En Grecia detecta problemas en aumento de enfermedades mentales, pérdida de adherencia a los tratamientos farmacéuticos, aumento de VIH por administración intravenosa de drogas. Pone como ejemplo virtuoso a Islandia, que rechazó rescatar a sus bancos y donde estima que los efectos sobre la salud de la crisis han sido impertectibles. Kondilis (Kondilis MD, PhD et al., 2013) alerta igualmente sobre las consecuencias de la crisis económica en Grecia. Los ratios de suicidio se incrementaron un 16,2%, de homicidio y 25,5% y los ratios de mortalidad un 13,2% entre 2007 y 2009, siendo estos incrementos más intensos entre los subgrupos de hombres menores de 65 años, los que más sufrieron los efectos de la crisis. El número de personas con un uso problemático de las drogas creció un 11,6% entre 2008 y 2010. En el tramo de edad entre 35 y 64 años el crecimiento del número de personas con un uso problemático de drogas fue de un 88,2% según Kondilis. Respecto a enfermedades infecciosas, hubo tres brotes muy seguidos: Virus del Nilo, Malaria y un aumento de las infecciones por VIH. Advierte el autor las peligrosas consecuencias de los ajustes en Grecia, y el riesgo de que las políticas de ajustes en el sur de Europa generen efectos similares. Sissouras, un experto sanitario griego entrevistado por Tsafalios (Tsafalios, 2014), defiende que la crisis griega ha traído consigo un aumento de las depresiones y suicidios, así como de la incidencia de infecciones por VIH. Se ha reducido el acceso a los servicios públicos y esto les ha supuesto una presión creciente de la demanda.

Rivadereyra (Rivadeneira-sicilia, Minué, & Artundo, 2014) revisan los efectos sobre la salud pública que tuvieron crisis anteriores. Analizan los efectos sobre la mortalidad, donde



contrastan la experiencia del impacto en este indicador de la Gran Depresión, con reducciones de la mortalidad, respecto a la caída del bloque soviético, donde esta aumentó considerablemente. En salud mental, en las crisis se detectan conductas de aumento de consumo de alcohol y de suicidios, con variaciones importantes entre países. Indican que en Europa, cada 3% de aumento en el desempleo se asocia con un aumento del 4,45% de los suicidios y del 28% de las muertes por abuso de alcohol. En estilos de vida, estos pueden mejorar en los países desarrollados al aumentar el ejercicio y mejorar la dieta. En países desarrollados se ha detectado una reducción de la incidencia de enfermedades transmisibles durante las crisis.

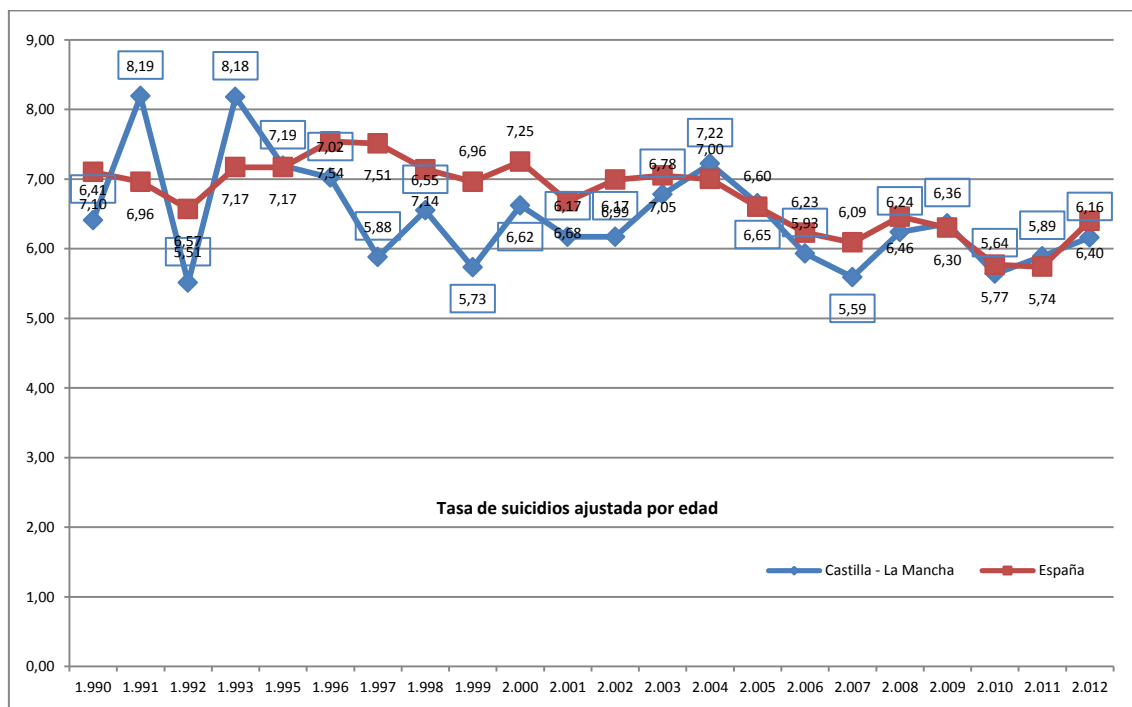


**Ilustración 13: Tasa de suicidios ajustada por edad.** Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Extraído en agosto 2015

Como vemos, en la serie disponible hasta 2012, no se observan variaciones significativas de la tasa de suicidios en España, que oscila en valores similares a años anteriores. En Castilla-La Mancha esta tasa se comporta de forma coincidente con la media Española. Hasta ese momento no se había registrado un patrón nuevo de incidencia de los suicidios, ni en España ni en Castilla-La Mancha.

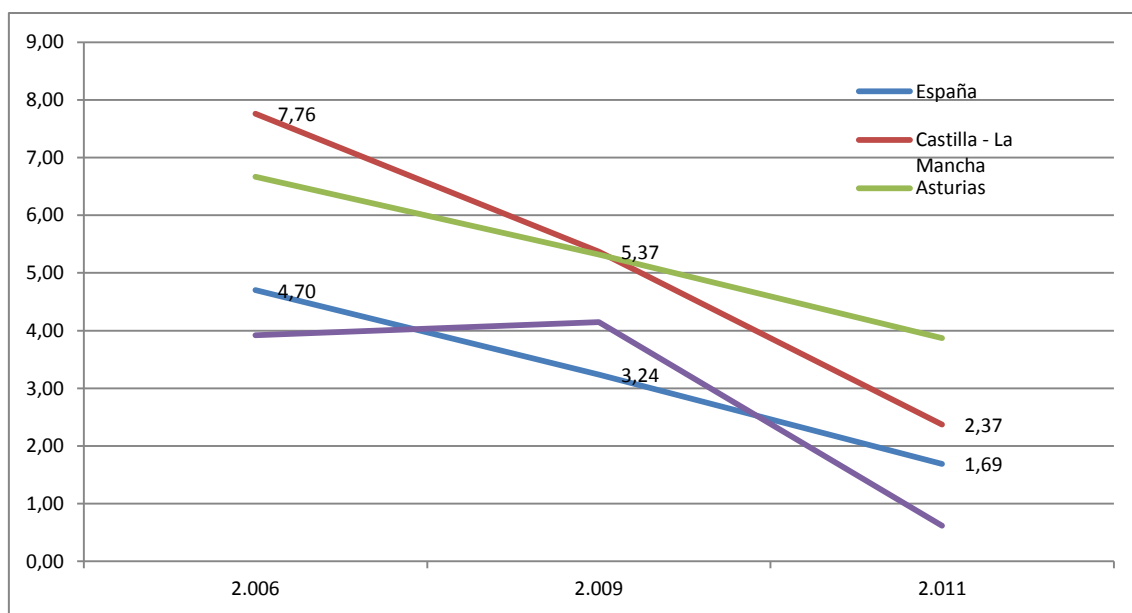


**Ilustración 14: Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol. . Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Extraído en agosto 2015**

Las tasas de bebedores de riesgo de alcohol experimentaron un fuerte descenso hasta 2011, último año disponible. Descienden tanto a nivel global en el conjunto de España, como en Castilla-La Mancha, como en la región con tasas más altas, Asturias, como la de tasas más bajas, Murcia.

Martín Moreno (Martin-Moreno, Alfonso-Sanchez, Harris, & Lopez-Valcarcel, 2010), advierte de los riesgos que tendría a largo plazo eliminar las políticas actuales de prevención del cáncer a consecuencia de la necesidad de reducir el gasto sanitario. Defiende igualmente el aprovechar las tendencias en hábitos de vida documentadas en tiempos de crisis para generar o fomentar hábitos de vida saludable y evitar empeoramientos selectivos de estos ámbitos en los colectivos más débiles. Es cierto que la salud pública y la prevención pueden sufrir fuertemente los efectos de la crisis en sus presupuestos, al no tener grupos de presión que los defiendan. En España no se ha detectado una caída de las políticas de prevención del cáncer. Por el contrario, se han introducido en estos años programas muy importantes la actualización de la estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud, aprobada en el Consejo Interterritorial de 22 de octubre de 2009 o como el cribaje de cáncer de colon aprobado en el Consejo Interterritorial de Sanidad de 23 de julio de 2013.

El European Centre for Disease Prevention and Control, conocido como ECDC (ECDC, 2013) ha analizado distintas alternativas de acción para prever inequidades en el espacio europeo en el ámbito de la salud, y para ayudar a centrar las políticas de reducción y control del gasto que mantienen la mayoría de los países. Estiman que antes de la crisis ya había un gradiente de desigualdad en los determinantes sociales de la salud dentro de Europa, relacionado directamente con los niveles de renta. Están especialmente preocupados por evitar que la crisis fomente la expansión de algunas enfermedades infecciosas por el continente europeo. Anima a los países europeos a cuidar los determinantes sociales de la salud y a evaluar las políticas seguidas para ello, con el fin de lograr articular un banco de políticas efectivas. Una respuesta para España es el artículo de Llácer et al (Llácer, Fernández-Cuenca, & Martínez-

Navarro, 2014) donde alertan de los riesgos de aumento de enfermedades infecciosas durante la crisis económica, tal y como ha pasado en otras crisis en el pasado. Las amenazas están en el deterioro de las condiciones de vida de grupos de riesgo, que puedan favorecer la propagación de enfermedades infecciosas. También temen que un hipotético deterioro que pudiera producirse en el sistema sanitario pudiera complicar los procesos de diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. Analizan de forma exhaustiva la información disponible para un conjunto amplio de enfermedades infecciosas de riesgo, y los resultados son ampliamente positivos, con reducciones de la mortalidad en todos los indicadores salvo en el caso de infecciones intestinales, con un 20,3% de aumento. El resto de los grupos de infecciones han reducido sus tasas de mortalidad. Los autores no encuentran aumentos de patología infecciosa asociados a la crisis como los aparecidos en otros países. Alertan sobre que podrían producirse efectos retardados.

La clave puede estar en el razonamiento de Dávila Quintana (Dávila Quintana & González López-Valcárcel, 2009), que analizan los efectos de la crisis sobre la salud de la población. Abogan por distinguir efectos a corto y a largo plazo de las crisis, y por el papel vertebrador que tienen los sistemas de protección social para que estos se manifiesten de una manera o de otra en la sociedad. Los principales efectos esperables a corto plazo según la literatura son los derivados de las migraciones, de la variación a menos de la renta y del desempleo. Resaltan dos casos contrapuestos, como pueden ser Rusia y Finlandia. Ante una recesión en los mismos años (1990-94), Rusia sufrió un aumento de la mortalidad estandarizada por edad del 30% y una caída de la esperanza media de vida desde los 64 a los 58 años. En Finlandia, con unos sistemas de protección social muy superiores, la crisis no solo no tuvo efectos negativos sobre la salud, sino que se redujo el consumo de alcohol, mejoraron hábitos de vida y los determinantes sociales de la salud. Urbanos y Puig-Junoy (Urbanos Garrido & Puig-Junoy, 2014) recuerdan que la literatura condiciona el impacto de una crisis económica sobre la salud a las características de su sistema de protección social. Urbanos (Urbanos, 2010), frente al sesgo curativo de los sistemas sanitarios, aboga por dar un giro salubrista a las políticas, abordando los determinantes sociales de la salud, e introduciendo la salud en todas las políticas. Habría en su opinión que potenciar las políticas de salud pública y las estrategias de prevención, lo colectivo frente a lo individual.

Realmente la reflexión sobre la importancia de los sistemas de protección social para minimizar los riesgos de las crisis económicas sobre la salud es muy importante de cara al presente trabajo. No hay nada más dañino en una crisis económica que acabar con los sistemas de protección, y uno de ellos, el más importante, es el sistema sanitario público. Como veremos a lo largo de este trabajo, una gestión poco rigurosa y una intromisión de las prioridades electoralistas sobre las sanitarias pueden llevar a un sistema sanitario público, como el de Castilla-La Mancha, a una situación de colapso y de quiebra. Hay que poner en marcha los cambios organizativos necesarios para evitar que esto pueda volver a pasar en el futuro.

## 2. El gasto sanitario<sup>1</sup> en el periodo 2001-2011

El gasto sanitario puede ser una carga o una inversión para una sociedad. Held (Held, 2013), refiriéndose al caso alemán, defiende que el sistema sanitario necesita cambios para poder hacer frente a las necesidades del futuro, y que estos cambios pueden ayudar a que el gasto sanitario se convierta en un motor de riqueza para la sociedad. Las tendencias demográficas en Europa, con un fuerte envejecimiento de la población, y el progreso tecnológico, que hasta ahora no es un motor de eficiencia sino sólo de calidad asistencial, amenazan la sostenibilidad futura del sistema sanitario. Por ello, es muy importante saber que los ingentes recursos materiales que la sociedad destina a la atención sanitaria se gastan adecuadamente. Adecuadamente supone muchas exigencias. En primer lugar, en el lugar donde más beneficios en términos de salud van a aportar a la sociedad. En segundo lugar, de manera eficiente, sin que se despilfarren parte de esos recursos por una gestión complaciente o poco rigurosa. En tercer lugar, favoreciendo la equidad en el acceso a los servicios a la población, y prestándose estos con la máxima satisfacción de los ciudadanos que los financian con sus impuestos.

De acuerdo con Pérez García et al (Pérez García, Cucarella Tormo, & Hernández Lahiguera, 2015) el gasto público en España alcanzaba el 43.6% del PIB en 2014, mientras que los asalariados públicos pesan un 16,9% sobre el total. Del gasto público, el 49,3% se dedica a gasto público productivo (producción de servicios públicos) y un 50,7% a gasto público redistributivo (pensiones, desempleo, pagos a dependientes entre otros gastos). Del gasto productivo, el 57,3% es gasto de personal, y el 42,7% es gasto en compra de bienes y servicios.

El peso del gasto público respecto al PIB estaba en la línea de la media de la OCDE, parecido a Alemania, y por debajo de Francia, Italia y Reino Unido, y por encima de Canadá o Estados Unidos.

El gasto sanitario público tiene un alto coste de oportunidad. Frente a otros componentes alternativos del gasto público, como los gastos de protección social, pensiones, o inversiones en infraestructuras o promoción de la cultura, el gasto sanitario debe aportar un valor diferencial en términos de mejora de la salud de la población, o al menos de la calidad que nos presta cuando enfermamos. También tiene un coste de oportunidad respecto al gasto privado de empresas y familias. Pagar más impuestos para sufragar la sanidad compite con otros usos, ya sean productivos o no productivos de ese dinero.

---

<sup>1</sup> El gasto sanitario, y en concreto el gasto sanitario público es una magnitud compleja a la hora de su medición. Esta puede realizarse por un criterio de devengo, como recoge el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad en su estadística de gasto público sanitario (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015c), o adecuarse a un criterio puramente presupuestario o de caja, como realiza la Contabilidad Nacional de España. Algunos autores, como Pérez et al (Pérez García et al., 2015) han realizado un esfuerzo muy encomiable de consolidación de datos de gasto sanitario, y la OCDE (OCDE, 2015b) también facilita datos de gasto sanitario por países. La diversidad de fuentes también es una riqueza, dado que nos aporta una visión multidimensional del mismo dato. Utilizaremos también datos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, procedentes de sus presupuestos y del gasto real realizado. Los resultados son todos congruentes, se refuerzan entre sí y nos informan del mismo fenómeno, pero el número concreto no siempre ha de coincidir, al estar calculado con criterios distintos según la fuente.

Arenas (Arenas Díaz, 2012) hace un completo repaso de las causas del aumento del gasto en los años previos a la crisis, y del elevado peso que el gasto en la prestación en servicios sanitarios supone para las comunidades autónomas. En el periodo 2007-2010 el gasto de las comunidades autónomas en sanidad ya les suponía más del 35% de su presupuesto total, destacando la comunidad valenciana con un 41,3%. Llama la atención sobre las limitaciones que supone para el gestor público su media o baja capacidad de influencia sobre mandos intermedios asistenciales, sobre el profesional asistencial, sobre el proceso asistencial, o sobre los medios utilizados por estos profesionales. La estructura burocrática y normativa que los distintos lobbies profesionales han articulado en torno al Sistema Nacional de Salud es un lastre importante a la hora de tomar decisiones eficientes en los centros sanitarios.

España gastó en 2012 un 9,3% de su riqueza en sanidad. Es un volumen muy importante de recursos. Nos sitúa por encima de la media de los países de la Unión Europea, con un esfuerzo similar al del Reino Unido, Italia, Bélgica, Portugal, Irlanda o Finlandia.

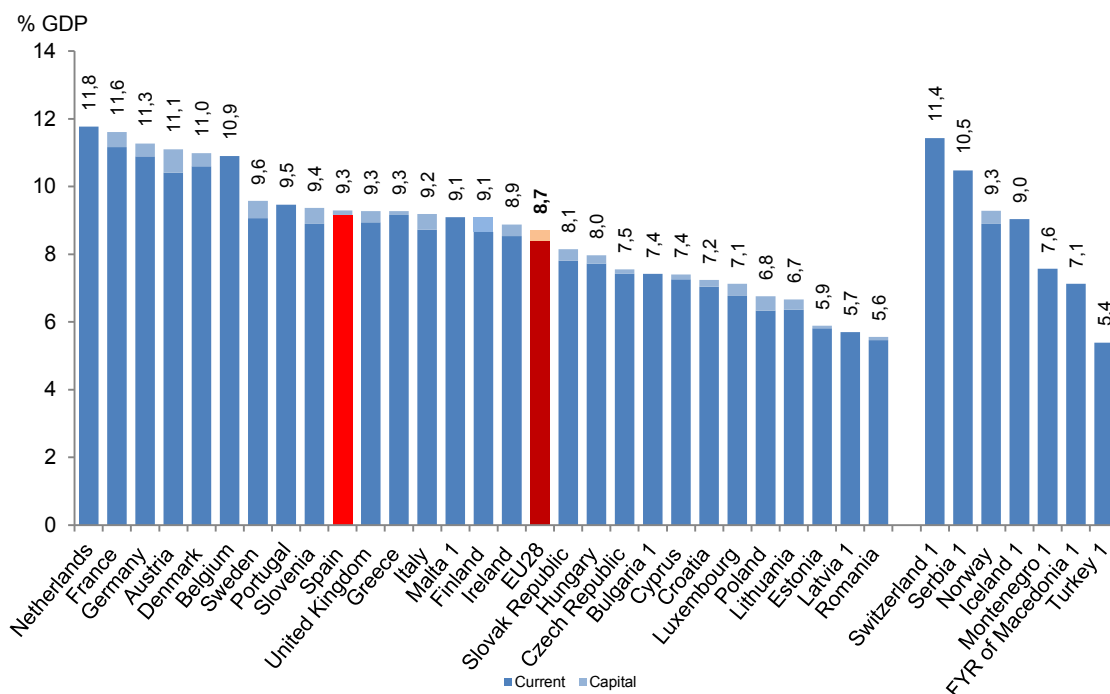


**Ilustración 15: Gasto total en salud como porcentaje del PIB en 2012.** Fuente: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database

Si comparamos la situación en 2012 con la del año 2000, podemos ver cómo era entonces el esfuerzo comparativo de España en Sanidad respecto a otros países similares:

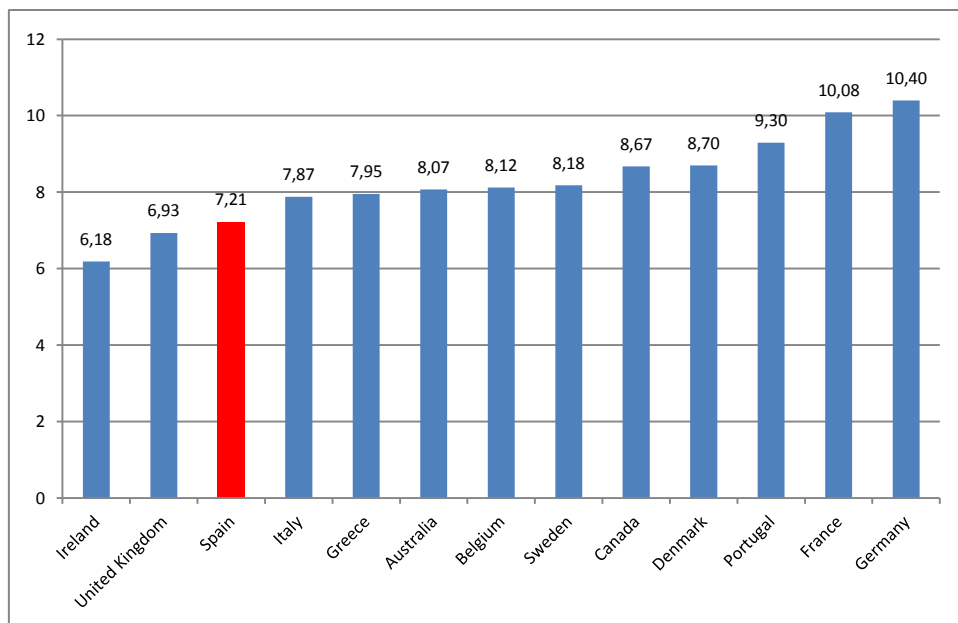


**Ilustración 16: Gasto sanitario/PIB año 2000. Fuente: OECD Health Data. Data extracted on 20 Apr 2015 18:22 UTC (GMT) from OECD.Stat**

En ese momento presumíamos de tener uno de los sistemas sanitarios más eficientes de Europa. El esfuerzo económico era muy moderado, situado en el 7,21% del PIB, y la distancia en porcentaje del gasto respecto a países como Alemania era muy importante, más de 3,2 puntos de PIB, cuando los resultados en términos de indicadores globales de salud eran muy buenos.

En el año 2000, el Sistema sanitario español era el sexto del mundo según la OMS (WHO, 2000), y su nivel de gasto sanitario ocupaba el puesto 29 del mundo. Era una excelente tarjeta de presentación.

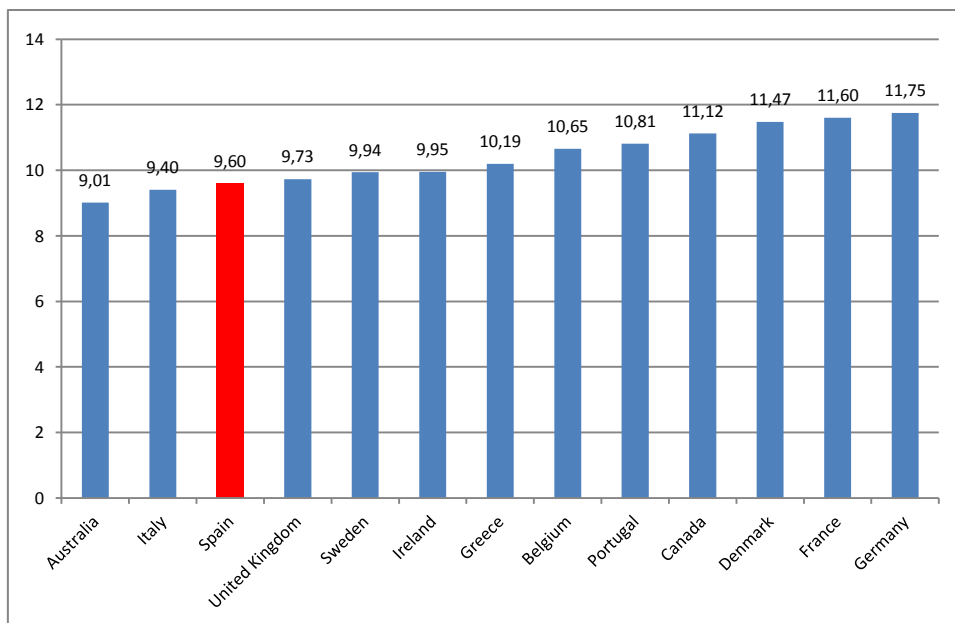


**Ilustración 17: Gasto sanitario/PIB año 2009. Fuente: OECD Health Data. Data extracted on 20 Apr 2015 18:22 UTC (GMT) from OECD.Stat**

En 2009, antes de que la crisis económica se hiciera patente en todo su rigor, y después de una época prolongada de auge económico en España y en el resto de Europa, el porcentaje del gasto había subido al 9,60% de un PIB mucho mayor, y la distancia con el país con más gasto, Alemania, ya era cercana a los dos puntos de PIB. En 2012, como podemos ver en la Ilustración 18, ya estábamos en una posición intermedia, con un gasto sanitario porcentualmente equivalente a los países de nuestro entorno, algo menor que Suecia y algo mayor que el Reino Unido, y algo más de dos puntos porcentuales menos que el país con más esfuerzo, en este caso Francia. El argumento del que presumíamos a principios de siglo, el bajo coste de nuestro sistema sanitario, se había desvanecido. Ahora podemos decir que gastamos de forma parecida a los países de nuestro entorno europeo más cercano.

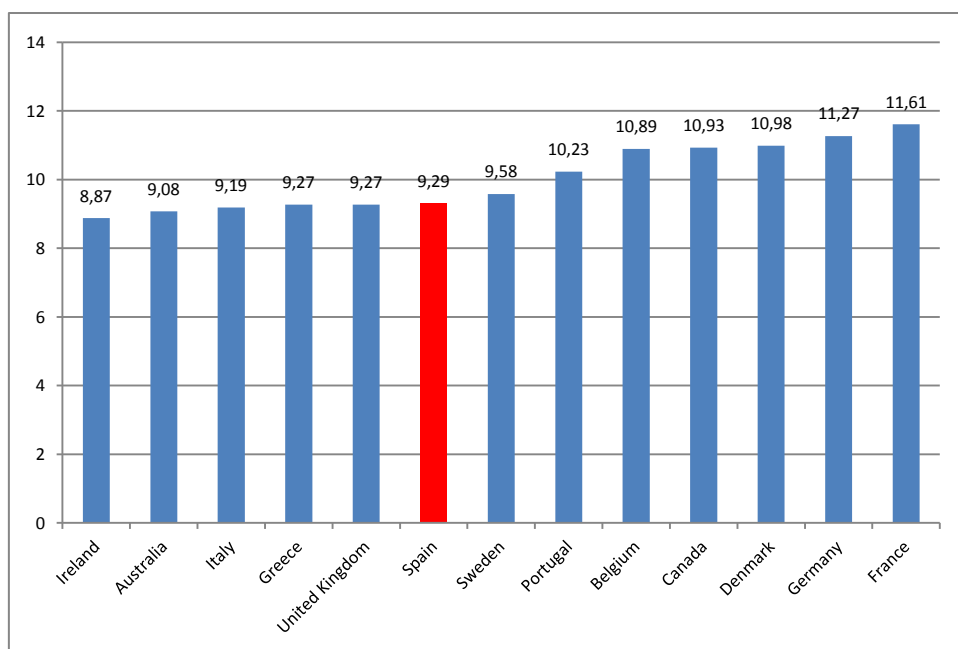


**Ilustración 18: Gasto sanitario/PIB año 2012.** Fuente: OECD Health Data. Data extracted on 20 Apr 2015 18:22 UTC (GMT) from OECD.Stat

De hecho, si observamos en la Ilustración 19 adjunta la evolución del gasto sanitario respecto al PIB de Alemania, Grecia, Italia y España, vemos como en el año 2000 España se situaba muy por debajo de estos tres países. Entre 2002 y 2010 el gasto crece más que el PIB, que también era expansivo, y el gasto de España queda algo por encima del de Grecia y el de Italia. Alemania mantiene una trayectoria estable, con un incremento muy fuerte en 2008, y un posterior suave descenso.

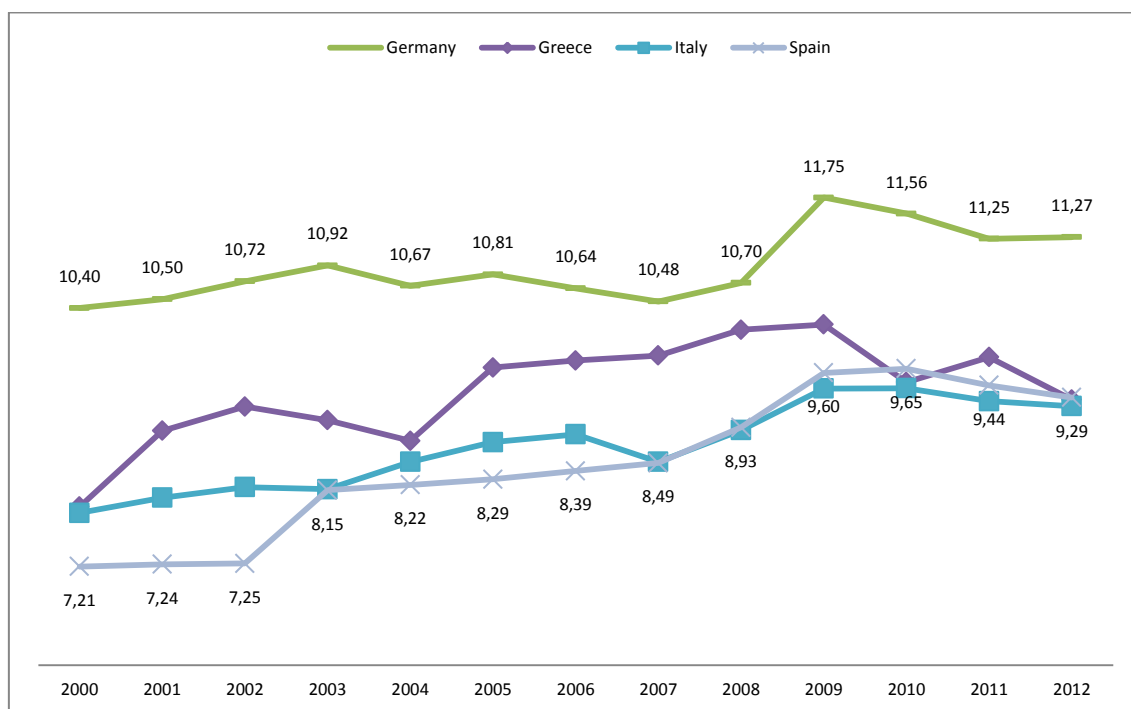


**Ilustración 19: Evolución del gasto sanitario respecto al PIB.** Fuente: OECD Health Data. Data extracted on 20 Apr 2015 18:22 UTC (GMT) from OECD.Stat



Si comparamos la evolución del gasto sanitario respecto al PIB de España con el de la Unión Europea, vemos en la Ilustración 20 cómo a partir del año 2006 se produce una separación al alza en el caso español, que va aumentando en una fuerte pendiente la dedicación de riqueza al gasto sanitario hasta el año 2010, momento en el que se inicia un descenso. Europa crece mucho más moderadamente en los primeros años de la crisis, y el ajuste en el gasto a partir de 2010 es también mucho más moderado. En 2012 España mantenía un esfuerzo respecto al PIB 0,6 puntos por encima de la media europea.

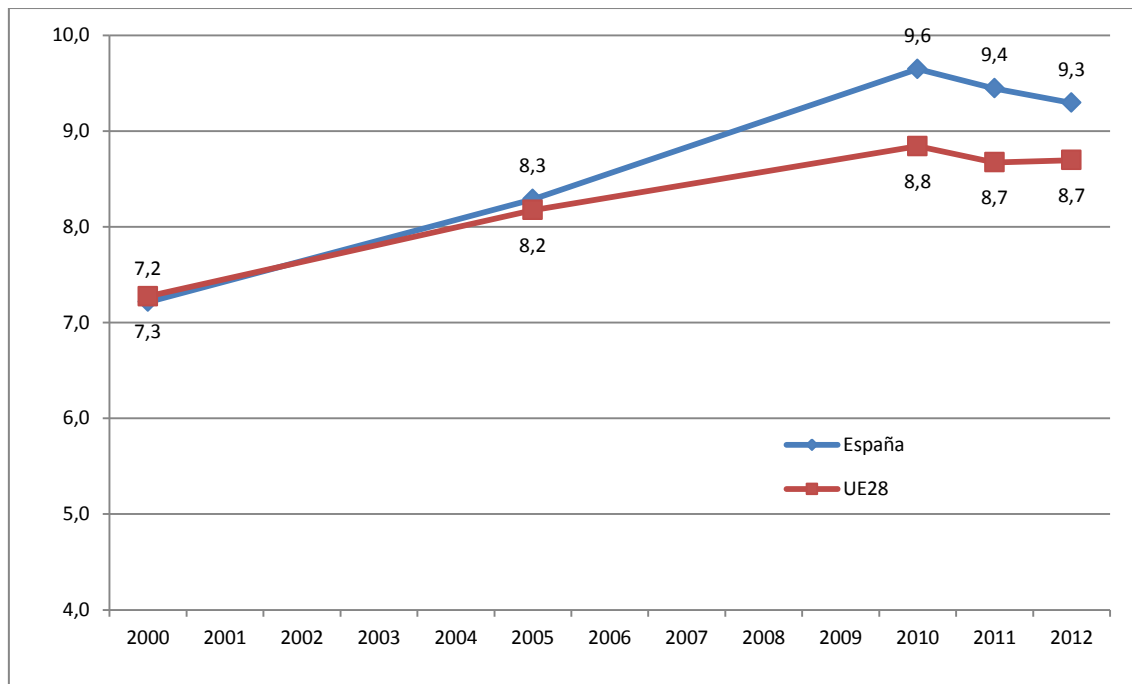


**Ilustración 20: Crecimiento del gasto sanitario respecto al PIB en España y en la Unión Europea a 28. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Extraído en septiembre 2015**

Incluso ya en términos de gasto corriente, como vemos en la Ilustración 21, en el año 2012 España gastaba más euros per cápita que la media europea (2.243 en España frente a la media UE de 2.193), teniendo en cuenta que el poder adquisitivo de nuestros ciudadanos a la hora de pagar impuestos no es el mismo que el de otros países europeos.

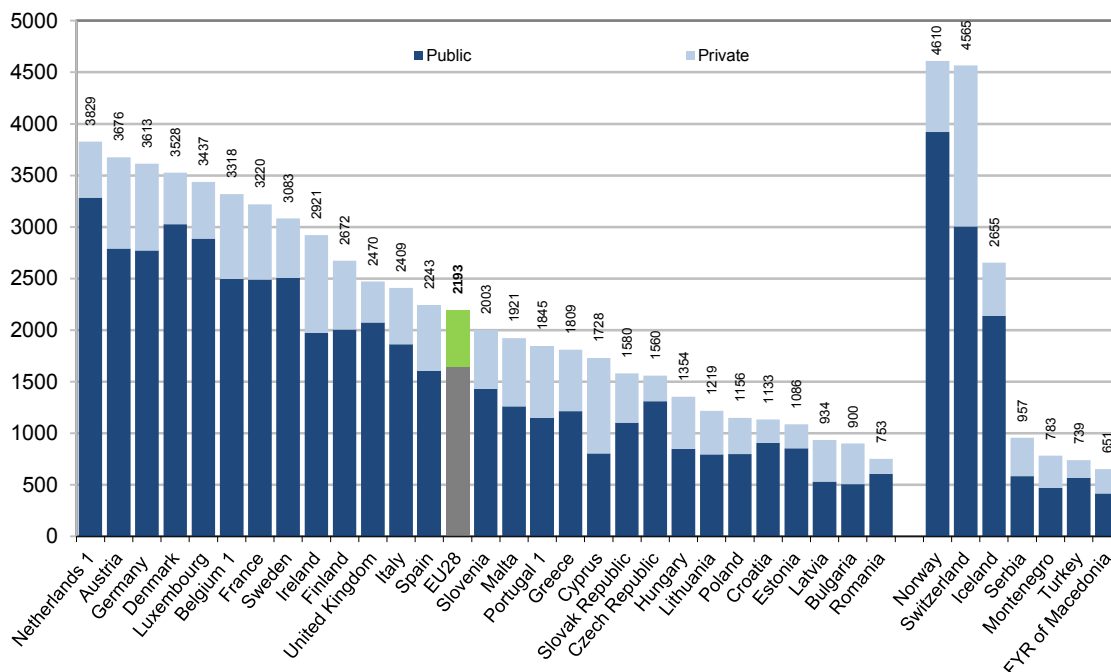


**Ilustración 21: Gasto sanitario público y privado per cápita 2012 en países europeos. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015**

Los ratios de crecimiento medio anual en el periodo 2000-2009 del gasto sanitario en España fueron del 4%, mientras que el decrecimiento en España del gasto en el periodo 2009-12 fue de un 1,9%. Grecia fue el país que más tuvo que reducir con un 9%.

López Casanovas (López Casanovas, 2010) hace una interesante reflexión acerca de la referencia correcta a la hora de comparar el gasto público sanitario con otros países. Apuesta por comparar cifras de gasto público, de mantener el PIB como referencia, y de establecer las comparaciones respecto a países realmente homogéneos con nosotros, teniendo en cuenta igualmente las características de sus sistemas nacionales de salud. Analizando estos aspectos, y la renta per cápita en el momento de la elaboración del artículo, Casanovas defiende que el gasto sanitario español está en las cifras que le corresponden. A partir de ahí, aboga por avanzar en un sistema nacional de salud que se pronuncie sobre el alcance de la cobertura sanitaria, sobre qué grupos sociales se benefician de ella en qué condiciones, y en cómo se traduce esa cobertura en el sistema sanitario.

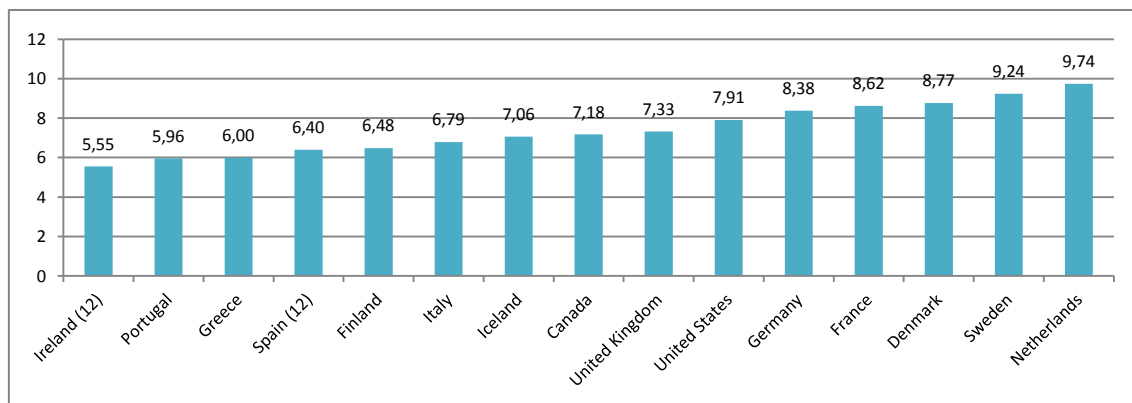


**Ilustración 22: Porcentaje del PIB dedicado a gasto sanitario público. Fuente: OCDE Health Data. Consultado en octubre 2015**

En datos 2013, o 2012 en los países que todavía no lo habían comunicado, el gasto sanitario público de España respecto a otros países de la OCDE era bajo, lo que da una idea de la complementariedad del gasto sanitario privado en nuestro sistema sanitario. El gasto sanitario público español estaba algo por debajo de Islandia, Italia o Finlandia, y por encima del de Grecia, Portugal o Irlanda.

El Círculo de Empresarios (Círculo de Empresarios, 2006), afirmaba ya en 2006 que el sistema sanitario, con el ritmo de crecimiento del gasto en el que estaba inmerso, no iba a ser sostenible en la configuración que entonces tenía. Recomendaban líneas de mejora para salvar esa situación, algunas que después se aplicaron durante la crisis, y otras que sería interesante considerar de cara al futuro: tarjeta sanitaria única e interoperable en toda España, avanzar en la historia clínica electrónica y en la telemedicina, aprovechar la eficiencia que puede aportar la colaboración público-privada, introducir libre elección para los pacientes que fomente la competencia entre centros, integración de niveles asistenciales, coordinación entre administraciones regionales y fomento de la prevención en el sistema sanitario. Proponen igualmente revisar los sistemas de copagos para racionalizar la demanda, y avanzar hacia sistemas de aseguramiento para servicios complementarios con baja aportación en términos de salud.

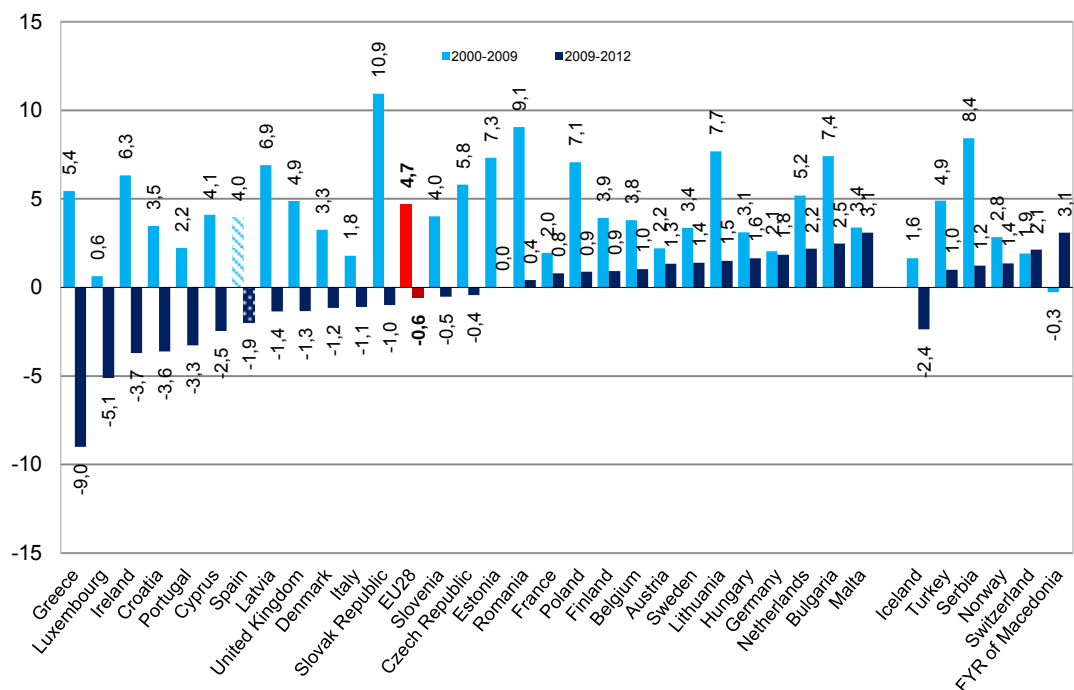


**Ilustración 23: Ratios medios de crecimiento anual del gasto sanitario per cápita en países OCDE, separados en dos periodos: 2000-09, y 2009-12. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015**

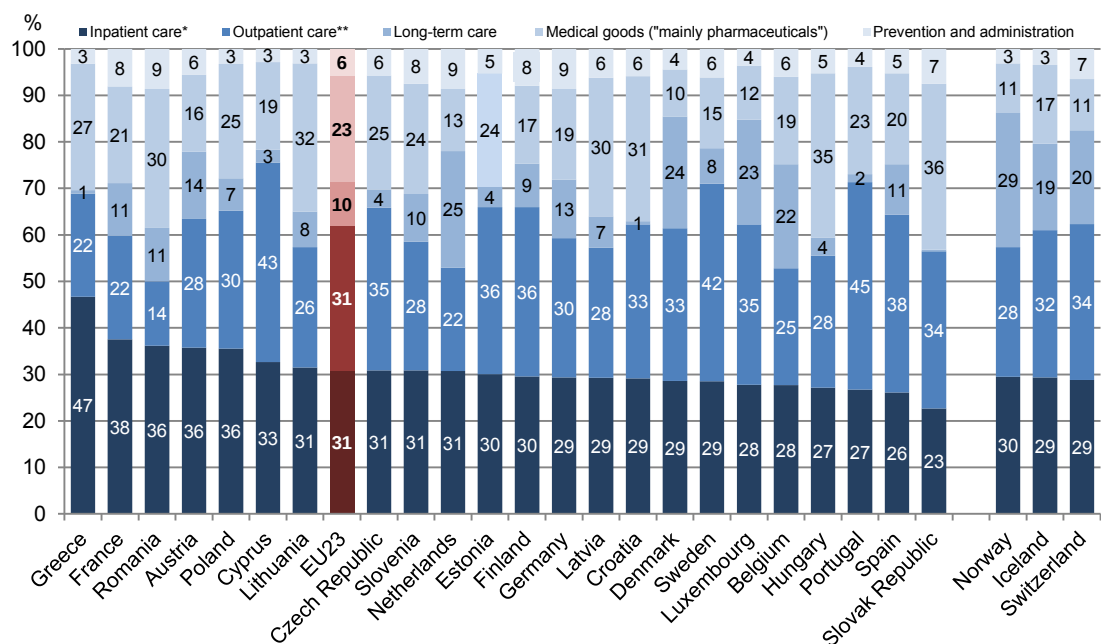


**Ilustración 24: Gasto sanitario por funciones en países europeos para el año 2012. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015**

Como vemos en la Ilustración 24, el gasto sanitario por sectores en España es relativamente poco hospitalocentrista, con un 26% de gasto en pacientes ingresados frente a un 47% de

Grecia o un 38% de Francia. La Ilustración 25, nos muestra el incremento o decremento del gasto por funciones en el conjunto de la OCDE-Europa. En los años iniciales de la crisis (2008-9) se atacó principalmente el gasto administrativo, en (2009-10) la reducción del gasto se centró en el gasto en prevención hospitalario y farmacéutico, descendiendo posteriormente (2010-11) más el gasto en farmacia, y algo el hospitalario.

Martín (Martín & González, 2011) defiende los excelentes resultados del sistema sanitario público español como un bien a conservar. Resalta el crecimiento del gasto público sanitario registrado por las comunidades autónomas españolas durante los años de expansión económica, frenado en seco cuando la crisis se ha hecho patente. Advierte de los riesgos de que se esté formando un déficit no reconocido, a causa de los gastos por encima de presupuesto que se van pasando al ejercicio posterior por los distintos servicios regionales de salud.

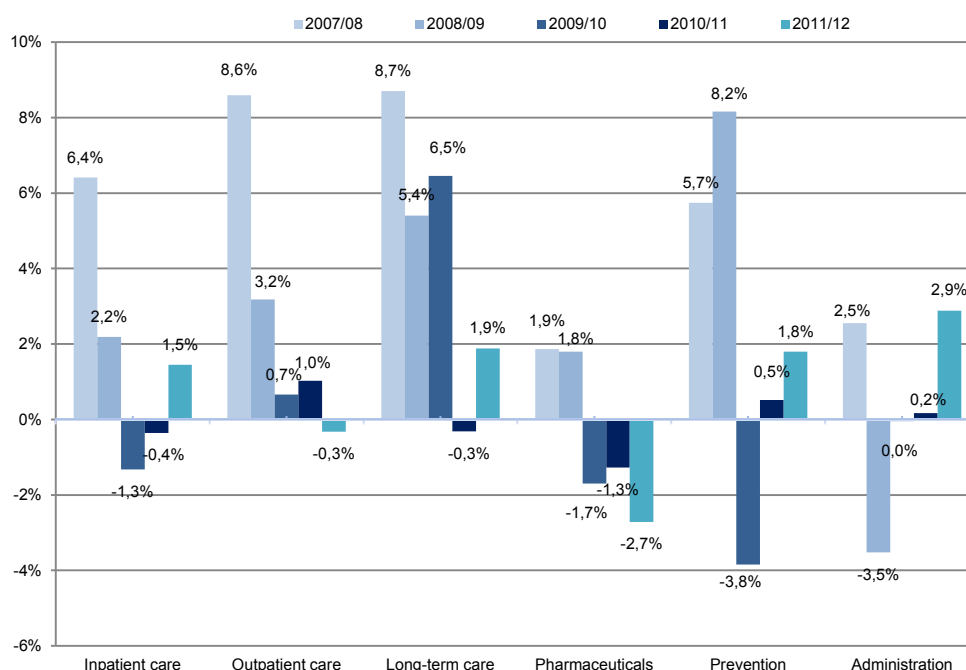


**Ilustración 25: Evolución en varios periodos del gasto sanitario por funciones en países europeos para el año 2012. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015**

En España, en los años posteriores a 2001, una vez se completan las transferencias sanitarias a las Comunidades autónomas, se produce una fuerte aceleración del gasto en sanidad. Durante este trabajo analizaremos en detalle algunas de las causas de este incremento en Castilla-La Mancha, como ejemplo de comunidad que asume las transferencias sanitarias sin la capacidad de gestión ni la responsabilidad fiscal necesarias para conocer los efectos de decisiones que se tomaron con buena voluntad y poco acierto en los primeros años de este siglo.

Puig-Junoy habla acertadamente de este periodo como de 'burbuja sanitaria' (Puig-Junoy, 2011). Se generó una espiral de incremento de gasto, continuadamente por encima del PIB, en

cifras de crecimiento que habitualmente superaban los dos dígitos, como podemos ver en la Ilustración 26 página 41. Esta burbuja se hizo mucho mayor en Castilla-La Mancha, donde los crecimientos del gasto superaban de forma continuada los del conjunto de España, lo que hizo la brecha entre PIB regional y gasto sanitario mucho mayor, como podemos ver en la Ilustración 28, página 43.

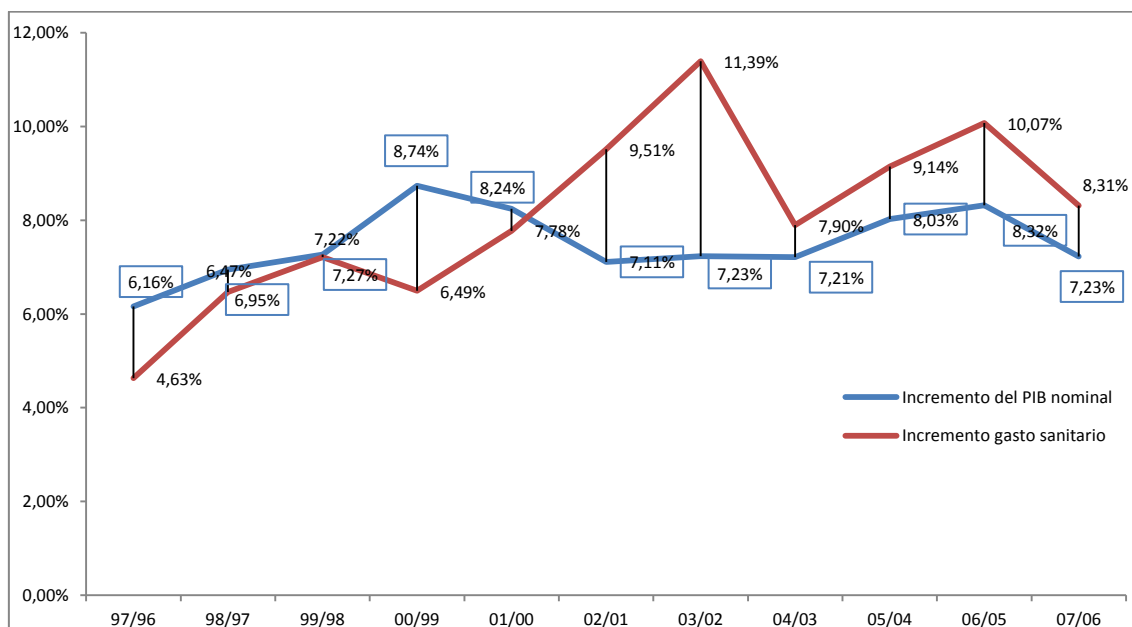


**Ilustración 26: Incremento del gasto sanitario público y del PIB. Fuentes: Contabilidad Nacional de España Base 2010, Instituto Nacional de Estadística, y Estadística de Gasto Sanitario Público, Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Extraído en septiembre 2015**

Sedisa, en (Sedisa, 2013) afirma que no debemos caer en el error de pensar que mayores presupuestos sanitarios significan mayor salud, ya que esta está influenciada por otros muchos más factores que por el volumen del sistema sanitario. Los sistemas sanitarios más eficientes de nuestro entorno, son aquellos que se están orientando hacia la integración con la atención sociosanitaria, la atención eficaz y coordinada a la cronicidad, la promoción de la salud y la prevención primaria, secundaria y terciaria como elementos centrales de futuro.

En España, el gasto sanitario público había venido creciendo de forma continuada desde los años 90, a un ritmo importante. No obstante, se trataba de un crecimiento aparentemente sostenible. Lo hacía a ritmos similares e incluso algo inferiores al crecimiento del PIB nominal. Las cuentas del INSALUD y de los servicios regionales de salud no siempre cuadraban, pero no generaban más problema que el de ajustar periódicamente los ingresos al gasto real, cosa que era posible hacer dado que los ingresos públicos iban creciendo en paralelo al crecimiento de la riqueza. La serie del gasto sanitario público se separa en 2002 coincidiendo con la disolución del INSALUD con las últimas transferencias sanitarias a las comunidades autónomas. Ahora el gasto sanitario público crece por encima del aumento del PIB, pero salvo un salto desproporcionado en 2003, la distancia no se hace especialmente grave en los años de auge económico hasta el año 2008, debido a un fuerte crecimiento del PIB nominal, como vemos en la Ilustración 27, página 42. El fuerte crecimiento de la riqueza disimulaba el enorme

crecimiento del gasto sanitario. Las bases tributarias, fruto de la expansión propiciada por la burbuja inmobiliaria, crecían a un ritmo que hacía posible el crecimiento del gasto sanitario (AES, 2012a). El problema fundamental es en qué se gastó todo ese dinero. Básicamente, como veremos en este trabajo en el caso de Castilla-La Mancha, se empleó en aumentar las retribuciones fijas de los profesionales, en reducir su jornada laboral a límites insostenibles, en aumentar el gasto farmacéutico y en crear infraestructuras sanitarias mucho más al dictado de la política local que de las verdaderas necesidades sanitarias de la población. Lo que hubiera sido una gran oportunidad para mejorar la sanidad de nuestro país y en este caso de CLM, se convirtió en un enorme aumento del gasto de relativamente poco impacto en la salud de los ciudadanos.

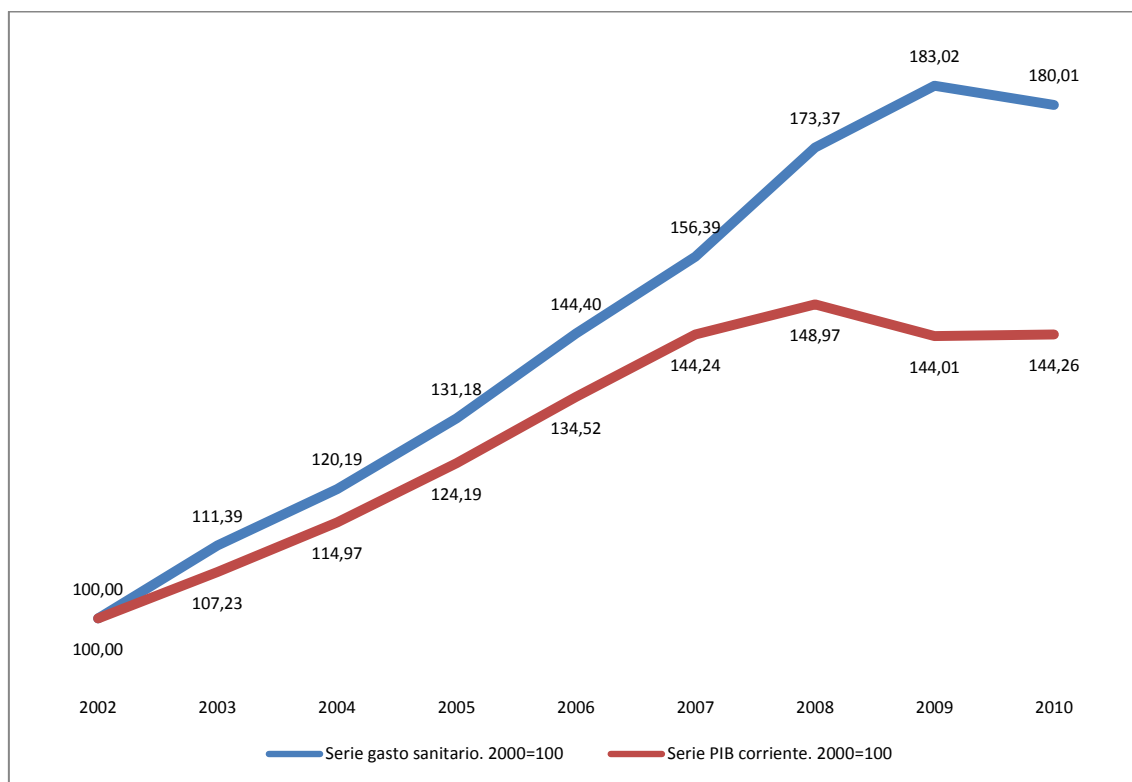


**Ilustración 27: Serie de gasto sanitario y PIB a precios corrientes en España. Año 2002=100.** Fuentes: Contabilidad Regional de España, serie 2000-2014, base 2000, Instituto Nacional de Estadística, y Estadística de Gasto Sanitario Público, principio de devengo 2002-2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído en septiembre 2015

En Castilla-La Mancha el proceso fue similar, pero la irresponsabilidad del gobierno regional mucho mayor en los años iniciales de la crisis, en los que lejos de desacelerar el crecimiento del gasto, lo aumentó con mayor énfasis hasta 2010. La brecha entre gasto sanitario y presupuesto fue mucho mayor, y las consecuencias de este inmenso agujero fueron las más graves del país. Vemos como el crecimiento del gasto sanitario público en Castilla-La Mancha por criterio de devengo con base 2002 (año de las transferencias sanitarias) llegó al 217,67, sobre 100 en 2010. En el conjunto de España el incremento fue de 180,01. Un crecimiento desenfundado en ambos casos, pero mucho más acusado en Castilla-La Mancha.

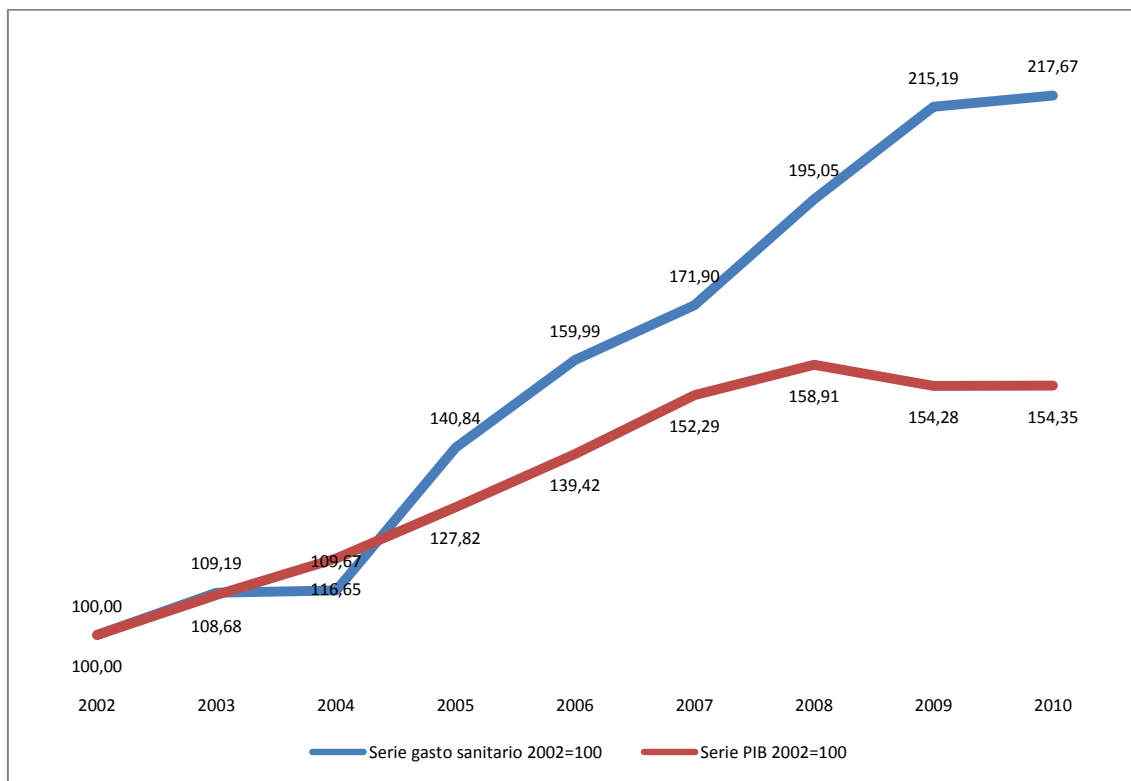


**Ilustración 28: Serie de gasto sanitario y PIB a precios corrientes en Castilla-La Mancha.** Fuentes: Contabilidad Regional de España, con base 2002=100. Serie 2000-2014, base 2000, Instituto Nacional de Estadística, y Estadística de Gasto Sanitario Público, principio de devengo 2002-2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído y elaborado en septiembre 2015

Esta discrepancia entre crecimiento del gasto sanitario autonómico público en España respecto a Castilla-La Mancha se puede ver de una manera clara en la Ilustración 29, página 44, en la que con datos procedentes de la Intervención General del Estado (Pérez García et al., 2015) se analizan las variaciones anuales del gasto globales y de esta región, con un incremento anual siempre mayor en Castilla-La Mancha.



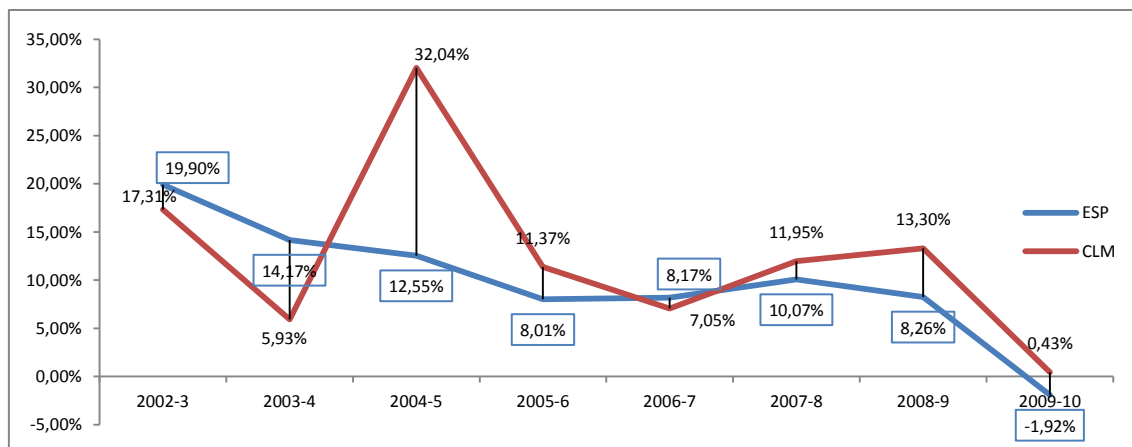


**Ilustración 29: Crecimiento del gasto sanitario autonómico real en Castilla-La Mancha y España hasta 2010.**  
Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015)

En la gráfica siguiente se describe el incremento del gasto sanitario anual en España y Castilla-La Mancha en términos de gasto por habitante protegido. Los resultados son muy similares a los de la Ilustración 29, siempre con un mayor incremento del gasto per cápita en Castilla-La Mancha.

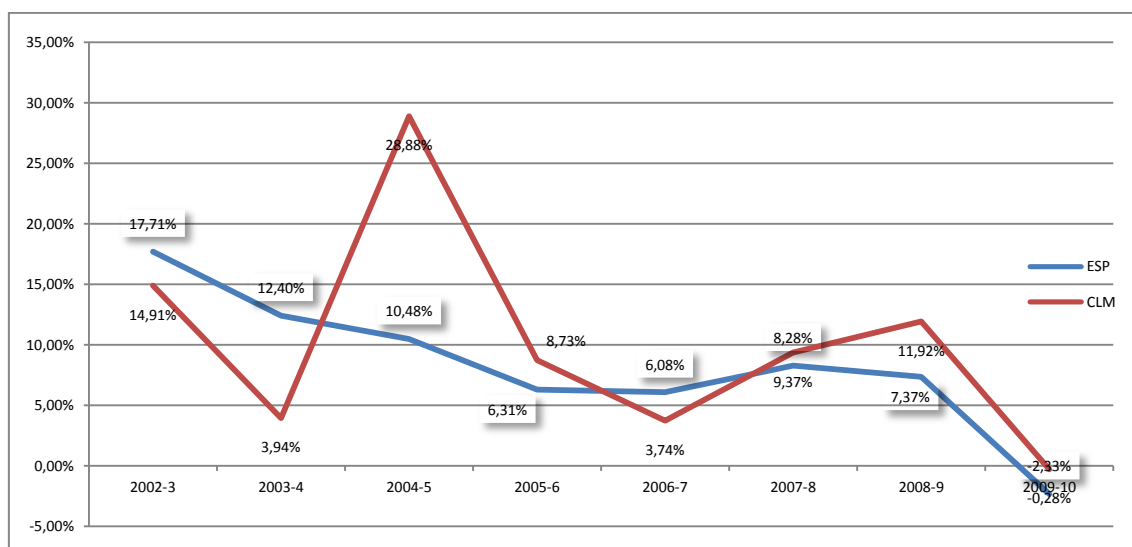


**Ilustración 30: Variación anual del gasto sanitario real per cápita realizado por las comunidades autónomas. Comparación entre Castilla-La Mancha y el total de España hasta el año 2010.** Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015)

Podemos ver la evolución del gasto sanitario público respecto al Producto Interior Bruto (PIB). En el periodo 2002-10 se produjo un incremento significativo de este gasto a nivel de toda España, pasando del 5,15% al 6,42%. En Castilla-La Mancha el incremento fue mucho mayor, pasando del 5,29% al 7,81% en 2010. El gasto público sanitario en nuestra región creció mucho más que el del resto de España, en términos brutos, en términos de gasto por población, y en términos de proporción de este gasto respecto a la riqueza total. Este incremento respecto a la riqueza total supone una mayor dificultad para sostener el sistema. Si la financiación regional

no tuviera asociados criterios de solidaridad, los impuestos para sufragar el sistema sanitario público deberían haber sido mucho mayores en Castilla-La Mancha que en el resto de España. Sorprende que la estrategia para atraer y mantener profesionales se sustentara, como veremos más adelante, de una manera muy importante en pagar salarios a los profesionales por encima del resto de Comunidades Autónomas. Un Sistema Nacional de Salud más cohesionado habría articulado medidas para evitar esta dañina competencia en precios para atraer profesionales, y a la vez para asegurar que los profesionales llegaran a los lugares donde son necesarios.

Sülkü y Caner (Sülkü & Caner, 2011) analizan la relación entre el gasto sanitario per cápita, el PIB per cápita y la población en Turquía en el periodo 1984-2006, mediante un análisis de regresión multivariante. Llegan a la conclusión de que la elasticidad renta del gasto sanitario en Turquía es menor a uno, eso es, que aumenta o disminuye en menor proporción a la renta. Estiman que un aumento del PIB per cápita del 10% lleva consigo un aumento del gasto sanitario del 8,7%. Encuentran elasticidades renta menor que uno también en el gasto sanitario público, y mayores a uno en el privado. En nuestro caso, la elasticidad renta del gasto sanitario se mantuvo por encima de 1 en los años previos a la crisis.

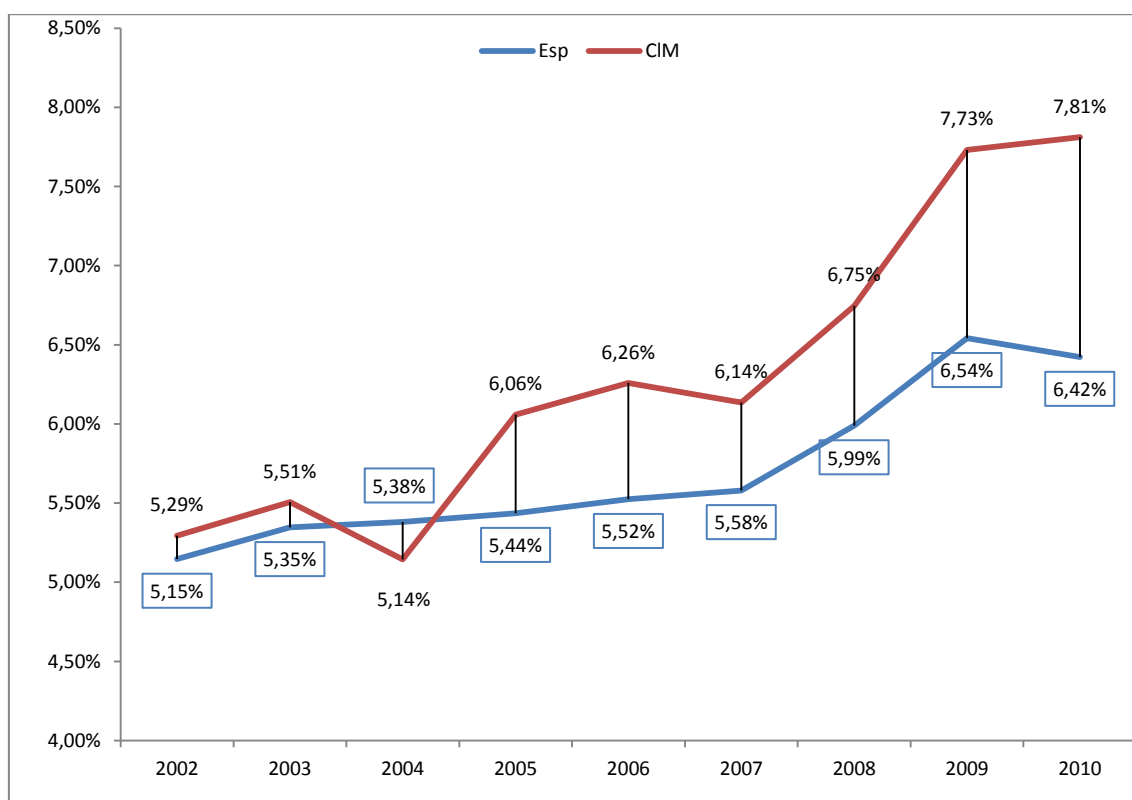


**Ilustración 31: Evolución de la proporción del gasto sanitario público respecto al PIB en España y Castilla-La Mancha, en el periodo 2002-2010.** Fuentes: Contabilidad Nacional y Regional de España, serie 2000-2014, base 2000, Instituto Nacional de Estadística, y Estadística de Gasto Sanitario Público, principio de devengo 2002-2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído en septiembre 2015

El periodo 2001-2010 fue un periodo profundamente expansivo en lo que se refiere al gasto en todo el Sistema Nacional de Salud. Lo fue por muchas causas, sobre todo por una realidad social y política en la que el gasto sanitario se convirtió en una herramienta política, no sólo para mejorar la salud de la población, sino también para ganar voluntades, arañar votos locales, y presumir de grandes edificios, sin que ello tuviera un fondo sanitario ni siquiera social. Una posible causa fue la desprofesionalización de la gestión sanitaria que se sufrió en esos años (SEDISA, 2013). El INSALUD era una institución sólida, probablemente rígida y resistente al cambio, pero muy sólida y con una cultura de gestión muy asentada, y con cuadros muy preparados y experimentados tanto en sus servicios centrales como en la estructura de directivos de los centros, profesionales de alto nivel, casi siempre alejados de la política, y que se movían por las instituciones sanitarias a un ritmo determinado por las necesidades de la gestión en cada momento. Las primeras transferencias sanitarias no alteraron sustancialmente este panorama, al hacerse sobre regiones normalmente grandes, que pudieron desarrollar la masa crítica necesaria para crear servicios de salud sólidos y para mantener una base de directivos preparada. Las últimas transferencias del INSALUD en diciembre de 2012 se hicieron sobre regiones de todo tamaño y condición. Desde poblaciones significativas como Madrid, hasta regiones muy pequeñas y sin apenas estructura sanitaria como La Rioja. El resultado fue una irrupción de la política local sobre la gestión sanitaria. Se interpretó que los centros sanitarios eran centros de poder y de captación de votos, y se entregó su gestión en muchos casos a personas que no tenían la experiencia ni los conocimientos necesarios para ello, aunque estaban sobrados de lealtad política al gobierno de turno. Gobiernos regionales sin preparación previa y en muchos casos sin la masa crítica necesaria para justificar la creación de un servicio de salud, se vieron empujados a gestionar entidades tan complejas y costosas como lo es una red sanitaria pública.

El crecimiento medio del gasto sanitario 2001-10 en las comunidades con transferencia en enero de 2002 fue del 117,96%. El crecimiento medio en el mismo periodo para las que ya tenían con anterioridad la gestión sanitaria fue del 103,2%.

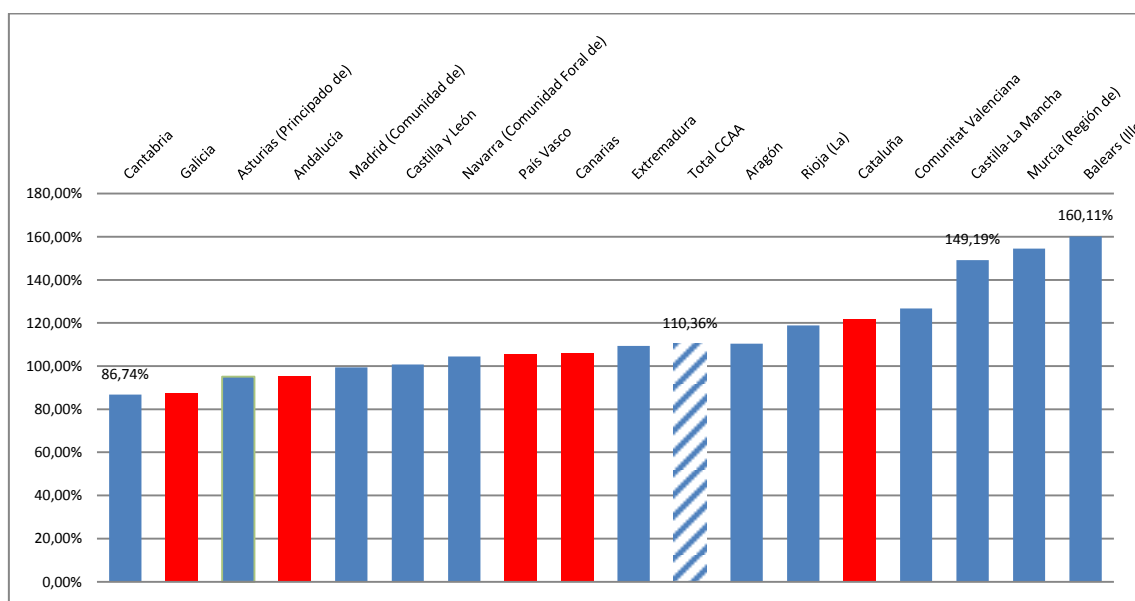


**Ilustración 32: Variación del gasto sanitario real realizado por las comunidades autónomas entre 2001-2010. Comparación entre CCAA. En rojo, las comunidades que gestionaban su atención sanitaria pública antes de 2001. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015)**

El crecimiento medio del gasto sanitario per cápita 2001-10 en las comunidades con transferencia en enero de 2002 fue del 93,53%. El crecimiento medio en el mismo periodo para las que ya tenían con anterioridad la gestión sanitaria fue del 83,95%. Se pagó un alto precio por las transferencias sanitarias, y parte del aumento de las comunidades ya transferidas viene del efecto arrastre de acuerdos sindicales y medidas adoptados por las nuevas.

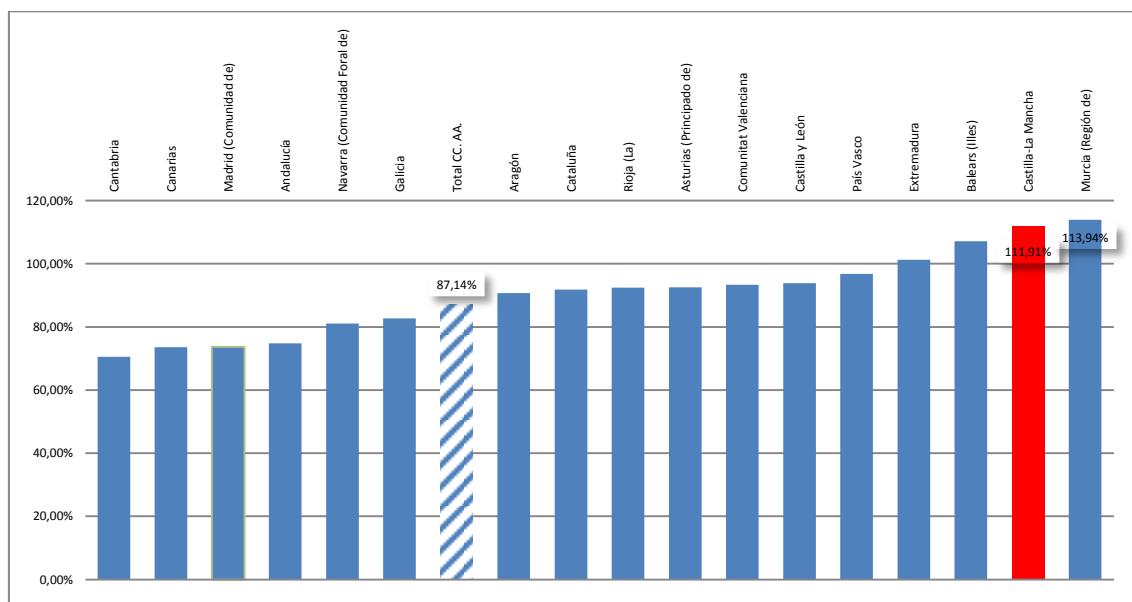


**Ilustración 33: Variación del gasto sanitario real per cápita realizado por las comunidades autónomas entre 2001-2010. Comparación entre CCAA. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015)**

Esta realidad se trasladó al Sescam en forma de incremento acelerado del gasto en todos los capítulos, como podemos ver en la Ilustración 34 siguiente

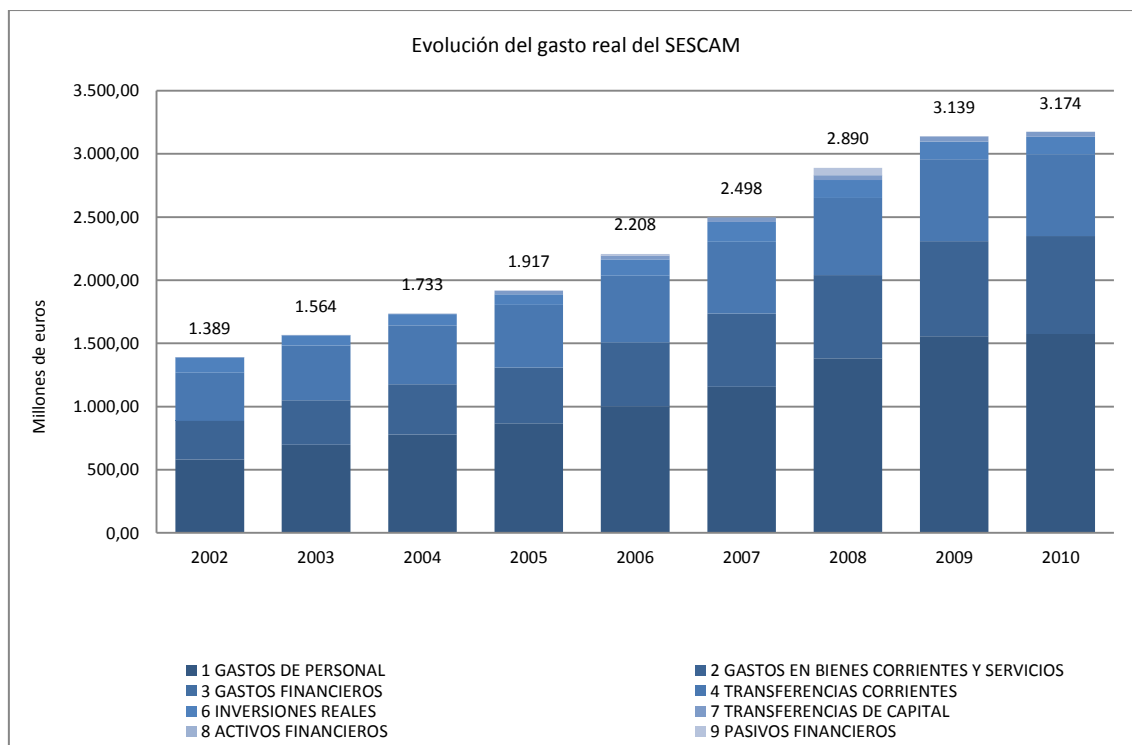


**Ilustración 34: Evolución del gasto real en operaciones corrientes 2002-11. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras. SESCAM. Extraído en Abril 2015**

La estructura de gasto del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha se mantuvo con cierta estabilidad en el tiempo. El capítulo I, correspondiente a gastos de personal, va creciendo progresivamente desde un 41,83% a un 49,62% del gasto. El incremento es más significativo si tenemos en cuenta que se trata de un periodo donde algunos servicios son externalizados, lo que supone un paso del capítulo I al II. El capítulo II (gasto en compra de bienes y servicios), pasa de un 21,98% del gasto a un 24,43%. El capítulo IV, (gasto en transferencias corrientes, principalmente receta médica) pasa de un 27,46% a un 20,25%,

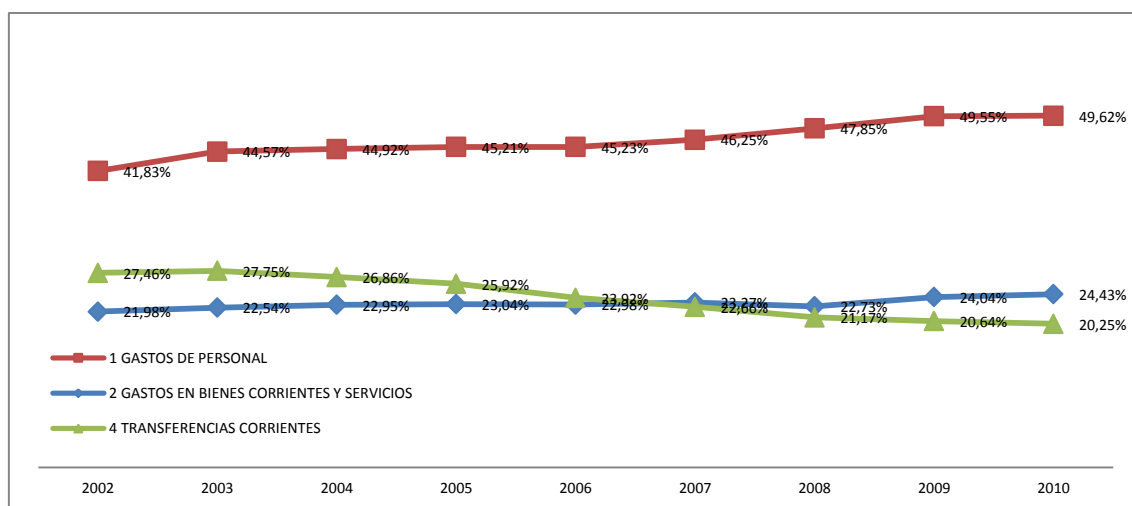


**Ilustración 35: SESCAM: Peso relativo de los capítulos presupuestarios.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras. SESCAM. Extraído en abril 2015

Los incrementos de gasto son continuos en este periodo, y de dos dígitos anuales en gastos de personal y de compra de bienes y servicios. También lo son muy significativos en transferencias corrientes, hasta el año 2010. 2010 es el primer año donde los crecimientos, aun siendo positivos salvo en farmacia, se hacen más lentos por efecto de la crisis. Hasta ese momento, y a pesar de que llevábamos varios años en recesión, el incremento del gasto sanitario no se había percatado de la nueva situación.

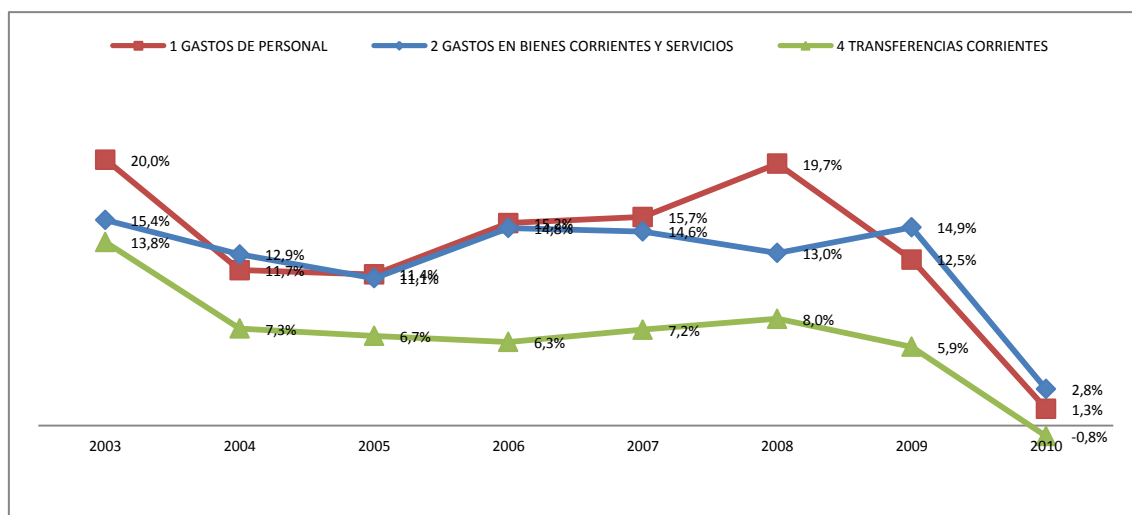


**Ilustración 36: SESCAM: Incrementos anuales en el gasto por capítulos.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras. SESCAM. Extraído en abril 2015

Lo que sí redujo su ritmo de incremento desde el inicio de la crisis fue el presupuesto asignado para sanidad. Como podemos ver en la Ilustración 37, la brecha entre presupuesto y gasto real se abre desde el año 2007, lo que hace que se genere un endeudamiento creciente en el

servicio de salud, que llegó a tener proporciones inmensas, y del que hablaremos en sucesivos epígrafes.

Repullo en (José Ramón Repullo, 2012a) recuerda el mal precedente que supone en la cultura de gestión el hecho de que el sistema sanitario español ha venido desde 1980 consolidando déficits, y creando la sensación de que gastar más que el presupuesto es una estrategia ganadora a largo plazo. Aboga por desinvertir en prácticas asistenciales no efectivas e invertir en buen gobierno del sistema sanitario.

La siguiente pregunta que nos surge es la de en qué se tradujo este fuerte incremento del gasto sanitario, y de qué manera sirvió para mejorar la salud de los ciudadanos.

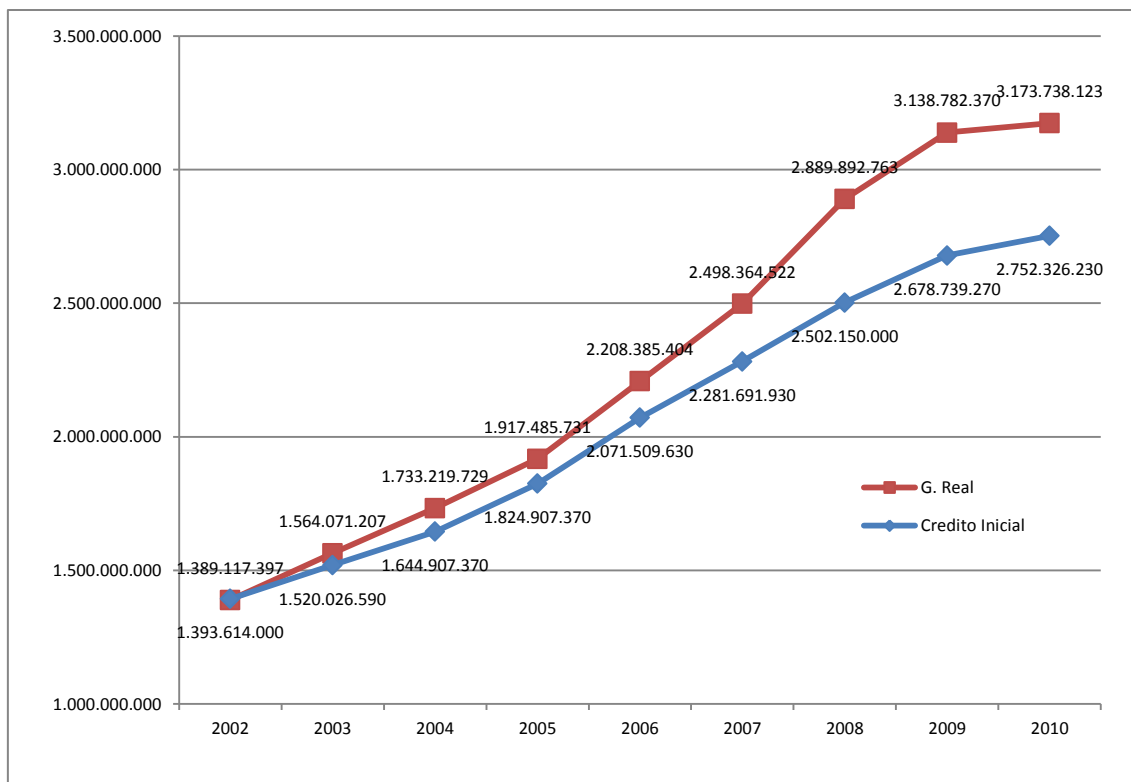


**Ilustración 37: Evolución del gasto del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha respecto a su presupuesto inicial, en el periodo 2002-2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam. Extraído en abril 2015.**





## Capítulo II: Los precursores del aumento de gasto antes de la crisis

---

### 3. Profesionales y sistema sanitario. Trabajar para los pacientes. Necesidades y excesos en las políticas de recursos humanos en Castilla-La Mancha

#### 3.1 Situación de los recursos humanos en España en el contexto europeo

La estructura de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud se caracteriza por dos fenómenos específicos en relación a nuestro entorno:

- Una tasa de médicos por población alta
- Una tasa de enfermeros por población baja

En Europa tenemos 1.688.724 médicos y 4.121.948 enfermeras, para atender las necesidades de asistencia sanitaria de los 508.381.000 ciudadanos de la Unión. En toda la Unión Europea, un 29,06% de los profesionales sanitarios son médicos y un 70,94% enfermeras. En España, el 42,12% son médicos y el 57,87% son enfermeras. (Consejo General de Colegios de Enfermería, 2014)

Como podemos ver en la Ilustración 38, la tasa de médicos por población en España está entre las más altas de la OCDE. Estamos, respecto a los países analizados, a la par que Italia, sólo superados por Suecia y Alemania

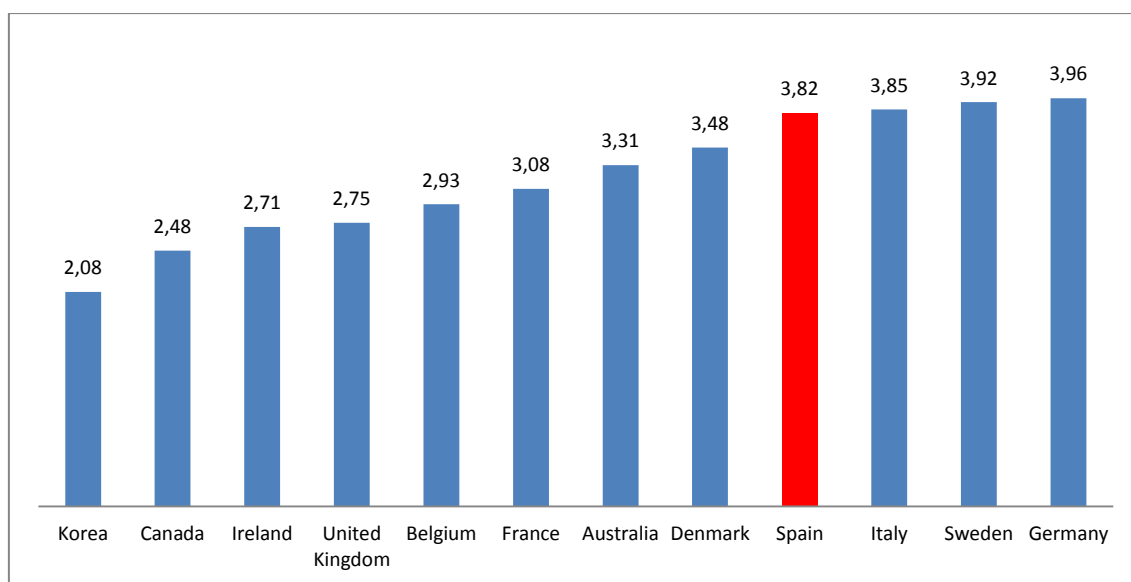


Ilustración 38: Numero de médicos por cada 1000 habitantes. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en Abril 2015

Siendo esta tasa ya de por sí alta, sorprende que en los últimos años la densidad de médicos por población en España se ha venido incrementando de forma continua, sin observarse siquiera una línea descendente en la reciente crisis económica. Podemos decir que la alta utilización relativa de médicos en España es una característica estructural del sistema, que podría tener que ver con el reparto de competencias profesionales entre médicos y enfermeros. Esta sobreabundancia de médicos, siendo estos los profesionales más caros y cualificados del sistema sanitario, genera una permanente tensión al alza de los costes. Como veremos más adelante, el salario de los médicos está relativamente más bajo en España respecto a los países de nuestro entorno respecto a la remuneración de los enfermeros. Esto supone una permanente presión sindical y profesional a la mejora de las condiciones laborales de los médicos, y una gran dificultad de atender estas demandas por el sistema sanitario público, dado que el coste sería prohibitivo.

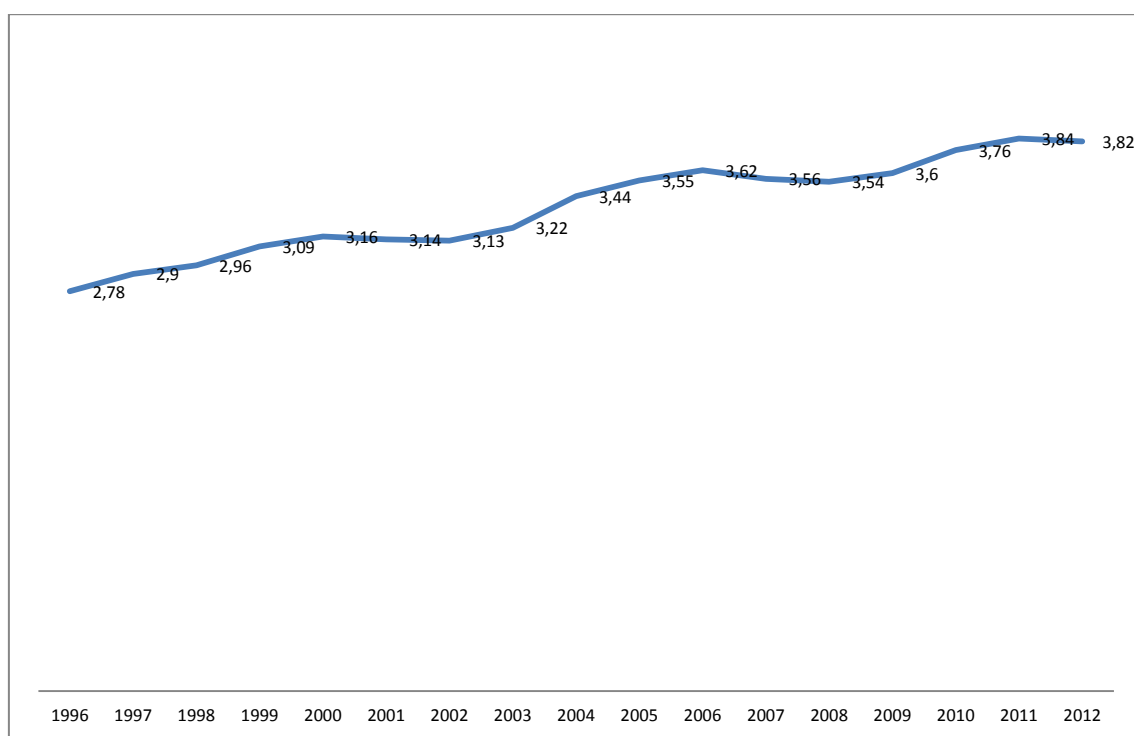


**Ilustración 39: Densidad de médicos por población en España. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en Abril 2015**

La densidad de médicos por población, aun siendo creciente, se mantiene en valores parecidos a Alemania, y claramente por debajo de países como Dinamarca o Reino Unido, todos con una evolución igualmente creciente en la densidad de médicos.

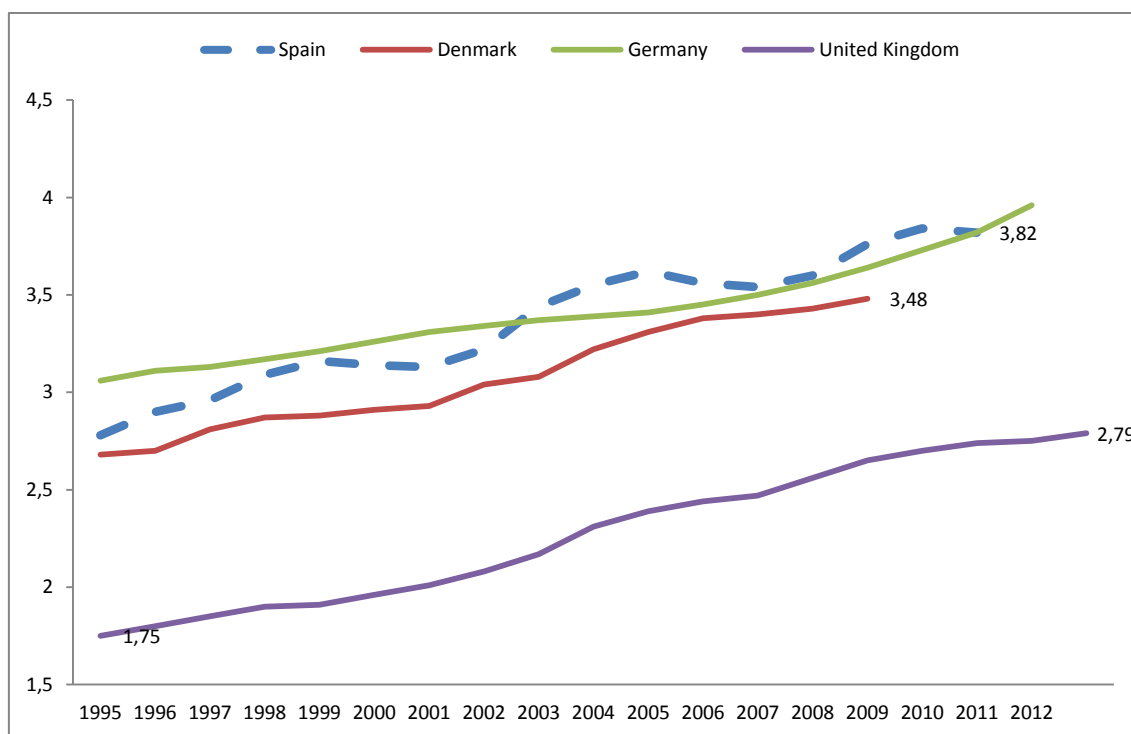


**Ilustración 40: Evolución de la densidad de médicos por población en España respecto a otros países de la Unión Europea. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en Abril 2015**

Esta mayor proporción de médicos por población no es tan acusada en Castilla-La Mancha como en otras comunidades españolas. Madrid, con 574 médicos por cada 10.000 habitantes, es la comunidad con mayor proporción. Castilla-La Mancha, con 363, está a la cola de las comunidades autónomas, sólo por encima de Andalucía. Esto supuso en los años anteriores a la crisis una sensación de escasez de médicos, que globalmente no era tal. Las cifras de médicos por población estaban por encima de la media de la Unión Europea, pero el sistema sanitario público de Castilla-La Mancha se lanzó a una búsqueda activa de profesionales, necesarios para el ritmo frenético de crecimiento en centros y plantillas que se mantenía, y que se centró en un elemento diferencial: pagar más y ofrecer mejores condiciones que el resto de regiones españolas. Este fenómeno no sólo ocurrió en Castilla-La Mancha, lo que generó una importante espiral de aumento de costes laborales en toda España, que constituyó uno de los pilares de la crisis de sostenibilidad vivida en los pasados años.

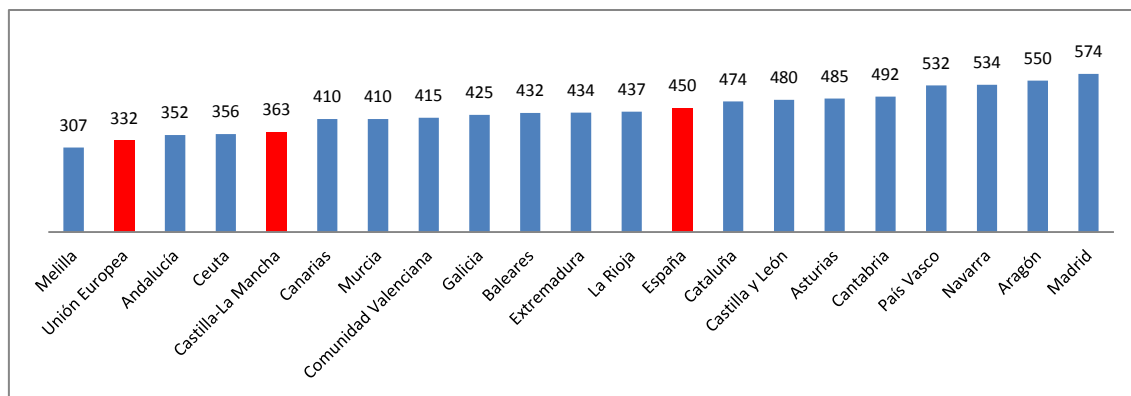


**Ilustración 41: Proporción médicos/población por Comunidades Autónomas. Fuente:** (Consejo General de Colegios de Enfermería, 2014)

El sistema sanitario público ha hecho hasta ahora de amortiguador de diferencias de renta entre regiones. Como dice el Consejo General de Colegios Médicos (Consejo general de colegios de médicos, 2013), las diferencias en renta per cápita entre comunidades autónomas llegan al 200% en España, pero las diferencias en los ratios de médicos en los hospitales públicos no tienen estas variaciones.

Dentro de la UE, como vemos en la Ilustración 42, sólo Portugal, Italia, Bulgaria y Grecia tienen un porcentaje de enfermeros por 1000 habitantes al de España. En el otro extremo destaca Finlandia, donde un 10,81% de sus profesionales sanitarios son médicos y un 89,19 son enfermeros. En el Reino Unido el 24,02% son médicos y el 75,98% son enfermeros. Valores similares tienen el Reino Unido, Alemania, Francia o bien Holanda.

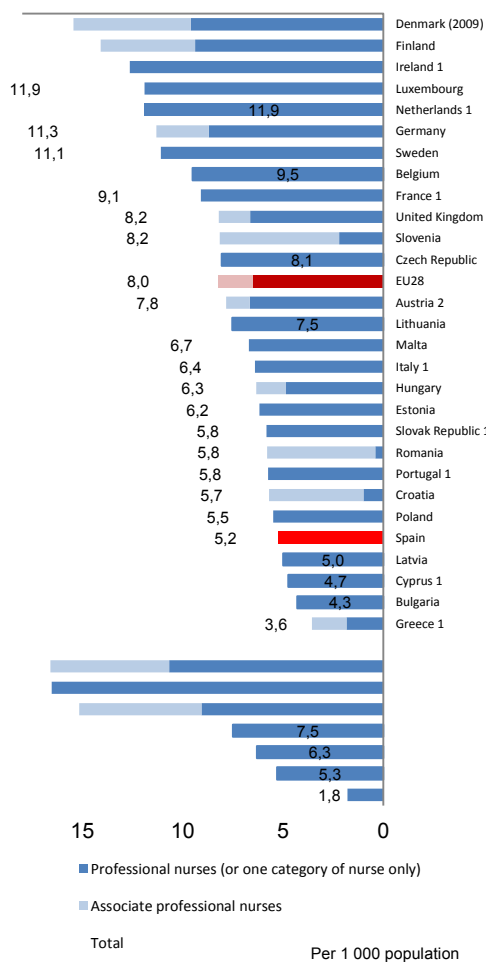


**Ilustración 42: Número de enfermeras por cada 1000 habitantes en países de la Unión Europea. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en abril 2015**

Si vemos este mismo dato de forma evolutiva para un número más reducido de países, tal y como se presenta en la Ilustración 43, encontramos países, como el Reino Unido en una trayectoria de reducción del ratio, y otros, como Dinamarca o España, en una trayectoria ascendente, aunque partiendo de situaciones distintas.

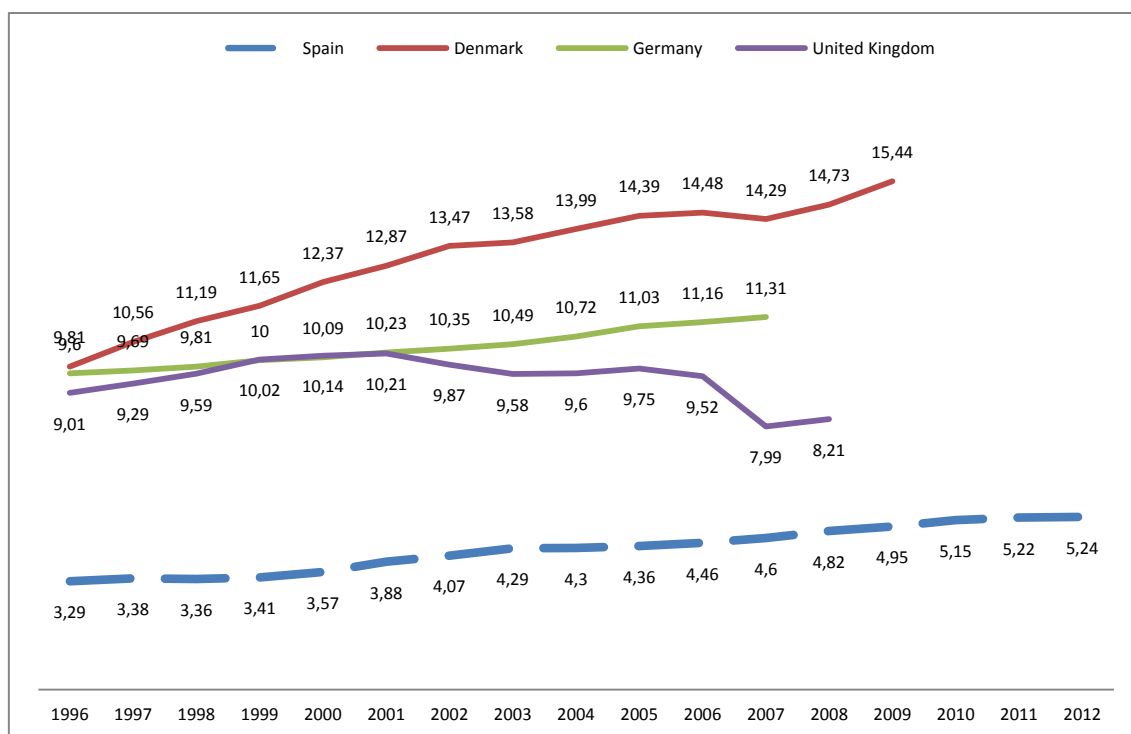


**Ilustración 43: Densidad de enfermeros por población.** Fuente: OCDE Health Data. Oficina Estadística de la OCDE. [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#). Extraído en Abril 2015

España es de los países con mayor crecimiento del ratio enfermeros/población, con un incremento del 3,2% en el ratio de enfermeras por cada 1000 habitantes, como reflejo del crecimiento global de plantillas registrado en este periodo. Pasamos en estos años a un ratio de 5,2 enfermeras por cada 1000 habitantes, lejos todavía de las 15,4 de Dinamarca.

España queda entre los países con un ratio más bajo de enfermeros/ médico, quedando sólo debajo Bulgaria y Grecia. Mientras que la media de la UE es de 2,3 enfermeros por médico, y países como Dinamarca o Finlandia están en valores de 4,3 enfermeros por médico, en España el ratio es de 1,4.

López-Valcárcel y Barber (López-Valcárcel & Barber-Pérez, 2006) hacen hincapié en estos desequilibrios propios del sistema sanitario público español. Además de la desproporción entre médicos y enfermeras que aquí comentamos, resaltan (Pérez & López-Valcárcel, 2008) la existencia de desequilibrios entre especialidades médicas, con exceso de oferta en algunas y escasez en otras, y entre zonas geográficas, con áreas como Castilla-La Mancha. Recuerdan que en torno al 70-75% de los médicos que terminan el MIR se quedan en su comunidad.

Las enfermeras ocupan un papel muy importante en el sistema sanitario, no sólo en hospitales de agudos y larga estancia, sino en un grado creciente en atención primaria, con un protagonismo muy importante en la atención a enfermos crónicos. De hecho, se teme en Europa una escasez futura de enfermeras, con el envejecimiento de la población, y se plantea el aumento de las plazas de enfermeras en las universidades, así como el hacer esfuerzos para retener a las enfermeras disponibles. En cualquier caso, el encarecimiento relativo del recurso



enfermero en España abre espacios profesionales para categorías no tan especializadas y que cubrirían de manera excelente muchas necesidades de cuidados.

Habría que profundizar en las causas de estas diferencias. Una de ellas es sin duda la confusión que añade a los datos la distinta caracterización que se produce en el concepto de enfermero en los distintos estados europeos. La consideración o no como enfermeras de las categorías de asistente de cuidados (CIUO-08 código: 5321) y personal de cuidados a domicilio (CIUO-08 código: 5322), que junto al de enfermeras asociadas (CIUO-08 código 3221) corresponderían al perfil de Técnicos en Cuidados de Enfermería o Auxiliares de Enfermería en España, y que no están recogidos en los ratios. La inclusión o no de este gran volumen de valiosos profesionales cambiaría radicalmente los ratios comparativos.

Otra causa de las diferencias es el gran peso tradicional de la familia en el cuidado a los mayores, lo que hace menos necesario hasta el momento la contratación de personal de cuidados. Esta tendencia se está revirtiendo por la plena incorporación en igualdad de condiciones de las mujeres al mercado laboral, lo que hace cada vez más necesario contar con profesionales especializados para prestar estos cuidados.

Pérez y López Valcárcel hacen un análisis de las fuerzas que pueden influir en una futura escasez de médicos (Pérez & López-Valcárcel, 2008):

- La feminización de la profesión. Las mujeres que eligen la medicina también eligen en épocas de su vida reducir su jornada para compatibilizarla con su vida familiar
- Las fuertes barreras corporativas que se establecen para la entrada a las facultades de medicina y a algunas especialidades
- Las rigideces organizativas de la administración, que a veces obligan a utilizar más profesionales por falta de flexibilidad.
- Posibles reducciones en el tiempo efectivo de trabajo, como las que se produjeron en los años previos a la crisis

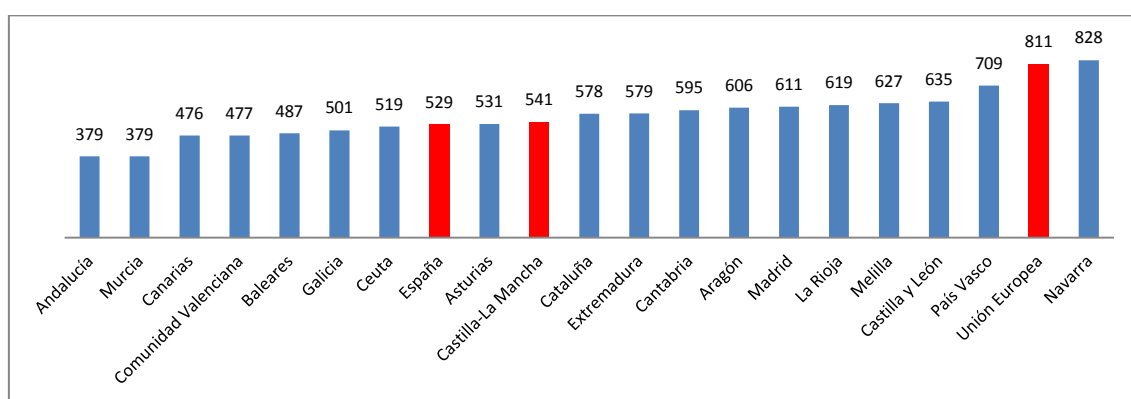


**Ilustración 44: Proporción enfermeros/población por CCAA. Fuente: Consejo General de Colegios de Enfermería. (2014). Informe sobre recursos humanos sanitarios en España. Extraído en abril 2015**

Como vemos en las gráficas siguientes el ratio enfermeros / médicos es bajo en España respecto a otros países de nuestro entorno. Salvo las consideraciones que hicimos

anteriormente sobre la contabilización o no de los técnicos de cuidados (anteriormente auxiliares de enfermería) como personal de enfermería o no, el ratio publicado para España es muy bajo.

Hemos hecho un análisis en profundidad de los desequilibrios entre médicos y enfermeros en España y en Castilla-La Mancha. Es una cuestión relevante en el tema que nos ocupa, dado que uno de los principales motivos que se ha expresado para justificar la política de recursos humanos acometida en Castilla-La Mancha y que empujó al SESCAM hacia el abismo de la insolvencia, fue la escasez de médicos. Esta escasez se produjo por varios motivos, todos constitutivos de errores de bulto, como veremos en los epígrafes siguientes. Uno de ellos, fue la reducción radical del tiempo de trabajo y por tanto de la productividad, que hizo necesarios mucho más profesionales. Otro, el crecimiento desaforado de centros sanitarios en la comunidad, que generó igualmente una necesidad adicional de profesionales. El tercero fue el obcecamiento, ante una situación supuestamente de escasez, en mantener unos ratios entre médicos y enfermeros lejos de los niveles europeos. En lugar de empoderar a los enfermeros y potenciar su rol donde pueden aportar mucho más por el paciente, se optó por buscar médicos a toda costa y a cualquier coste, buscándolos por todo el mundo, a veces sin la formación adecuada, y en cualquier caso generando una diferencia de costes con el resto de España que puso los cimientos de la crisis de sostenibilidad del sistema, y estuvo a punto de llevarlo al colapso absoluto.

Algunas características globales que resaltan Pérez y López-Valcárcel de lo ocurrido con los recursos humanos sanitarios en las últimas décadas son (Pérez & López-Valcárcel, 2008):

- Aumento continuo de todos los tipos de efectivos, tanto en magnitudes absolutas como relativas
- Se mantiene el diferencial de más médicos por población que la media europea
- Fuerte proceso de feminización de la profesión médica

Se ha escrito mucho acerca del salario del médico en España respecto a sus homólogos europeos. Es cierto que existe un desajuste en cuanto a las retribuciones brutas, pero este desajuste no es tan alto si comparamos los salarios de los médicos con las retribuciones medias del país. Los médicos de España ganan menos, al igual que la mayoría de profesionales del país. Para ganar más, deberemos aumentar nuestra productividad.

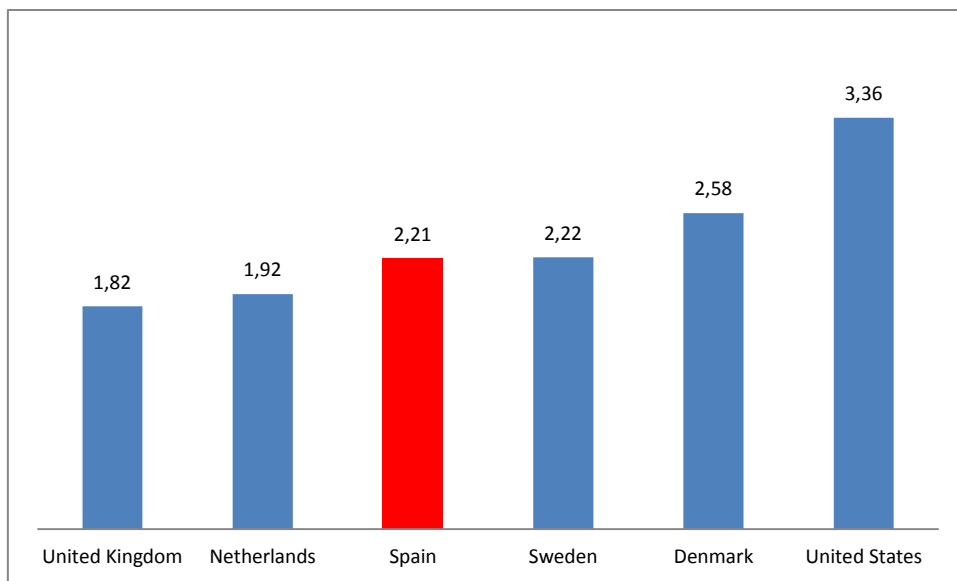


**Ilustración 45: Salario del médico de primaria respecto al salario medio. Datos referidos a 2011 salvo Suecia (2002) y Estados Unidos (2001). Fuente: OCDE Health Data. Oficina Estadística de la OCDE. Extraído en Abril 2015**

El médico de atención primaria en España tiene una retribución relativa mayor que en el Reino Unido y Holanda, similar a Suecia, y algo menor que Dinamarca, con Estados Unidos muy por encima. El médico de hospital se retribuye de forma similar en Reino Unido, España, Suecia, Italia, Grecia o Dinamarca. Algo menos en Francia, y algo más en Alemania, Holanda o Portugal. Irlanda y Estados Unidos pagan por encima. No existe por tanto en estos momentos un agravio distinto a los médicos de atención primaria y especializada que el que sufren el resto de trabajadores en España en su retribución bruta si la comparan con otros países más productivos.

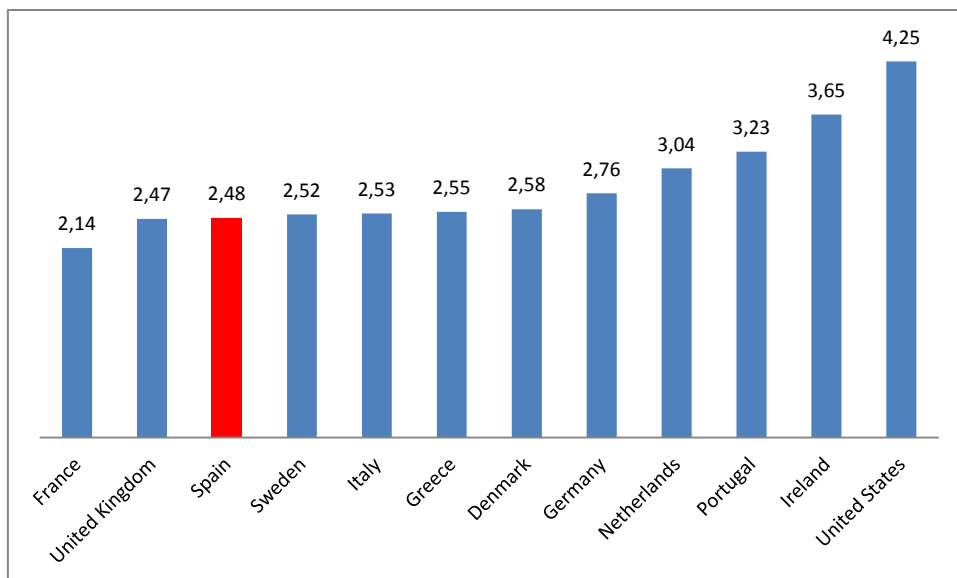


**Ilustración 46: Salario del médico especialista respecto al salario medio. Datos referidos a 2011 salvo Alemania (2010), Portugal (2005), Suecia (2002) y Estados Unidos (2001). Fuente: OCDE Health Data. Oficina Estadística de la OCDE. Extraído en Abril 2015**

La enfermera en España es de las mejor pagadas en la OCDE (Ilustración 47), en términos relativos al salario del país. De los países analizados, solo Portugal paga mejor a sus enfermeras. Estamos por encima de Estados Unidos, Grecia, Australia, Alemania, Canadá, Irlanda, Dinamarca, Italia, Reino Unido, Bélgica, Holanda y Francia. Probablemente este alto reconocimiento salarial pueda suponer un freno importante a la equiparación de los ratios de enfermero por población a la media europea. Demandas salariales crecientes en el campo de la enfermería pueden llevar a esta honorable profesión a un callejón sin salida en el que sólo harían falta pocas profesionales muy especializadas, y el resto de los huecos profesionales podría ser cubierto con otras profesiones.

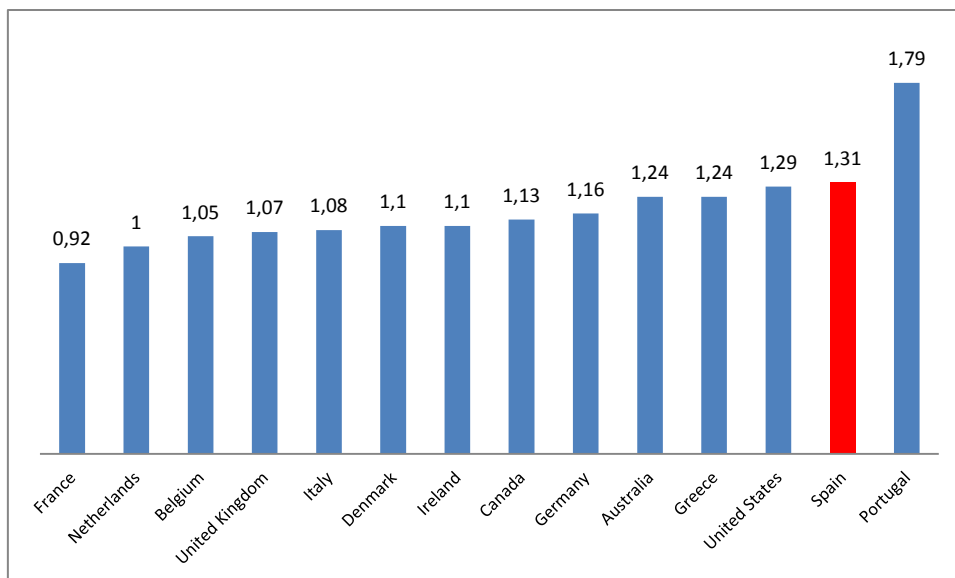


**Ilustración 47: Salario de la enfermera hospitalaria respecto al salario medio. Datos referidos a 2011 salvo Canada (2010), Alemania (2010), y Portugal (2005). Fuente: OCDE Health Data. Oficina Estadística de la OCDE. Extraído en Abril 2015**

### 3.1.1 Gastos en personal y sistema sanitario

El personal en el Sistema Nacional de Salud español en los últimos años ha evolucionado desde un importante crecimiento en los primeros años de siglo hacia un punto de inflexión en 2012, iniciando una senda de descenso. Hay un estado de opinión muy generalizado en el que se suele compartir que en sanidad, y especialmente en sanidad pública, más es siempre mejor. Más médicos, más enfermeros, más hospitales, más centros de salud, más servicios de urgencias o más ambulancias. Son reivindicaciones habituales de alcaldes, asociaciones o partidos políticos en la oposición, no importa el color. Pero en sanidad, a diferencia de lo que se cree, más no siempre es mejor.

Antes de la crisis económica, ya existían fuertes desequilibrios. Asencio et al (Asencio, Morilla Herrera, & Martín Santos, 2007) a la hora de ver la situación de las políticas de recursos humanos en estos años en el sistema sanitario público, encuentran problemas como la existencia de fuertes desequilibrios en las dotaciones de plantillas, con excesos en algunas áreas y carencias en otras, y que se traduce igualmente en desigualdades geográficas. O los desajustes entre formación recibida por algunos profesionales y roles que reciben en el sistema sanitario, con la existencia de márgenes para asignar tareas más complejas a colectivos profesionales que las podrían desempeñar con iguales resultados y menor coste.

Existe mucha literatura relativa a los recursos humanos en la crisis, normalmente realizada desde una posición de defensa corporativa. En ese sentido, la enfermería destaca con creces en la producción de este tipo de artículos, algunos muy justificados y loables junto a otros que aportan una visión muy parcial.

Una preocupación importante en el ámbito enfermero, es el impacto en la crisis en la formación de nuevos profesionales. Albrecht (Albrecht, 2011), critica algunas prácticas restrictivas seguidas durante la crisis en algunos países, como la restricción de plazas en las escuelas de enfermería, por la posible escasez que podrían generar en el futuro de profesionales enfermeros, o las reducciones salariales en enfermeros, que podrían desincentivar a la gente joven para entrar en la profesión, o los aumentos en las listas de espera que podrían causar las reducciones de servicios asistenciales. No se oculta el perfume ciertamente corporativista de las reflexiones de Albrecht, sin que dejen de ser puntos de vista razonables y a considerar en la planificación sanitaria. Zabalegui y Cabrera (ZABALEGUI & CABRERA, 2010) hacen igualmente referencia a los efectos que la reducción de becas universitarias fruto de las restricciones presupuestarias pueda tener en el acceso de estudiantes a las escuelas de enfermería. Resaltan la necesidad, en tiempos de crisis, de seleccionar las tecnologías sanitarias más costo-efectivas en cada momento.

Una segunda preocupación está en el impacto de la crisis en el empleo y en los tiempos de trabajo de los enfermeros. Alameddine (Alameddine, Baumann, Laporte, & Deber, 2012), analiza los efectos que las políticas de contratación a tiempo parcial de enfermeros pueden acarrear al sistema sanitario. Explica que en momentos de crisis es de esperar una contracción de la demanda de enfermeras, al reducirse los programas de salud pública, y al reducirse en algunos casos el volumen de servicios. La oferta en esos momentos de enfermeras crece, al volver al mercado laboral algunas enfermeras que habían salido de él en tiempos de bonanza, así como que aumenta la predisposición de las enfermeras a trabajar más horas. En tiempos de crisis los salarios tienden a congelarse o a reducirse, no sólo por el efecto directo de la crisis sino por el indirecto de una menor demanda y una mayor oferta de enfermeros. También tiende a haber una cierta sensación de superávit más que de escasez de enfermeros.

Bauerhaus (Bauerhaus & Auerbach, 2011) hace referencia a que en el caso de Estados Unidos, la recesión ha aumentado el empleo en enfermería con la vuelta al trabajo de enfermeras casadas que por motivos familiares habían salido de la vida laboral. Estima que el empleo en enfermería ha crecido con la crisis en 250.000 personas

Pero el gran tema de discusión en la literatura enfermera de gestión es la relación entre el número de enfermeros y la mortalidad. En este sentido, Robinson (Robinson & Wharrad, 2000), encuentra una relación significativa entre el número de profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) junto a la proporción de personal capacitado presente en el parto respecto a los ratios de mortalidad infantil antes de los cinco años. No obstante, en el mismo trabajo, cuando introducen en el análisis de regresión otras variables, como el PIB y la proporción de estudios de las mujeres, y se mantienen variables como el número de médicos y la proporción de personal capacitado atendiendo al parto, el ratio de enfermeras por cada 1000 habitantes deja de ser relevante. Los autores hacen énfasis, por tanto, en la necesidad de estudiar los resultados con prudencia. Aiken et al (Aiken et al., 2015) hacen un estudio en un conjunto de 12 países de la Unión Europea acerca de la asociación de la mortalidad a los 30 días del ingreso de pacientes mayores de 50 años intervenidos de operaciones de cirugía no compleja. Analizan datos en 300 hospitales de la Unión Europea. Encuentran una asociación entre el nivel de enfermeras que trabajan por turno en la hospitalización de estos pacientes, su nivel de formación y la mortalidad de los pacientes. Llegan a la conclusión un tanto arriesgada

de que un 10% más de proporción de enfermeras con título universitario supone una reducción de la mortalidad de un 7%. También concluyen que un aumento de la carga de trabajo del equipo de enfermería de un paciente, supone un aumento de la mortalidad de un 7%. Es un trabajo muy interesante por su amplitud y por la importancia de los temas planteados. No obstante tiene grandes debilidades, al no ser homogéneas las definiciones de enfermeras y de enfermeras tituladas. Por ejemplo, para España dan un 100% de enfermeras tituladas, lo que significa que no consideran enfermería el trabajo de los auxiliares de enfermería. Respecto a otros países supone mayor porcentaje de titulación y menor presencia de enfermeros, que si consideraran a la auxiliar una enfermera sin título universitario. La mezcla de cuestiones corporativas con la naturaleza misma de la investigación no facilita su rigurosidad. Tampoco se llega a ninguna estimación de cuáles son los ratios de presencia adecuados, o de si pudiera haber otras variables no consideradas que pudieran explicar mejor los resultados en mortalidad. En cualquier caso, nos confirma el hecho de que las medidas de ajuste no pueden ser indiscriminadas, y que deben de eliminarse las dotaciones de recursos que no son costo-efectivas de cara al paciente, pero nunca deben reducirse presencias donde son necesarias para la seguridad del paciente. Esta es la filosofía que se ha seguido en los años 2010-2015 en Castilla-La Mancha para la reducción del gasto. Kane (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007) realiza un metaanálisis sobre las publicaciones relativas a la mejora de los resultados asistenciales cuando aumenta el staff de enfermería, y encuentran que existe una correlación positiva en índices de mortalidad y de fallo al rescate de pacientes, entre otros indicadores de resultados, en pacientes quirúrgicos y de UCI, con la dotación de las plantillas de enfermería.

Needleman et al (Needleman et al., 2011) analizan el impacto en la mortalidad de los pacientes de los turnos con alta carga de trabajo en enfermería, sobre 197.000 altas en un hospital terciario y universitario. Señalan cuando un turno está 8 horas o más por debajo en carga de presencia real respecto a las necesidades teóricas. Estimaron un aumento de la mortalidad de un 2% por cada turno de trabajo bajo presencias requeridas, y de un 4% en los turnos de trabajo de alta rotación de pacientes.

El enfoque es una realidad casi evidente en sí misma, dado que está claro que si no hay un número adecuado de enfermeros en una unidad de hospitalización, hay mayor riesgo de sucesos adversos o de que un empeoramiento de un paciente no pueda ser tratado a tiempo, con el consiguiente efecto sobre la mortalidad. Pero la literatura se centra en medir solo la cantidad bruta. Al aparecer correlaciones positivas entre el número de enfermeras y la mortalidad, sin analizar el intervalo donde estas correlaciones son apreciables y los estándares de enfermeros adecuados, se aporta una visión parcial y sesgada de la realidad. Tampoco se advierte en la literatura ningún énfasis en medir el rendimiento de las enfermeras disponibles, la adecuación de su formación al tipo de pacientes cuidados, la organización del trabajo dentro de las unidades, o la adecuación a los estándares de presencia en función de la ocupación de la unidad o de las cargas de trabajo que aportan los pacientes en función de su complejidad. De este análisis con limitaciones, reconocido en algún buen trabajo como en el de Aitken (Aitken et al., 2015), surge una fuerte corriente reivindicativa que saca como conclusión que el absurdo de que cualquier mejora en la eficiencia de la enfermería supone un atentado a la calidad o, peor todavía, el consentimiento de un aumento de la mortalidad.

Buchan (Buchan, 2009), hace hincapié en que la crisis también puede ser una oportunidad para la enfermería, que puede poner de manifiesto que los enfermeros pueden aportar un camino de atención más coste-efectivo respecto a otras alternativas.

Desde este estado de opinión, acabar contra las ineficiencias supone poner en riesgo la calidad del sistema sanitario. Claramente es necesario mejorar la literatura sobre evaluación de servicios y sobre análisis comparado de centros, para evitar que resultados valiosos pero parciales puedan llevar a conclusiones erróneas o igualmente parciales. Vamos a analizar en este capítulo si está fundamentado que siempre más personas aporten mejor sanidad.

## 3.2- Evolución de plantillas

El número de efectivos en el Sistema Nacional de Salud, en aumento constante hasta la reciente crisis económica, inició una reducción entre 2012 y 2014. A lo largo de este epígrafe vamos a analizar los cambios en las plantillas sanitarias que se han producido en Castilla-La Mancha en los últimos años.

### 3.2.1 Evolución de plantillas en atención hospitalaria

Al contrario de lo que puede leerse en la prensa o en los medios de comunicación, a diferencia de lo que permanece en el subconsciente colectivo en estos últimos años, el personal de los centros hospitalarios en España ha crecido de forma importante en lo que va de siglo.

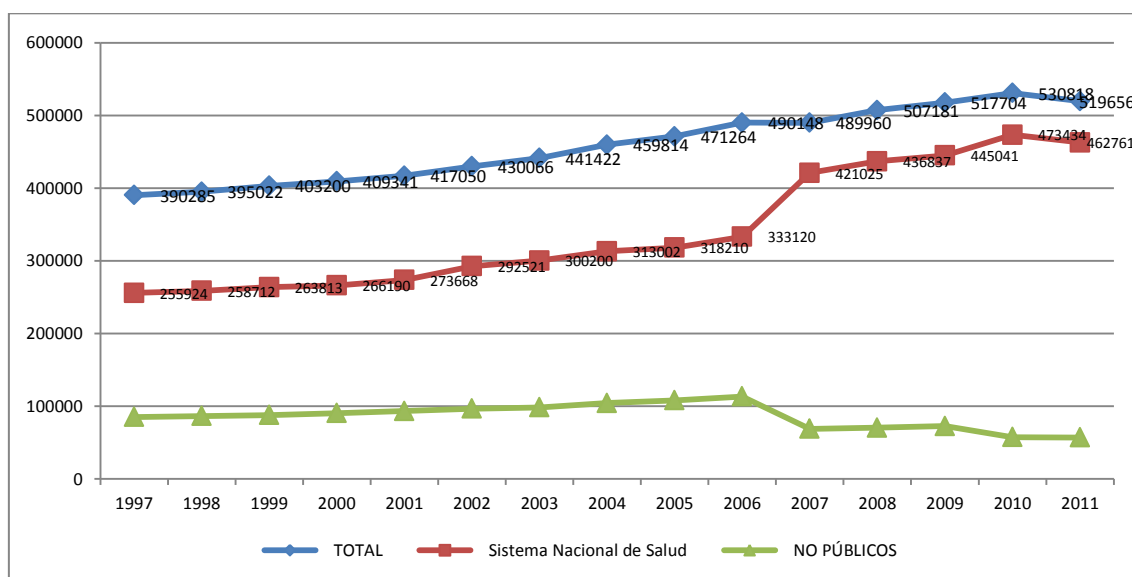


**Ilustración 48: Evolución del número de profesionales sanitarios en Hospitales en España. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos en régimen de internado. Serie 1997-2011. Consultado en abril 2015**



En la Ilustración 48 podemos ver la evolución del número de efectivos en hospitales en España en el periodo 1997-2011. Llama la atención la pendiente creciente, especialmente en el sector público (hemos de tener en cuenta que hay un cambio metodológico en la encuesta entre 2006 y 2007 cambiando la consideración de centro sanitario público al incluir los centros de titularidad privada que trabajan en exclusiva para atender un área sanitaria pública. También es significativo que mientras al aparecer la crisis en 2007 el sector privado ajusta de inmediato sus plantillas, el sector público mantiene una senda creciente de efectivos en los años iniciales de la crisis. El sector público sanitario ha crecido en este periodo 1997-2011 en 206.837 profesionales, un impresionante 80,82% de incremento. ¿Este esfuerzo económico de todo el país se ha correspondido con una mejora radical del servicio prestado, o de los indicadores de calidad? ¿Todo incremento de plantilla es una mejora, o estamos ante cierto deterioro de la productividad? ¿Se podría haber hecho de otra manera menos costosa? Estas preguntas son cruciales a la hora de analizar las políticas de ajuste en la crisis de 2009-2013, y sus efectos sobre los resultados sanitarios.

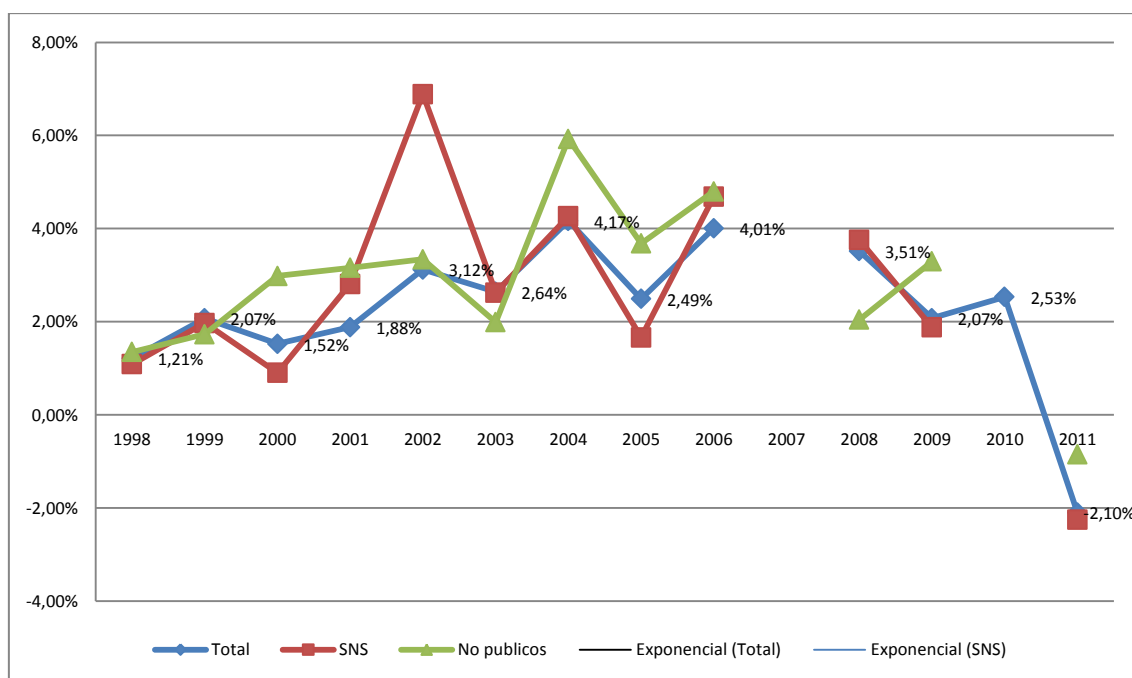


**Ilustración 49: Incrementos de plantilla SNS 1998-2006.** Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Serie 1997-2011. Extraído en abril 2015

En la Ilustración 49 adjunta, se presentan los incrementos porcentuales anuales del número de profesionales en los hospitales del sistema sanitario español, con desglose del sector público y privado entre 1997 y 2006<sup>2</sup>. Como podemos apreciar, en este periodo se produce una

<sup>2</sup> Hemos dejado en blanco los incrementos de los años 2007 y 2011 al haberse producido un cambio de criterio en el INE respecto a la consideración de un centro sanitario público o privado, incorporándose centros considerados como privados pero que prestaban servicio de forma exclusiva al sistema sanitario

aceleración muy importante de los ritmos de crecimiento. Se pasa de crecimientos en el rango del 1% al principio de la serie a crecimientos del 4% al final. En los primeros años de este siglo se produjeron en España crecimientos muy importantes de las plantillas de profesionales sanitarios, especialmente en el ámbito público. Estos crecimientos, de mantenerse en el tiempo, hubieran llevado a un crecimiento del gasto poco soportable. Con el inicio de la crisis se van desacelerando los crecimientos de personal, manteniéndose no obstante positivos incluso cuando la situación económica era claramente preocupante.

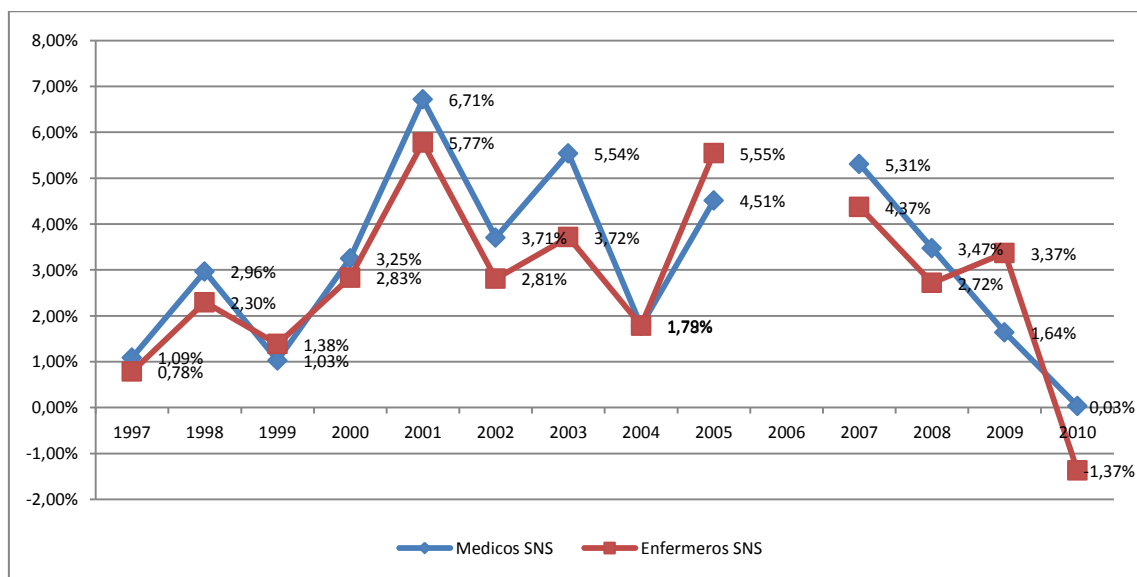


**Ilustración 50: Incrementos en número de médicos y enfermeras hospitalarios SNS. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Serie 1997-2011. Extraído en abril 2015**

Si a la gráfica de incrementos de plantilla le superponemos las cifras de déficit público, podemos observar cómo entre 2008 y 2010, cuando la crisis económica ya se había manifestado plenamente y el déficit público español alcanzaba cifras insostenibles, el personal en el sistema sanitario público seguía creciendo a tasas importantes

público. Esto hace que los incrementos y decrementos que se producen sean debidos a este cambio de criterio más que a la evolución de las plantillas de cada centro

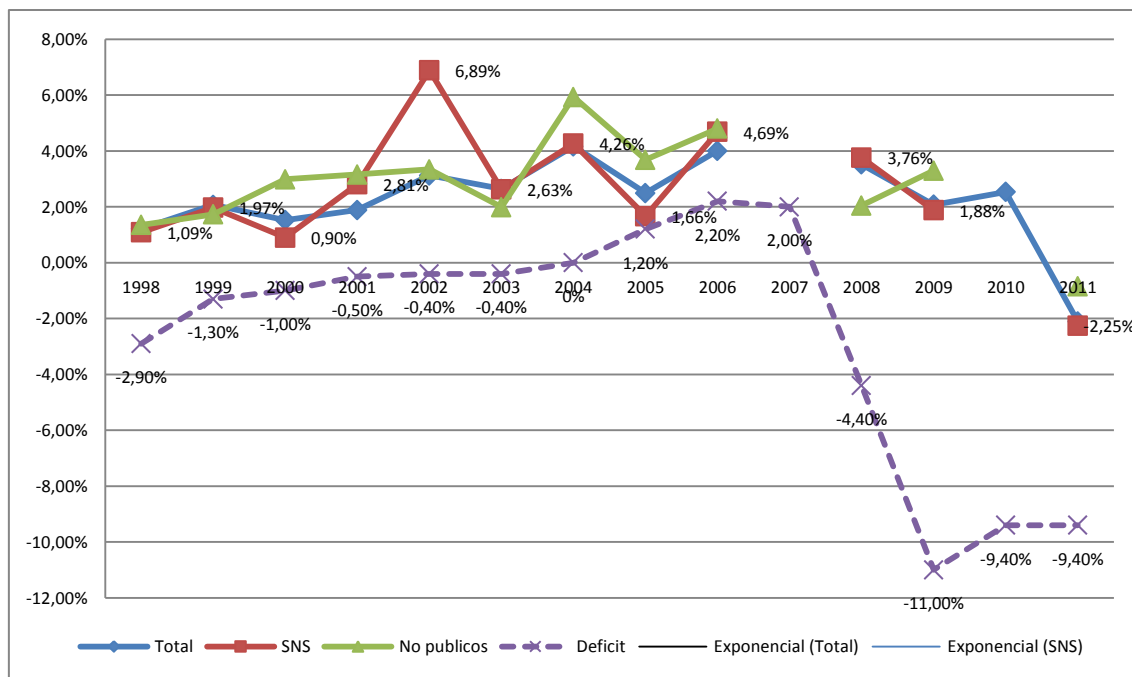


**Ilustración 51: Incrementos de plantilla hospitalaria SNS 1998-2006.** Fuentes: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, serie 1997-2011 y Eurostat: Government deficit/surplus, debt and associated data [gov\_10dd\_edpt1]. Extraído en abril 2015

¿Qué ocurrió en Castilla-La Mancha? Al igual que en el resto de España, podemos apreciar un incremento muy importante del número de profesionales en los hospitales de la Comunidad. Pasan de 13.528 en 1.997 a 23.923 en 2011. Un incremento muy relevante y costoso, especialmente en profesionales sanitarios, que pasan de 9.482 a 17.683 en el mismo periodo. Un esfuerzo importantísimo por parte de la sociedad.

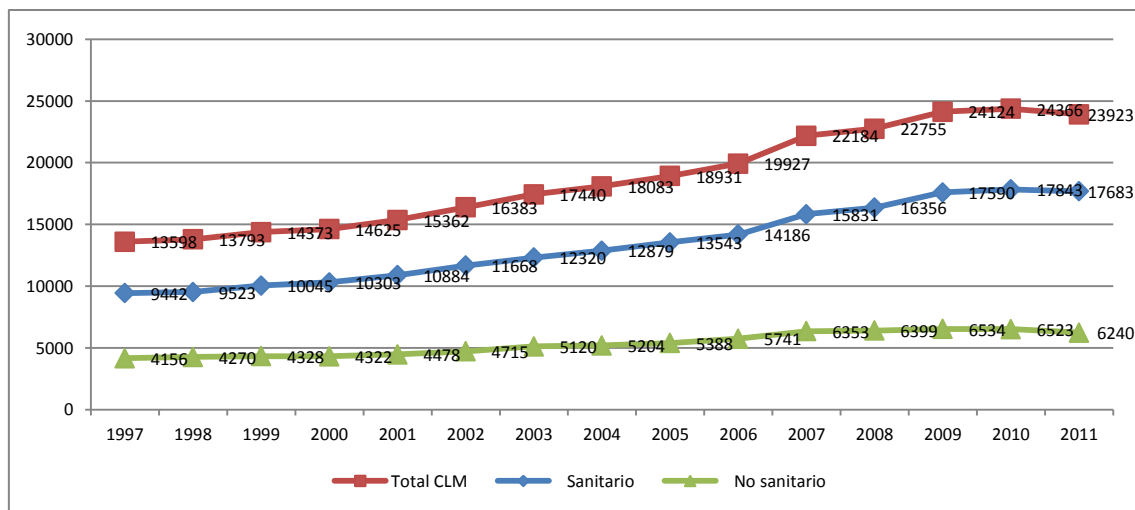


**Ilustración 52: Evolución del número de profesionales sanitarios en Hospitales en Castilla-La Mancha. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Serie 1997-2011. Extraído en abril 2015**

Si vemos los incrementos anuales de plantilla, destacan los altos índices de crecimiento desde las transferencias sanitarias del INSALUD en 2002, con tasas de incremento por encima o alrededor del 5% hasta el año 2.010.

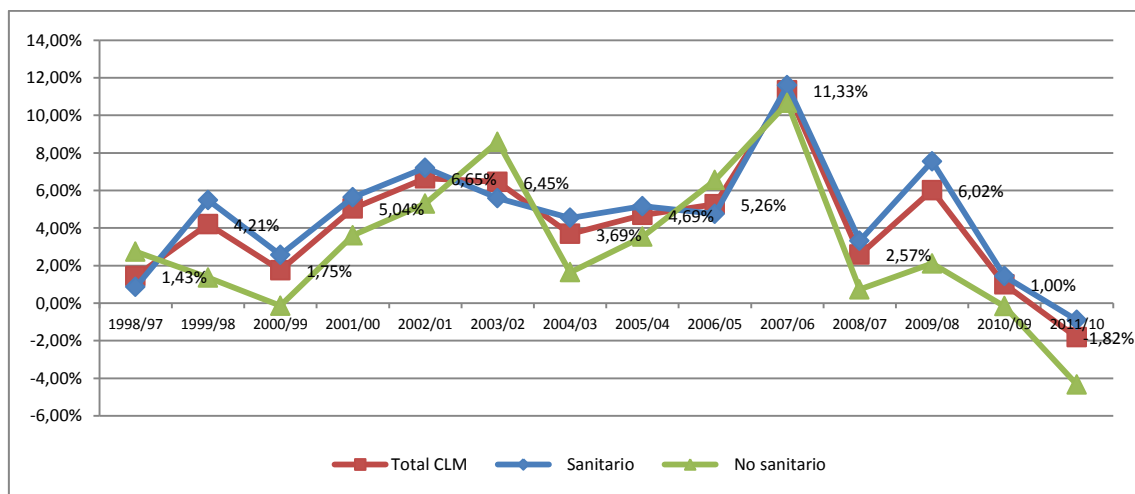


**Ilustración 53: Incrementos en número de médicos y enfermeras hospitalarios en Castilla-La Mancha. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Serie 1997-2011. Extraído en abril 2015**

Si comparamos las tasas de crecimiento de Castilla-La Mancha y España podemos apreciar cómo los ratios de crecimiento en esta región son mayores en el periodo a los del total de España, de forma prácticamente ininterrumpida desde 1.998 hasta el año 2011, cuando se expresa la crisis de sostenibilidad que se venía larvando en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha.

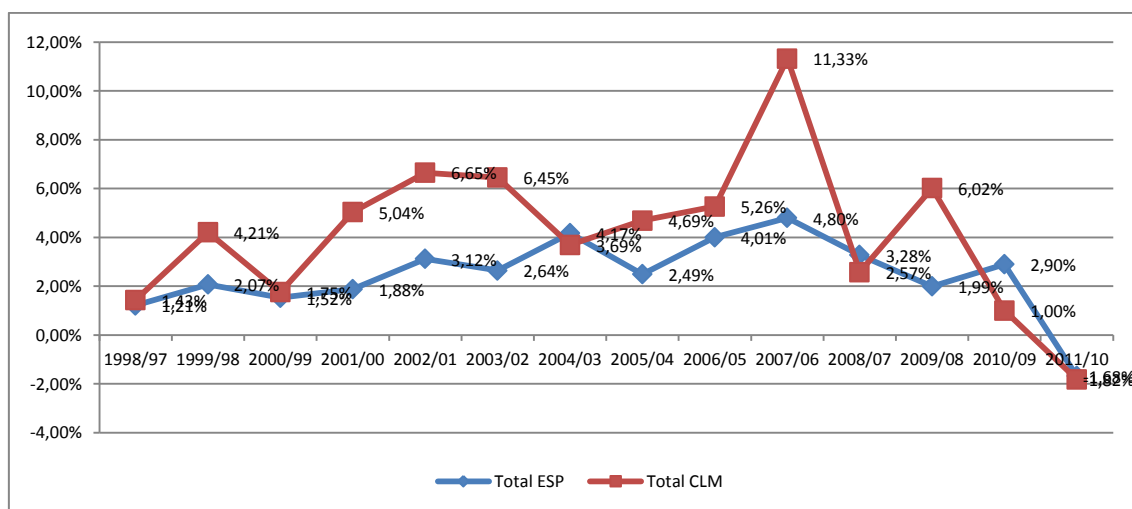


**Ilustración 54 Incrementos en número de profesionales sanitarios hospitalarios en España y Castilla-La Mancha.**  
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Serie 1997-2011.  
 Extraído en abril 2015

Si analizamos en número de médicos en atención especializada por cada 1000 habitantes, podemos ver cómo en 1996 existía una brecha en la proporción de médicos hospitalarios entre Castilla-La Mancha y el resto de España. Hasta cierto punto era normal, dado el carácter más centralizado del INSALUD, con una concentración de grandes hospitales en Madrid, que atendían igualmente a los pacientes de las regiones limítrofes. Esta brecha se fue cerrando, especialmente desde las transferencias sanitarias de INSALUD en 2002, llegando en 2008 a igualarse los ratios y a superar los de Castilla-La Mancha a los nacionales, hasta 2012, donde vuelven a quedar muy ligeramente por debajo. Resulta un poco chocante esta superación de los valores promedio nacionales, dado que la referencia de los hospitales de Castilla-La Mancha sigue siendo Madrid en muchas especialidades.

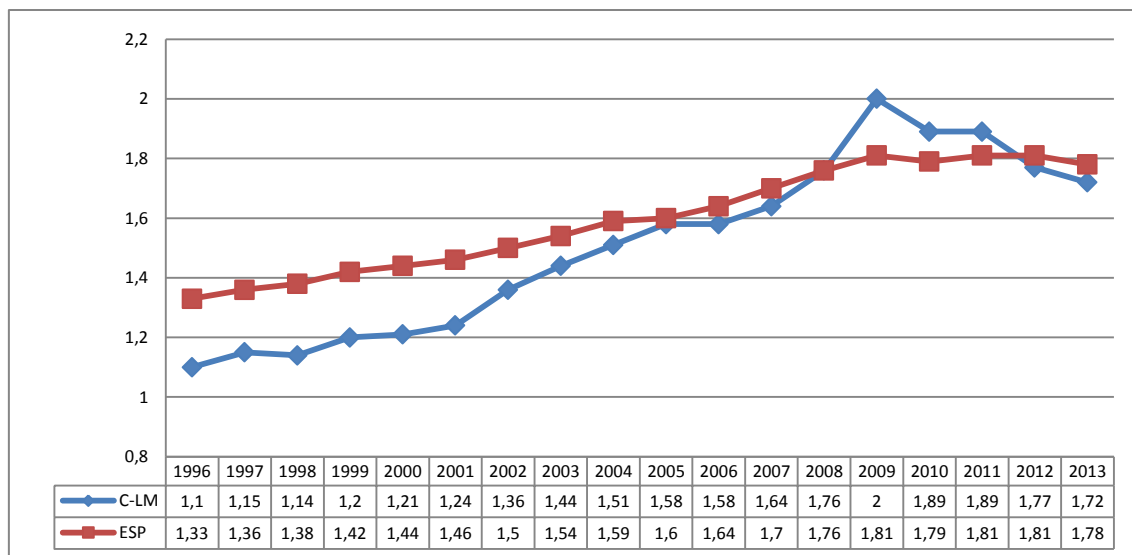


**Ilustración 55: Médicos en especializada por 1000 habitantes.** Fuente: Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Consultado en abril 2015

En lo que se refiere a enfermeras de atención especializada, la evolución es similar, con mayor diferencia en tasas de partida, y sin que en ningún momento se hayan superado las tasas nacionales en Castilla-La Mancha. Podemos afirmar que el modelo de crecimiento de profesionales sanitarios en hospitales ha primado en los últimos años la contratación de médicos.

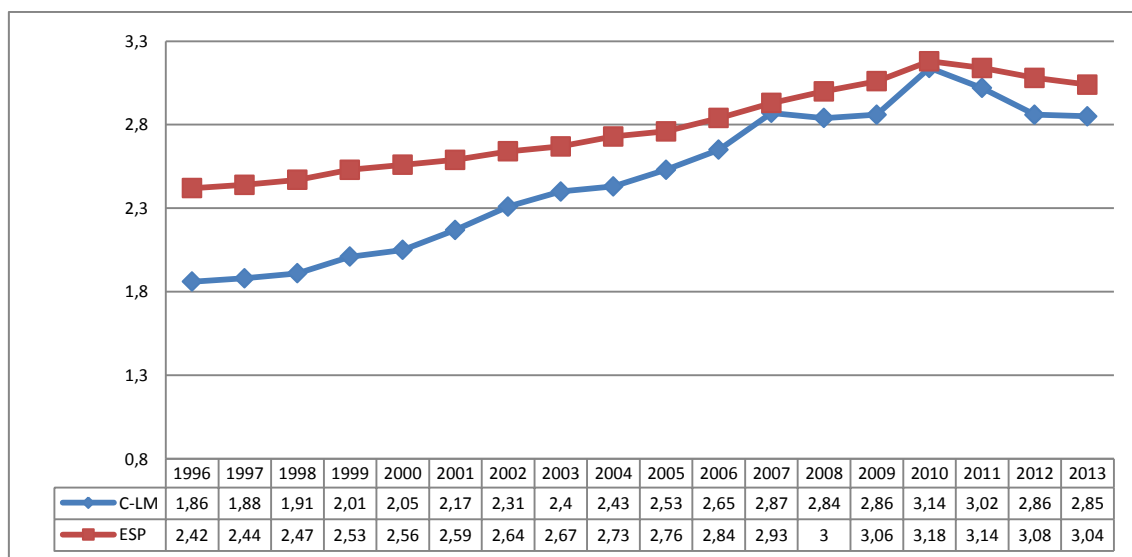


**Ilustración 56: Enfermeras en especializada por 1000 habitantes.** Fuente: Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Consultado en abril 2015

### 3.2.2- Evolución de las plantillas en Atención Primaria

Vamos a analizar qué ocurrió en Atención Primaria, la base de nuestro sistema sanitario. La fuente de información con la que trabajaremos en esta apartado es la explotación del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015d).

En la Tabla 1 podemos ver la evolución del número de profesionales en España en atención primaria en el periodo 2004-2013:

**Tabla 1: Incrementos del número de profesionales en atención primaria en el periodo 2004-2013. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). : Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Extraído en abril 2015**

|                      | Med de familia | Pediatría | Enfermería | Pers no sanit |
|----------------------|----------------|-----------|------------|---------------|
| <b>Incr. 2004/13</b> | 13,63%         | 14,59%    | 17,89%     | 0,45%         |
|                      | 3.418          | 813       | 4.481      | 91            |

A final año 2013, en la etapa final de la crisis, había en España 3.418 médicos de familia más que en 2004, 813 pediatras, 4.481 enfermeras de atención primaria, y 91 profesionales no sanitarios de atención primaria más que en 2004 (2006 en el caso del personal no sanitario)

Si lo analizamos en porcentajes, destaca el aumento de enfermeras con un 17,89%, el de pediatras con un 14,59%, y el de médicos de familia con un 13,63%. El personal no sanitario por su parte sólo creció un 0,45%. La existencia de un desequilibrio de partida en España en la proporción de médicos y enfermeras en general y en atención primaria en particular, puede explicar que los crecimientos tiendan a compensar lentamente este desajuste. La progresiva mejora de la gestión y la automatización de muchos procesos como citas, atención telefónica o contabilidad, puede ser la causa del no crecimiento global en el número de profesionales no sanitarios.

La crisis económica de los últimos años marca un punto de inflexión en esta tendencia que vale la pena analizar. La crisis empieza mucho antes de este punto, en torno a 2007, pero el sistema sanitario reacciona lentamente a esta, y el cambio de tendencia en el crecimiento de plantilla se observa entre 2010 y 2011, en el momento en el que los efectos de la crisis sobre el déficit han llevado las finanzas públicas a una situación insostenible. Hemos elegido 2010 como punto de inflexión en el análisis posterior. El comportamiento de las plantillas es distinto frente a la crisis dependiendo de cada categoría. El caso extremo es la enfermería, que sigue su incremento en número de efectivos, incluso en los años más duros de la crisis. Podemos apreciar en la Ilustración 57, la evolución del número de enfermeras en atención primaria en el SNS:

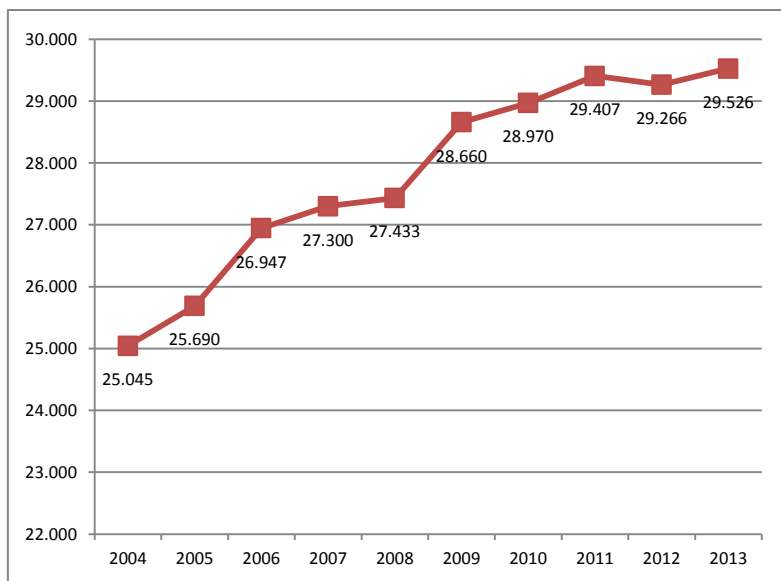


**Ilustración 57: Evolución del número de enfermeras en atención primaria en el SNS. Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015**

Se mantiene la tendencia creciente para los enfermeros, con una pendiente algo más atenuada en el periodo 2010-2013. Para los médicos de familia y los pediatras, en cambio, se produce una ligera disminución en estos últimos años, centrada en 2013 y de muy pequeña cuantía respecto al incremento global del periodo:

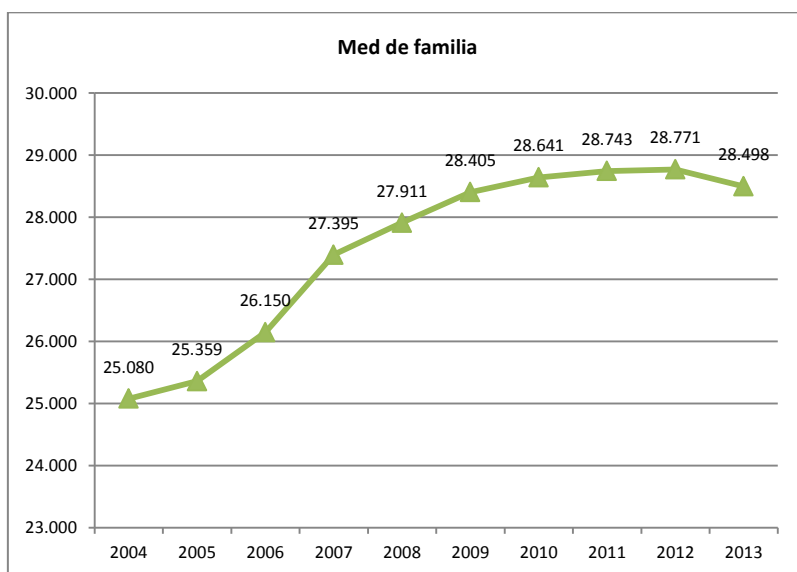


**Ilustración 58: Evolución del número de médicos de familia en el SNS. Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015.**  
<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns>



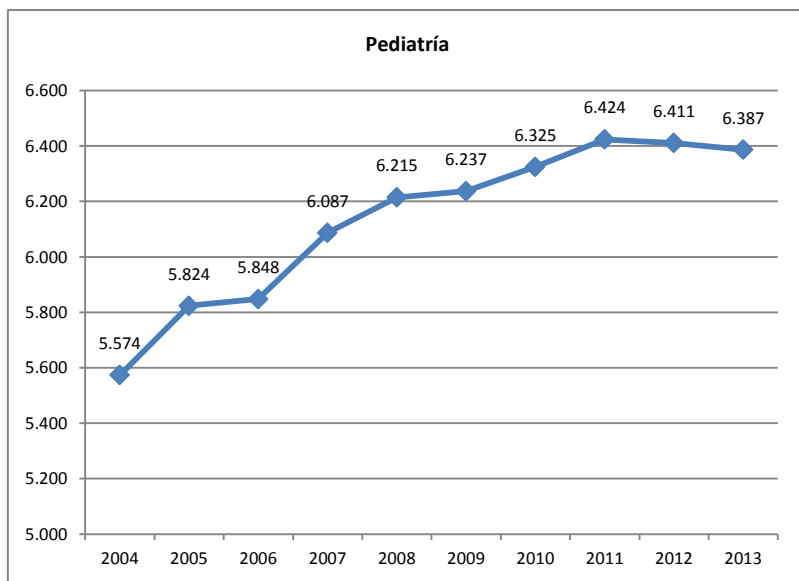


**Ilustración 59: Evolución del número de pediatras en el SNS.** Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015.  
<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns>

En cambio, el personal no sanitario en atención primaria sí sufre una reducción muy importante durante la crisis, que no es más que la continuación de una tendencia que ya venía del año 2006-2008. El número de efectivos global actual es similar al que había en 2006. En estos colectivos sí parecen haberse producido mejoras en la eficiencia a partir de los cambios tecnológicos y la mejora en los procesos de trabajo:

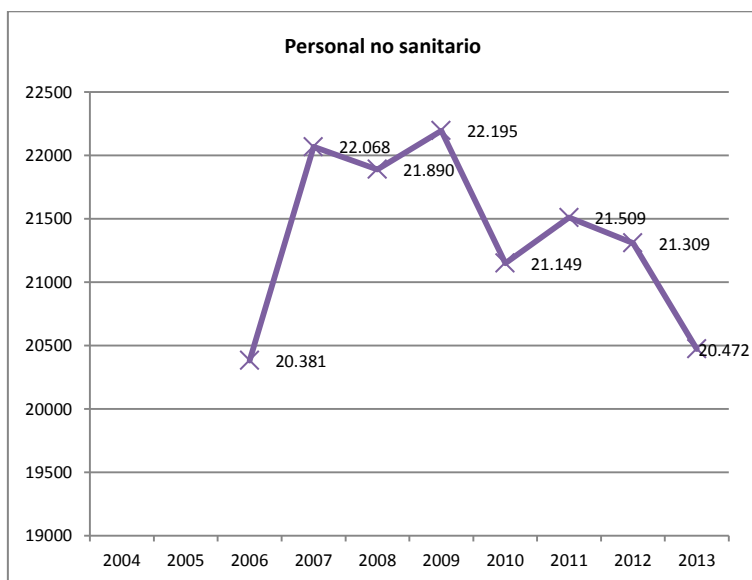


**Ilustración 60: Evolución del número efectivos en personal no sanitario de atención primaria en el SNS.** Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015

Si volvemos a los datos, recogidos en la

Tabla 2, en el periodo 2010/2013 en España se dispone de 143 menos médicos de familia, lo que supone un 0,5% de reducción en el periodo. En pediatras y enfermeros se produce un aumento, del 0,98% en los pediatras y del 1,92% en los enfermeros. La categoría con más reducción de personal es la de personal no sanitario, que baja un 3,2%, esto es, 677 personas menos en toda España.

**Tabla 2: Incrementos de plantilla por categoría, antes y después de la crisis. . Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015.**

|                           | Med de familia  | Pediatría     | Enfermería      | Pers no sanit  |
|---------------------------|-----------------|---------------|-----------------|----------------|
| <b>Incremento 2004/10</b> | 14,20%<br>3.561 | 13,47%<br>751 | 15,67%<br>3.925 | 3,77%<br>768   |
| <b>Incremento 2010/13</b> | -0,50%<br>-143  | 0,98%<br>62   | 1,92%<br>556    | -3,20%<br>-677 |

Si analizamos los ratios de personal en relación con la población, Ilustración 61, en el caso de los médicos de familia, podemos observar como el número de habitantes por médico de familia en la región es menor al nacional. Esto es lógico dada la elevada dispersión poblacional de Castilla-La Mancha, y supone un esfuerzo diferencial a la hora de financiar el sistema sanitario regional.

Desde 2006, la diferencia en el ratio se ha reducido respecto al total nacional, manteniéndose una tendencia a la baja del número de habitantes por médico salvo en los años 2007 y 2013. La bajada de 2013 también se produce en el conjunto de España.

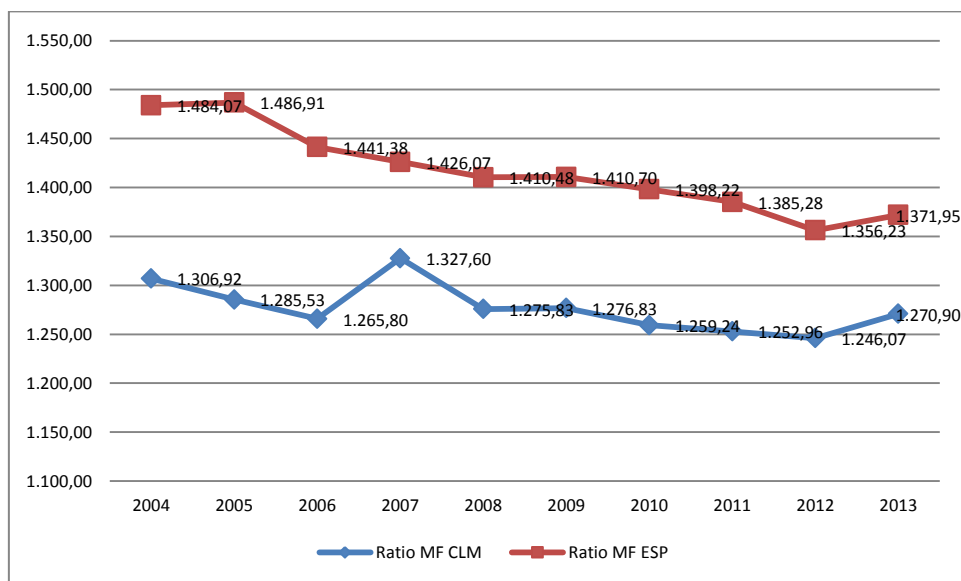


**Ilustración 61: Número de habitantes por médico de familia en España y Castilla-La Mancha. Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015. <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns>**

Las enfermeras de atención primaria también sufren una evolución similar, con mayor población asignada por enfermera a nivel nacional que en la región. A diferencia de los médicos, no se produce convergencia en los ratios y la diferencia es parecida en 2013 a la que existía en 2006. Además, no se produce aumento del ratio en 2013, incluso en los momentos más duros de la crisis. Tanto a nivel nacional como en Castilla-La Mancha se mantuvo el esfuerzo de dotación de enfermería en Atención Primaria.

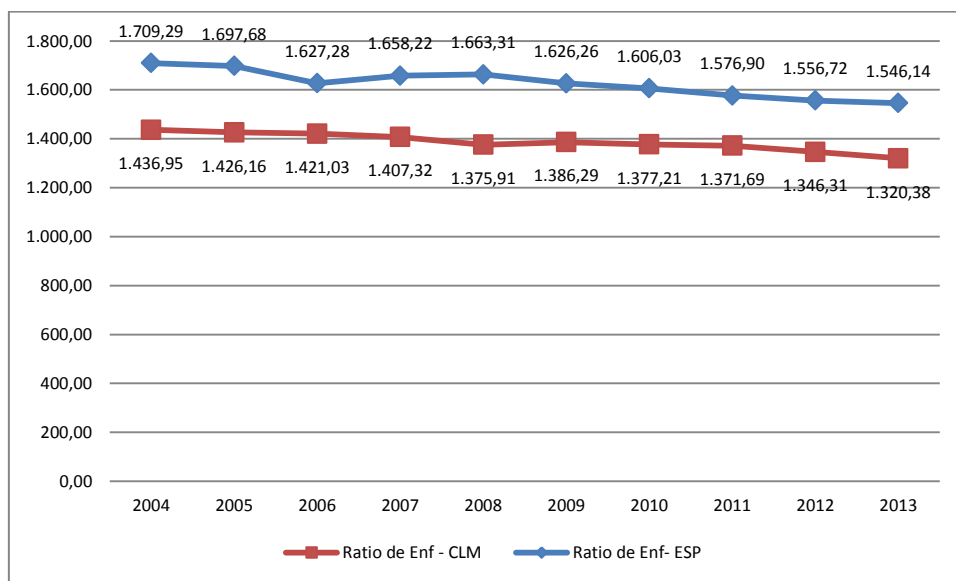


**Ilustración 62: Número de habitantes por enfermera de Atención Primaria en España y Castilla-La Mancha.**  
**Fuente:** Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión.  
**SGTI. Consultado en Abril 2015.**

Si analizamos los rendimientos por tipo de profesional, vemos que, en el caso de los médicos de familia, el número de consultas por médico fue al alza moderadamente desde 2007 a 2009 en el conjunto de España, con un alza del 7,99%, para verse reducido a valores similares a los de 2007 en 2013. Curiosamente, durante la crisis la presión asistencial sobre los médicos de primaria se redujo de una manera importante, en especial en Castilla-La Mancha. Aquí pasamos de un aumento de la carga asistencial del 7,44% entre 2004 y 2011, a una reducción del 7,66% entre 2011 y 2013. El efecto neto entre 2004 y 2013 es de una reducción de la carga asistencial del 0,79%, fruto precisamente de los años de la crisis. Efectos como el de la reducción de consultas innecesarias por la implantación de la receta electrónica han hecho mucho por la reducción de la carga asistencial en Atención Primaria. Dicha actividad por profesional es alta respecto a la media nacional en la región, producto de la elevada frecuentación de la población rural en sus centros de salud y consultorios.

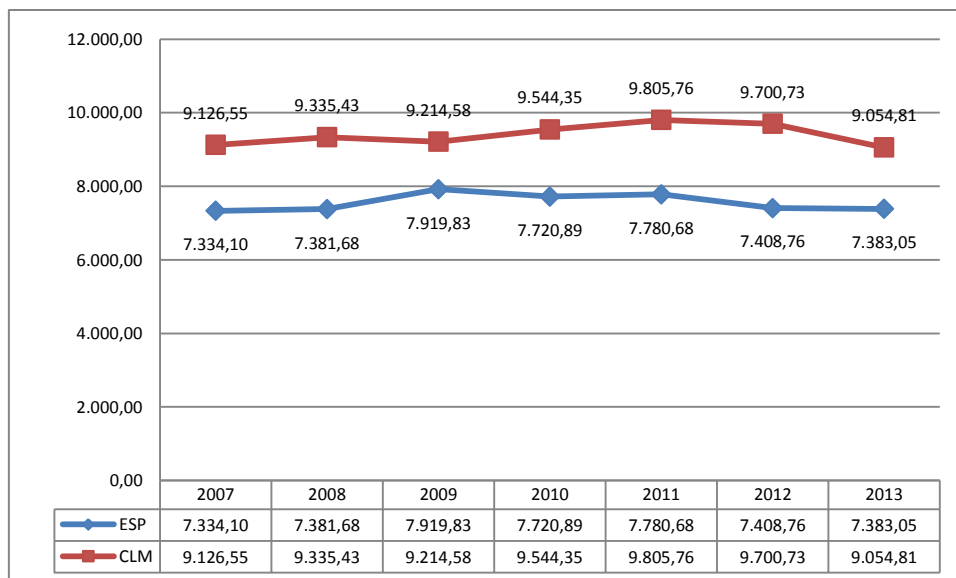


**Ilustración 63: Número de consultas por médico de familia en España y Castilla-La Mancha.** Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015

### 3.3 Evolución de los costes de personal

En la Ilustración 64 siguiente podemos ver la evolución del gasto sanitario de las CCAA en España en el periodo 2002 a 2012, junto a la evolución del gasto en personal de estas Comunidades en este espacio temporal. Hay que señalar que en este periodo, y según la misma fuente, el gasto de las CCAA supone entre el 89,6% del gasto sanitario público total en 2002, y el 92,11% en 2012, con un porcentaje siempre creciente en este periodo.

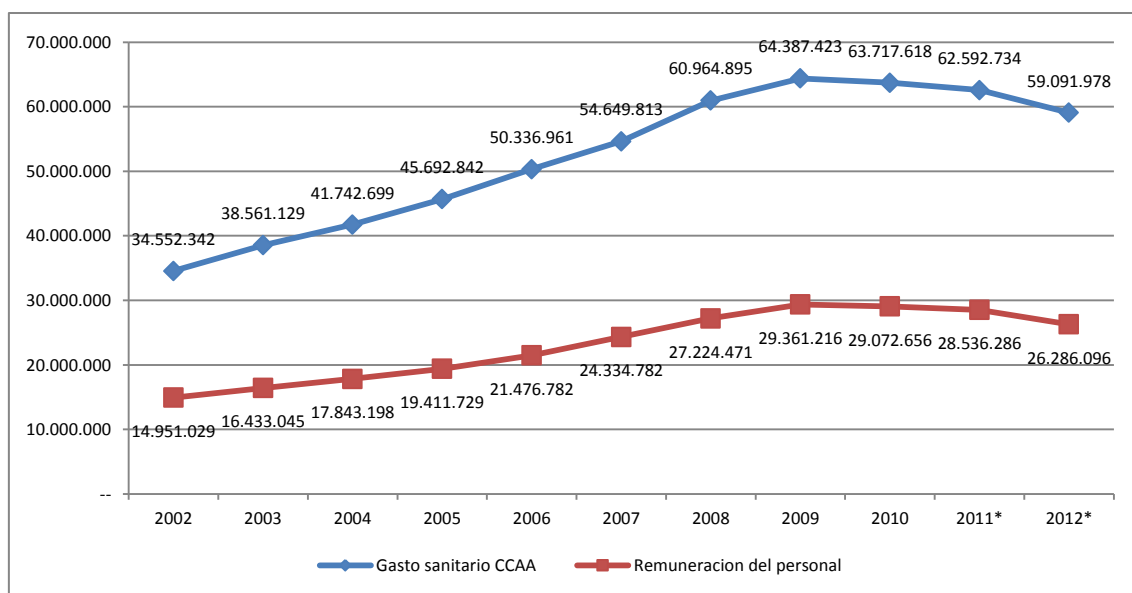


**Ilustración 64: Evolución del gasto sanitario y de los gastos de personal de las CCAA en España en el periodo 2002 a 2012.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.

En este periodo, el peso relativo de la remuneración del personal se ha mantenido estable. El sector sanitario, a pesar de ser un usuario intensivo de tecnología, esta no ha sido capaz de reducir el peso de los gastos de personal en el conjunto del gasto.

Si analizamos las tasas de incremento/decremento entre el gasto total y el gasto de personal, vemos cómo se comportan de manera parecida:

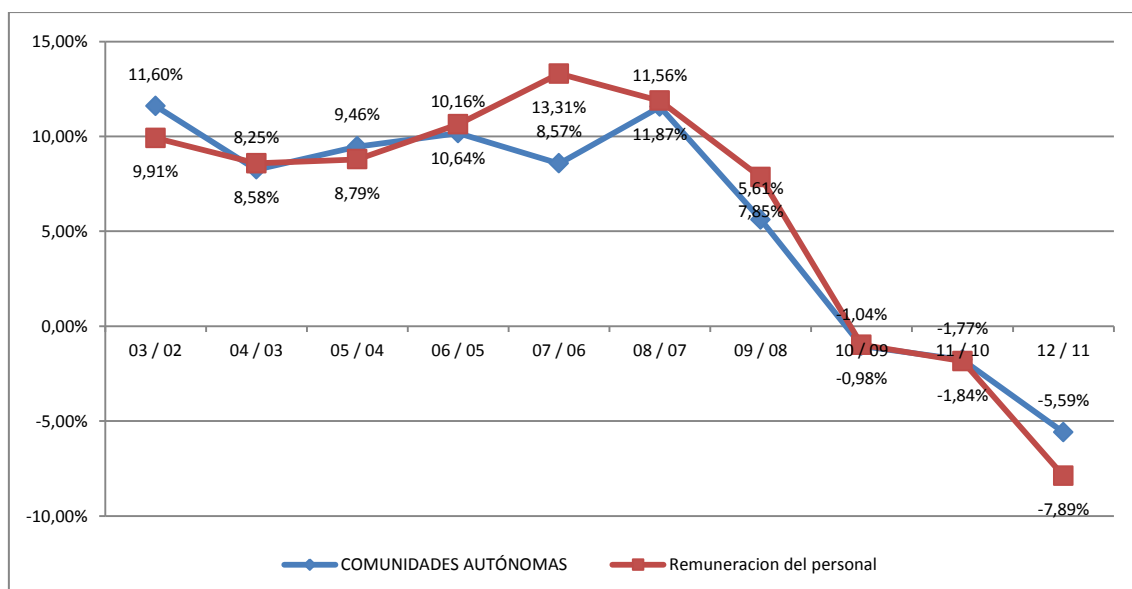


**Ilustración 65: Tasas de incremento/decremento anual del gasto sanitario total y el gasto de personal.** Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.

Vamos a analizar estos mismos datos para el caso de Castilla-La Mancha. En primer lugar, vemos la evolución del montante total de gasto sanitario público y gastos de personal, con importantes crecimientos hasta 2010.

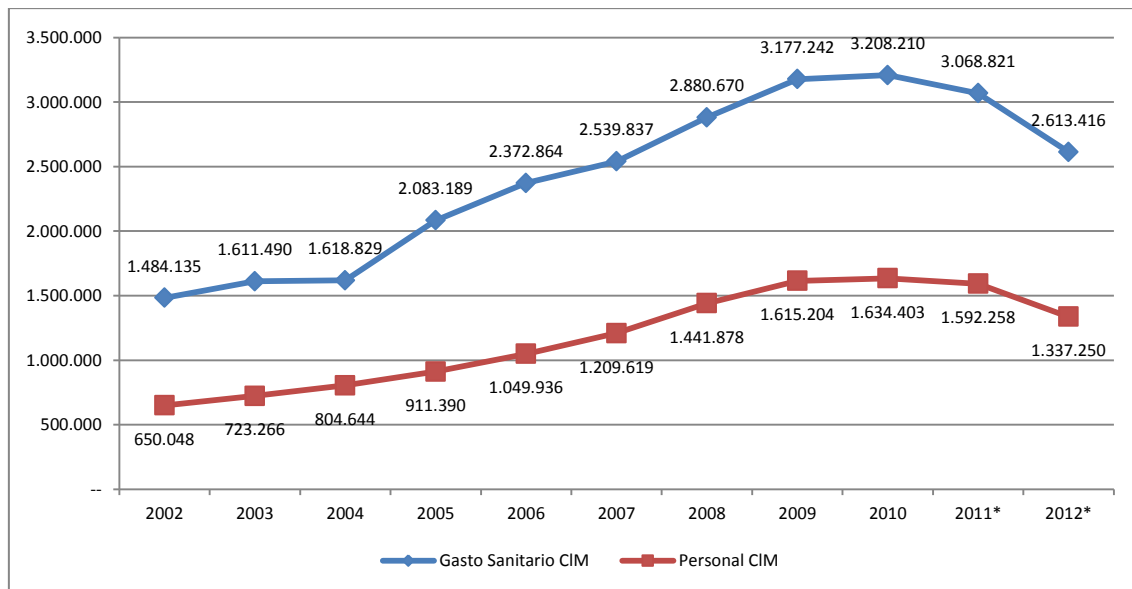


**Ilustración 66: Evolución del gasto sanitario y de los gastos de personal en sanidad de Castilla-La Mancha en el periodo 2002 a 2012.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.

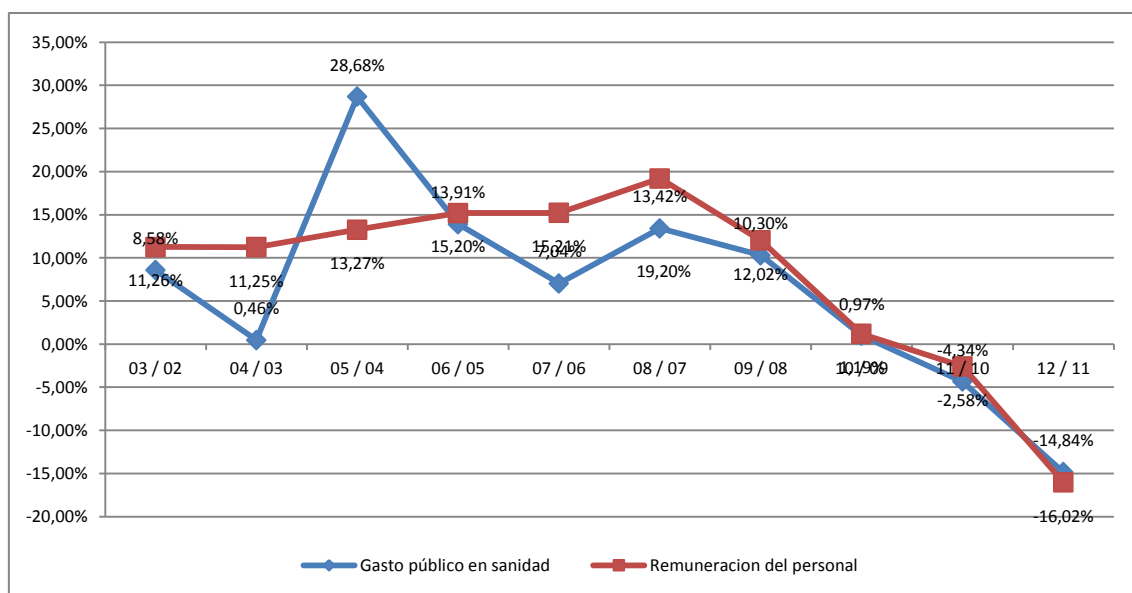


**Ilustración 67:** Tasas de incremento/decremento anual del gasto sanitario total y el gasto de personal en Castilla-La Mancha. Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.

El crecimiento de los gastos de personal en Castilla-La Mancha desde las transferencias fue muy acusado hasta 2010, con cifras por encima del gasto sanitario total, especialmente en el periodo 2005-2008.

El peso relativo de los gastos de personal respecto del total del gasto ha ido incrementándose a lo largo de estos años, pasando de un 43,8% en 2002 hasta un 51,88% en 2011, con un pequeño descenso en 2012. Resulta llamativo observar que esta tendencia es distinta a la que se ha producido en el resto de España, donde este peso se mantiene estable. Podemos plantear que el modelo de crecimiento del gasto sanitario en Castilla-La Mancha ha sido más intensivo en gastos de personal que en el resto de España.

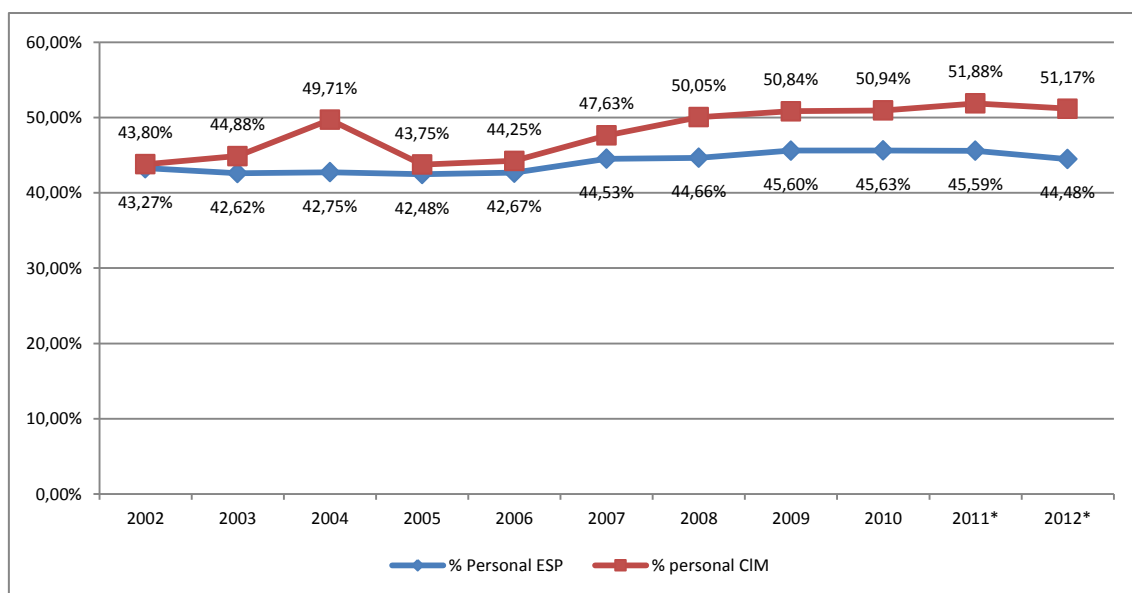


**Ilustración 68: Peso de los gastos de personal respecto al gasto total.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.

En esta línea, si analizamos la variación anual de los gastos en personal del sistema sanitario público, en Castilla-La Mancha los gastos de personal han aumentado claramente por encima de la variación nacional, hasta el año 2011. Nos encontramos por tanto, ante un caso más acusado de la media de crecimiento acelerado de los costes de personal en la región respecto al conjunto del país.

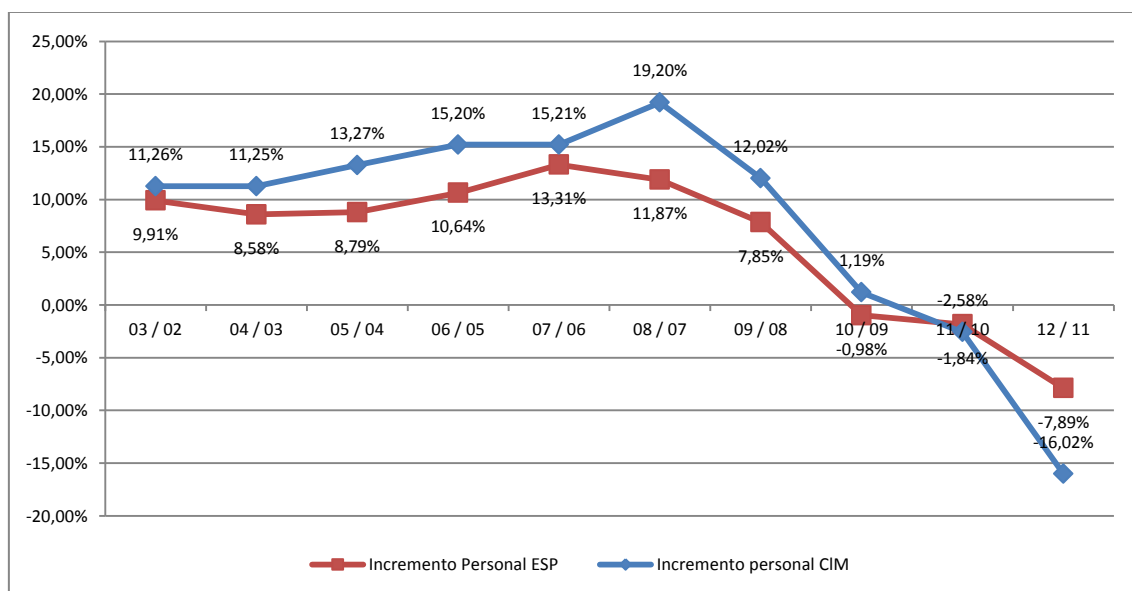


**Ilustración 69: Incrementos del gasto sanitario en personal en España y Castilla-La Mancha.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.



El gasto de personal del SESCAM creció de manera muy importante entre 2001 y 2010. Como podemos ver en la Ilustración 70 siguiente. El gasto pasó de 531,9 millones de euros en 2001, justo antes de las transferencias sanitarias, hasta los 1.574,9 en 2010. El incremento porcentual fue de un 196,9%. La productividad no se incrementó ni mucho menos en estas cifras.

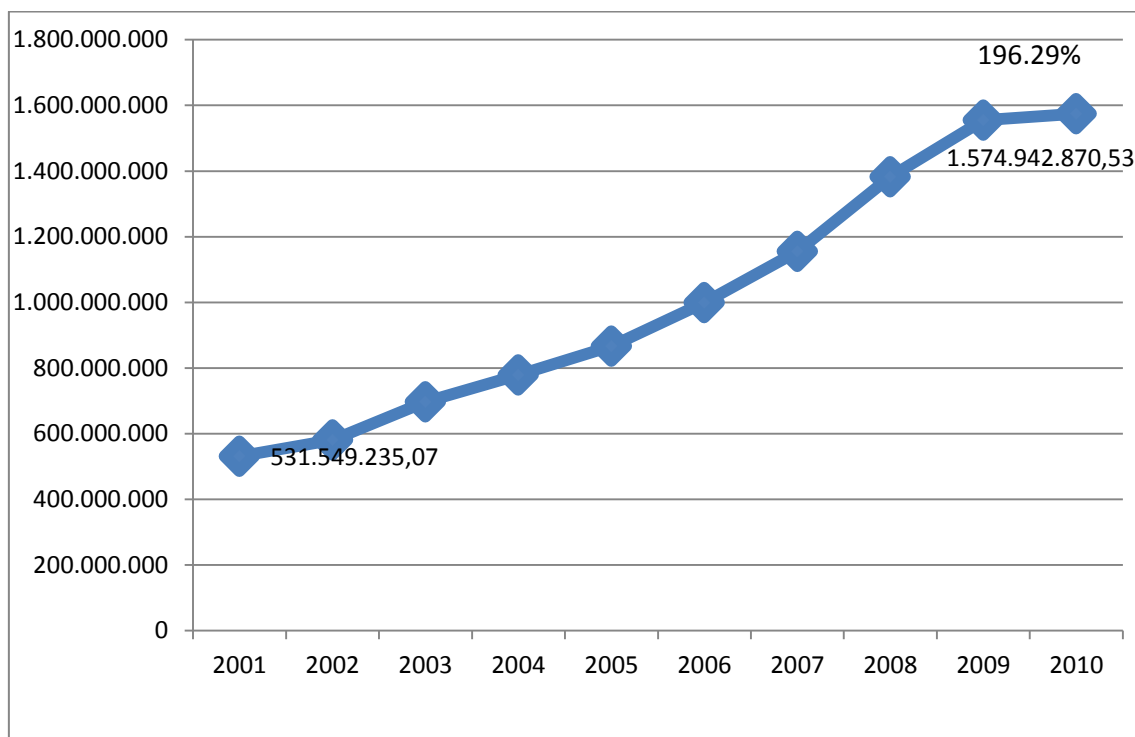


**Ilustración 70: Evolución del gasto de personal del SESCAM entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

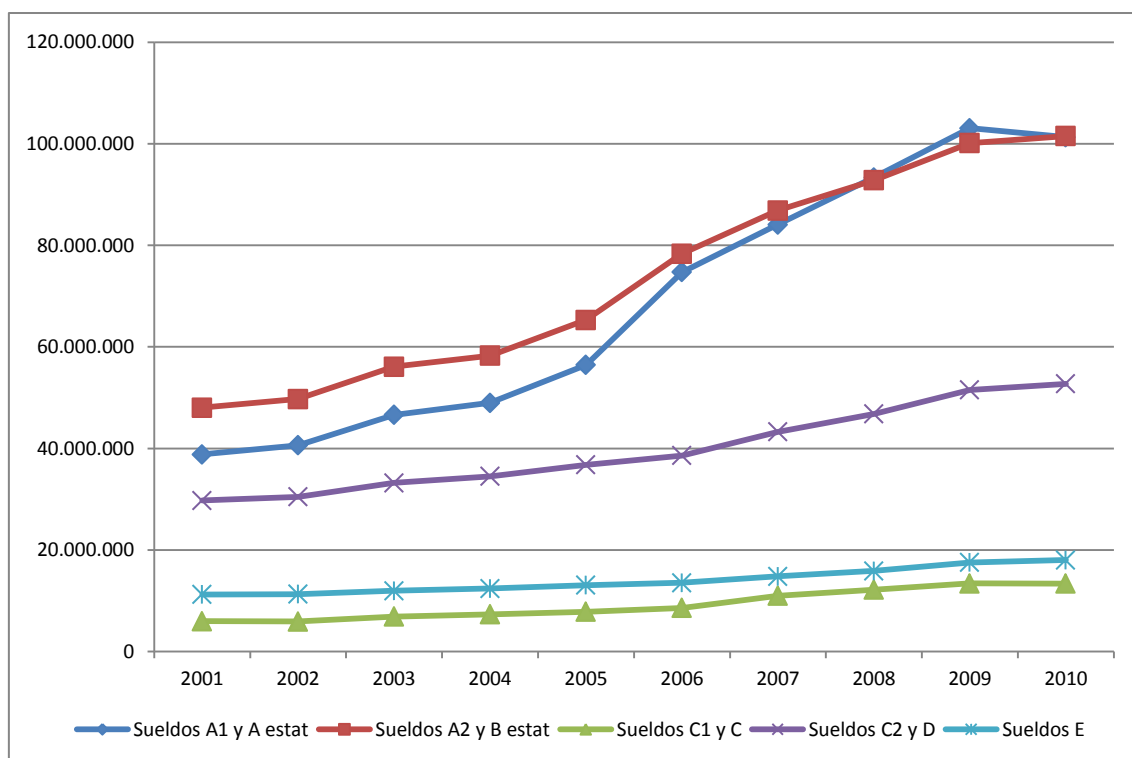


**Ilustración 71: Evolución del coste salarial del SESCAM entre 2001 y 2010 por categorías. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

Podemos apreciar en la Ilustración 71 que dentro del crecimiento global de los salarios, el mayor peso cuantitativo lo tienen las retribuciones de médicos y enfermeros. En este periodo cambia el signo, y se pasa a dedicar más dinero a retribuir médicos que enfermeros.

Si analizamos los porcentajes de incremento de los costes salariales, compuestos del coste salarial y del número de personas, los resultados son los siguientes:

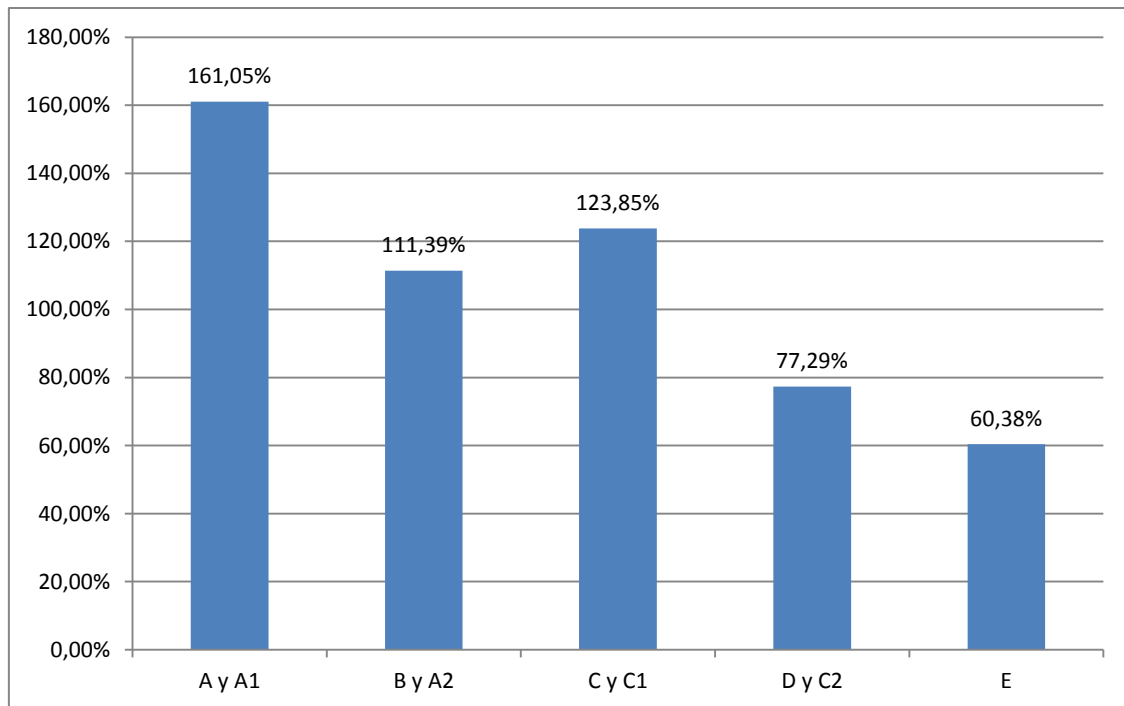


**Ilustración 72: Incremento del gasto en sueldos por categorías entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Infraestructuras SESCOAM**

La categoría que más crece es la de facultativos, con un 161,05% de incremento. Los enfermeros crecieron un 111,39%. El grupo C, de técnicos especialistas, crece un 123,85%. Los grupos más bajos crecen mucho menos. El D un 77,29% y el E, de celadores, un 60,38%.

El aumento salarial de este periodo se centró en las categorías más altas. Lo vamos a confirmar cuando analizamos otros conceptos de peso en la estructura salarial y que han crecido significativamente entre 2001 y 2010.

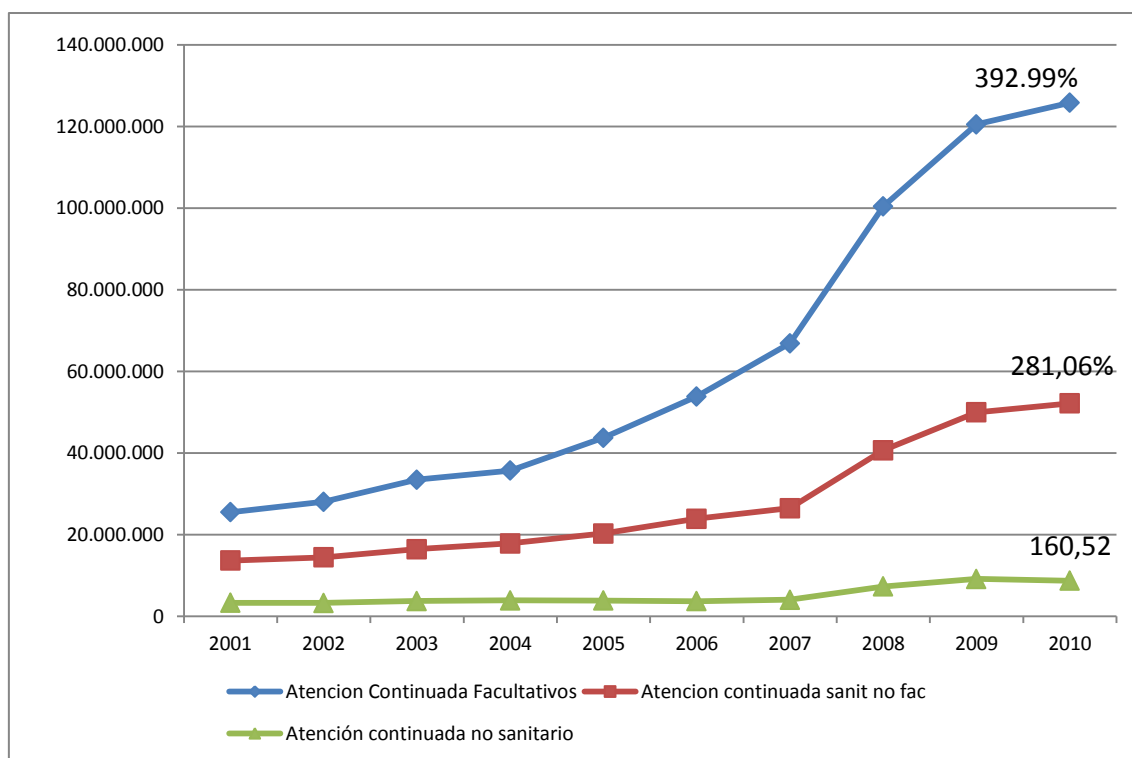


**Ilustración 73: Evolución del gasto en complemento por atención continuada entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Infraestructuras SESCAM**

Si analizamos la evolución del gasto por complemento de atención continuada (guardias médicas y complemento por nocturnidad en otras categorías), vemos cómo el aumento en facultativos desde las transferencias hasta 2010 es descomunal, de un 392,99%. Una enorme inversión en recursos públicos y una gran oportunidad desaprovechada para mejorar este complemento y hacer que se asocie con una mayor actividad en jornada nocturna, premiando las guardias más penosas, y no sólo la presencia del profesional en el puesto de trabajo. No incentivar la actividad en la guardia supone incentivar de forma indirecta a centrarse sólo en la actividad emergente y a dejar el resto de actuaciones con pacientes que lo pueden necesitar para el día siguiente. El aumento de la atención continuada en enfermería también fue muy importante, de un 281,06%, y en el personal no sanitario de un 160,52%.

La atención continuada ha sido aprovechada en algunas ocasiones, no sólo en Castilla-La Mancha, para establecer diferencias salariales entre el personal médico y otras categorías también con titulación superior. Un aumento del pago por guardias no generaría reivindicaciones en otros colectivos, como profesores, investigadores o responsables de gestión, al no hacer esta actividad.

Una partida muy importante a tener en cuenta en el aumento descontrolado de los costes salariales del periodo 2001-10 es la de sustituciones y eventualidades. El absentismo y la fuerte aversión al conflicto de los políticos hacen que los niveles de cobertura de bajas laborales crezcan de forma importante, a la vez que se advierte cierta laxitud en los controles de efectivos, lo que permite que se incorpore personal eventual como primer paso para consolidar un puesto estable en la administración por la vía de los hechos. Estos profesionales con el tiempo pasarán a ser interinos, y se harán fijos participando posteriormente en

concursos-oposición que trataban de consolidar de mil formas la situación de las personas que llevaban años trabajando de forma estable en la administración.

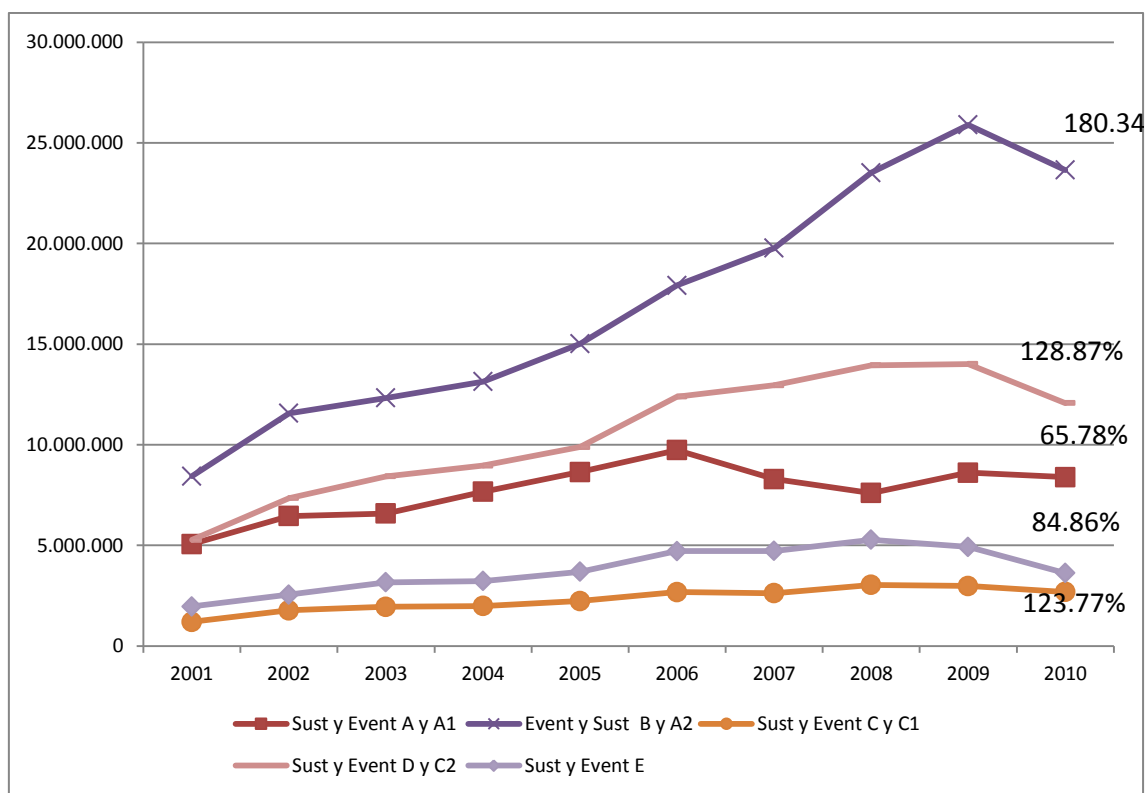


**Ilustración 74: Evolución del gasto en complemento por sustituciones y eventualidades por categorías entre 2001 y 2010.** Fuente: Dirección General de Infraestructuras SESCAM

La evolución del gasto de sustituciones y eventualidades por categorías profesionales en el SESCAM nos muestra que el mayor peso tanto cuantitativo como de incremento en el periodo corresponde a la enfermería, seguido de los auxiliares de enfermería. El trabajo a turnos característico de estas profesiones hace necesario en muchos casos sustituir al profesional de baja para mantener la actividad asistencial que se está prestando. Una buena gestión de estos recursos supone tener en cuenta a la hora de sustituir un profesional la necesidad real en términos de carga de trabajo y ocupación de las unidades, haciéndose inmediatamente en casos de alta carga de trabajo y alta ocupación, y de forma más meditada en momentos en los que, por diversos motivos, la ocupación no es tan alta.

### 3.4 Los impulsores del aumento del coste de personal antes de la crisis

Desde las transferencias sanitarias de 2001, se produjo en toda España un fuerte incremento de los costes de personal en el Sistema Nacional de Salud. Los nuevos Servicios Regionales de

Salud surgidos de las transferencias se encontraron una fuerte presión al incremento de los salarios una vez producidas las transferencias.

En la Ilustración 75 siguiente podemos ver, para el caso de Castilla-La Mancha la evolución de los salarios de las principales categorías. Para ello se ha considerado una situación estándar en los complementos variables para cada categoría. Para el nivel de carrera profesional se ha considerado el más frecuente, el nivel 3. Se consideran cinco trienios de antigüedad. Para el personal facultativo se consideran 3 guardias al mes en día laboral y una mensual en día festivo. Se considera un pago medio de incentivos en productividad variable por categoría. Para las categorías con trabajo predominantemente a turnos (enfermeros, auxiliares, celadores) se considera una media de 4 noches en día laborable más una noche en festivo por mes.

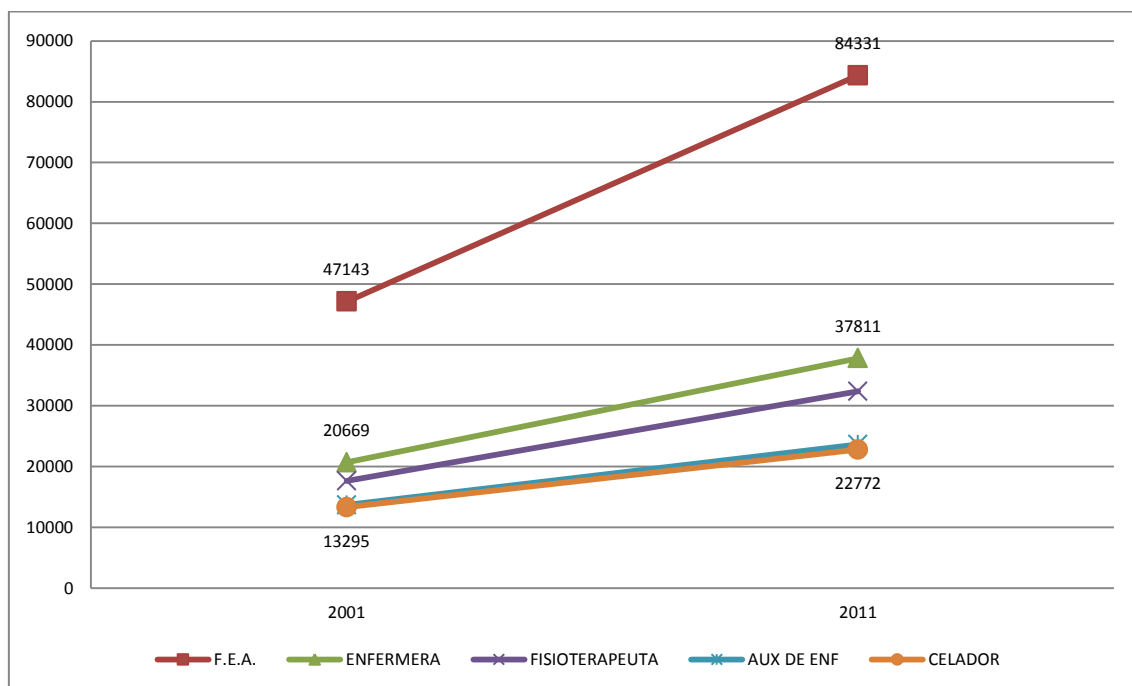


**Ilustración 75: Variación retributiva 2001-2012 por categorías.** Fuente: Unidad de costes de personal. Dirección General de Recursos Humanos. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Los incrementos retributivos fueron muy importantes, máxime cuando, como hemos visto capítulos anteriores, las plantillas aumentaron y la productividad no lo hizo. Si analizamos porcentualmente los incrementos retributivos por categoría son los siguientes:

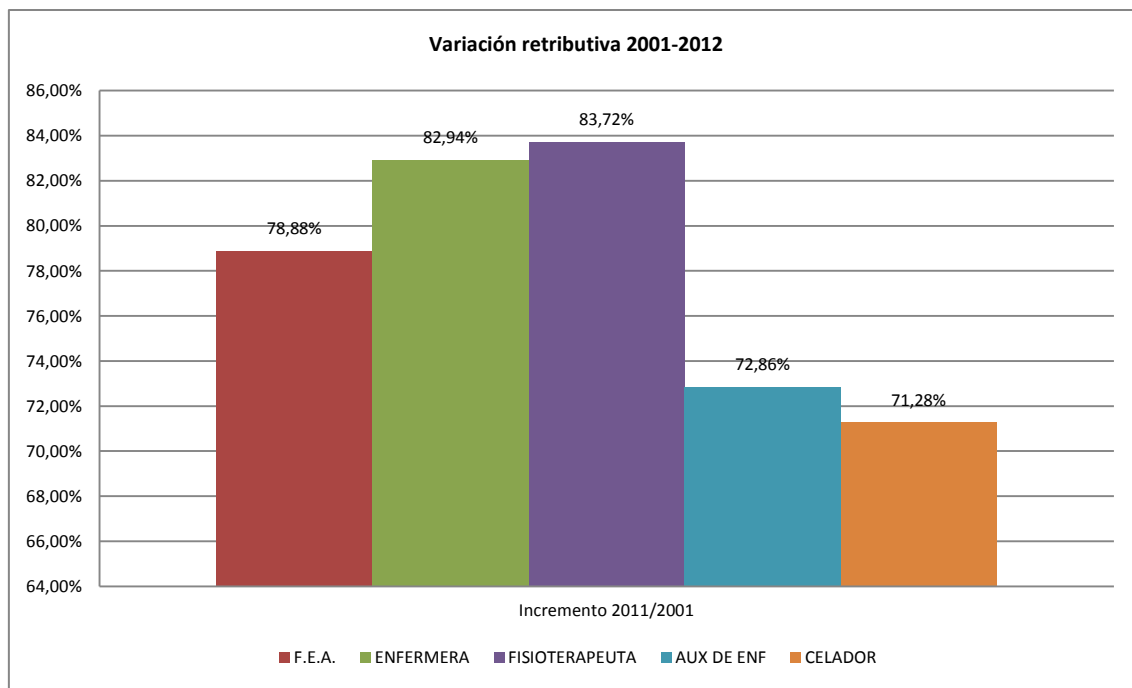


**Ilustración 76: Variación retributiva 2001-2012 por categorías. Fuente: Unidad de costes de personal. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha**

El acuerdo de bases para el desarrollo de la sanidad en Castilla-La Mancha del año 2003 es un ejemplo de la gestión característica en los primeros momentos de las transferencias sanitarias. La Comunidad Autónoma recibe un servicio de salud que no es capaz de gestionar, y lo primero que hace es acordar lo siguiente (SESCAM, 2003):

- Contratar 500 profesionales (número redondo) al año durante 5 años. No se corresponde con ningún análisis de plantilla ni de necesidades.
- Elaborar un Estatuto del Personal Sanitario en Castilla-La Mancha.
- Aplicación progresiva (no más tarde de enero de 2003) de la jornada laboral de 35 horas.
- Homologación progresiva de las categorías, con un incremento salarial importante de partida.
- Homologaciones retributivas al alza entre atención primaria y especializada.
- Mejoras en el pago de dietas de desplazamiento.
- Mantenimiento en alta permanente del personal de refuerzo de Atención Primaria.
- Plan de Acción Social para el personal del Sescam.

Podemos apreciar cómo se asumen compromisos de coste muy importantes, con cifras redondas que denotan una fuerte falta de planificación. Se vuelcan los recursos de manera lineal, sin plantearse recompensar a los profesionales que más aportan. Se reduce bruscamente la productividad no solamente vía salarios sino también vía jornada. En definitiva, un acuerdo de un coste enorme para el sistema sanitario y con ninguna contraprestación en términos de mejora del servicio al paciente.

### 3.4.1 La jornada laboral

El número de horas trabajadas es un componente importante de la productividad del personal. Es sabido que el tiempo trabajado puede emplearse mejor o peor, y que la presencia continuada en el lugar de trabajo sin más aportación que la mera permanencia no tiene que mejorar el rendimiento. Pero de igual manera, y máxime en dispositivos donde es necesaria una presencia continuada del profesional sanitario en el tiempo, la reducción de jornada lleva consigo una elevación proporcional del coste de prestación del servicio.

Como vemos, España no es de los países que más hicieron reducciones de jornada laboral a nivel global en el periodo 1998-2003. Francia, Bélgica, Holanda o Alemania hicieron reducciones mayores. En el periodo 2003-13 tampoco destacamos por la disminución o el aumento de jornada. De hecho España queda en situación estable, y son otros países como Francia, Bélgica y Holanda los que más reducen el tiempo de trabajo.

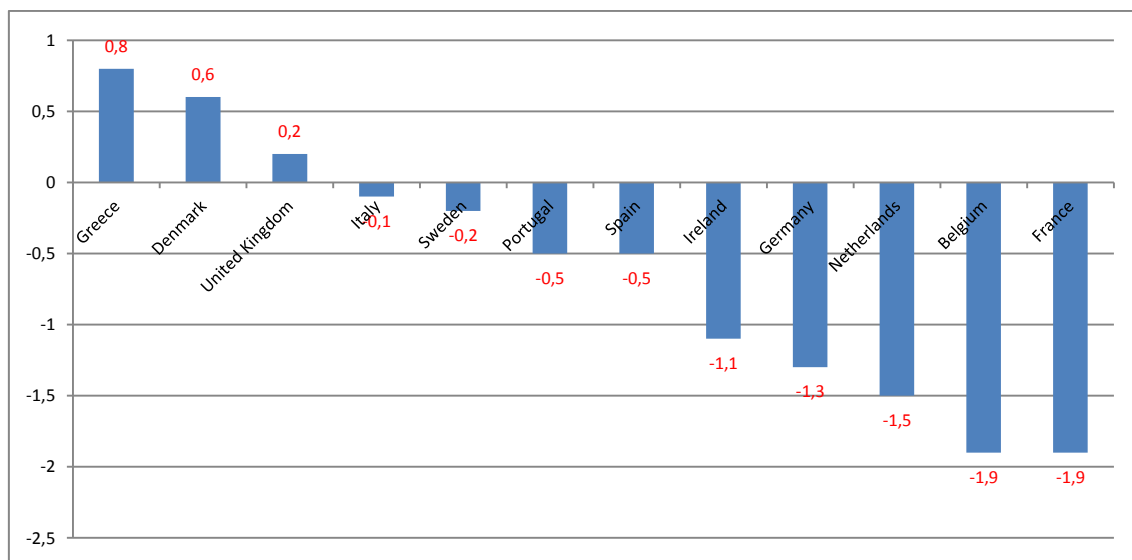


**Ilustración 77: Diferencia en jornada laboral - 1998/2003.** Fuente: ILOSTAT - Servicio Estadístico de la Organización Internacional del Trabajo. Naciones Unidas. Consultado en abril 2015.



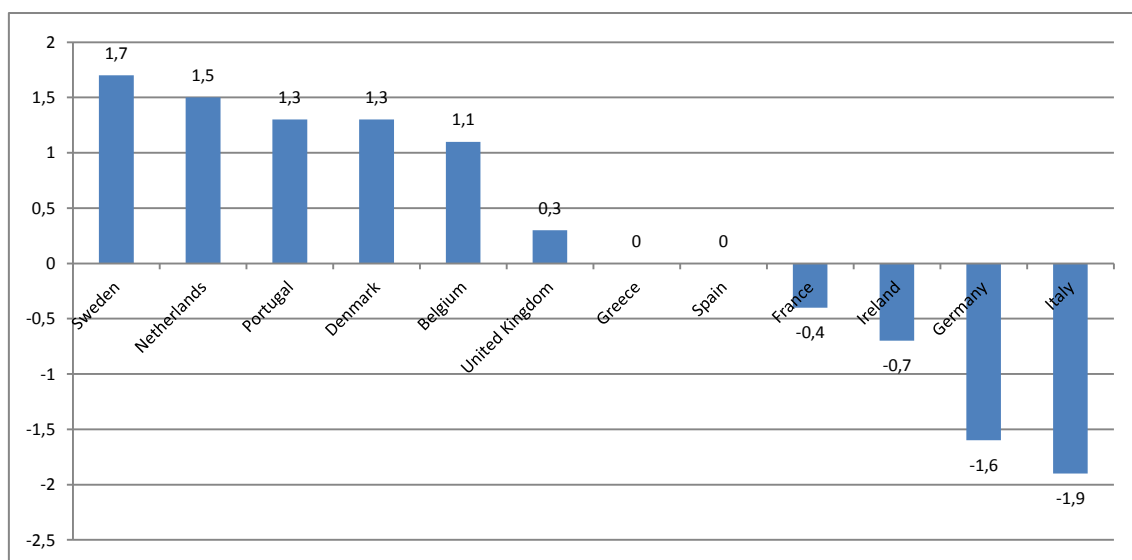


**Ilustración 78: Diferencia en jornada laboral - 2003/2013. Fuente: ILOSTAT - Servicio Estadístico de la Organización Internacional del Trabajo. Naciones Unidas. Consultado el 20-4-15**

No obstante, la competitividad global de los países con mayores reducciones de jornada era mayor que la española. En el Global Competitiveness Report 2014-15 (Schwab, 2015) España ocupa el puesto 35 del mundo. Francia el 23, Irlanda el 25, Alemania el 5, e Italia, el que más reducciones de jornada realiza, es el único detrás de España, en el puesto 49 del mundo.

Lo que sí nos diferencia de todos es la especial configuración de nuestra administración pública, con un conjunto muy importante de trabajadores con una estabilidad laboral blindada, tengan un rendimiento adecuado o no en su trabajo. Esta situación, unida a unos salarios normalmente bajos, genera un fuerte incentivo a negociar reducciones de jornada mucho mayores a las del resto de los trabajadores, que trabajan en el sector privado y sufragan al sector público con sus impuestos. Como vemos en la Ilustración 79, encontramos países como Suecia, en donde el número de horas trabajadas en el sector público es moderadamente inferior a la media, con una suave tendencia a reducir ese gap. El otro extremo es un país como Grecia, en el que la diferencia en horas trabajadas por semana se ha movido por encima de cinco semanales hasta la última crisis, en donde han tenido que reducir la diferencia a 4,3 horas semanales en 2013. En esta comparación, España se acerca mucho más al perfil de Grecia, con diferencias de jornada que estaban en 4,4 horas por semana antes de la crisis, y que se han reducido hasta las 3,4 horas semanales en 2013. En el momento de revisar este párrafo, en septiembre de 2015, el Gobierno está planteando dentro de un paquete de medidas de corte electoralista, aumentar el número de días libres de los trabajadores públicos, con la consiguiente reducción de jornada y la consiguiente discriminación respecto al resto de trabajadores.

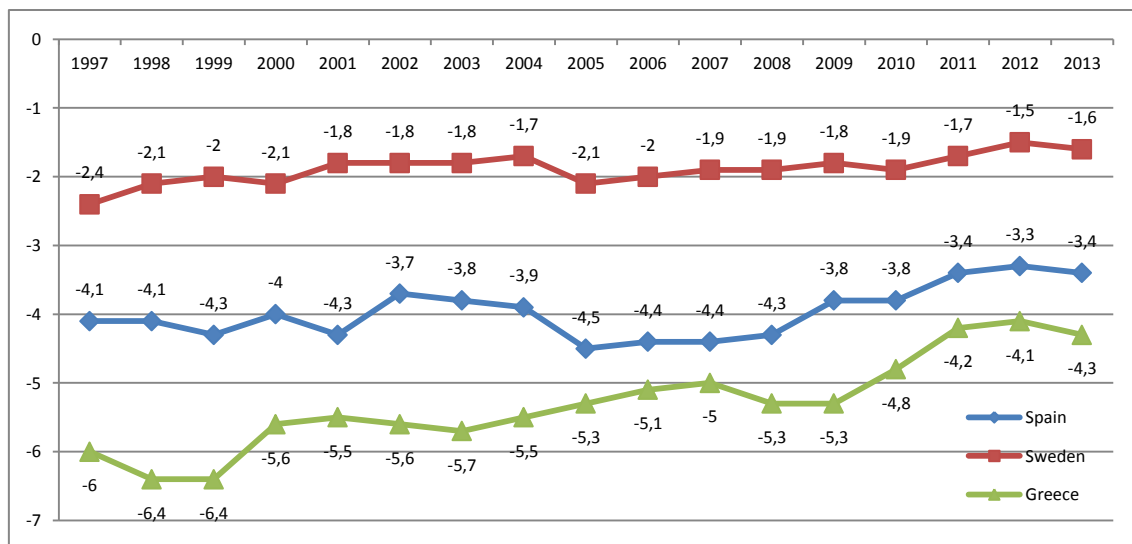


**Ilustración 79: Diferencias entre horas efectivamente trabajadas en Administración Pública y Servicios Sociales y Comunitarios respecto al total de los sectores.** Fuente: ILOSTAT - Servicio Estadístico de la Organización Internacional del Trabajo. Naciones Unidas. Consultado el 20-4-15

Si analizamos las horas trabajadas en el sector salud (público o privado), como vemos en la Ilustración 80, España se encuentra en el grupo de países con menor jornada, por debajo de la media de la UE a 17.

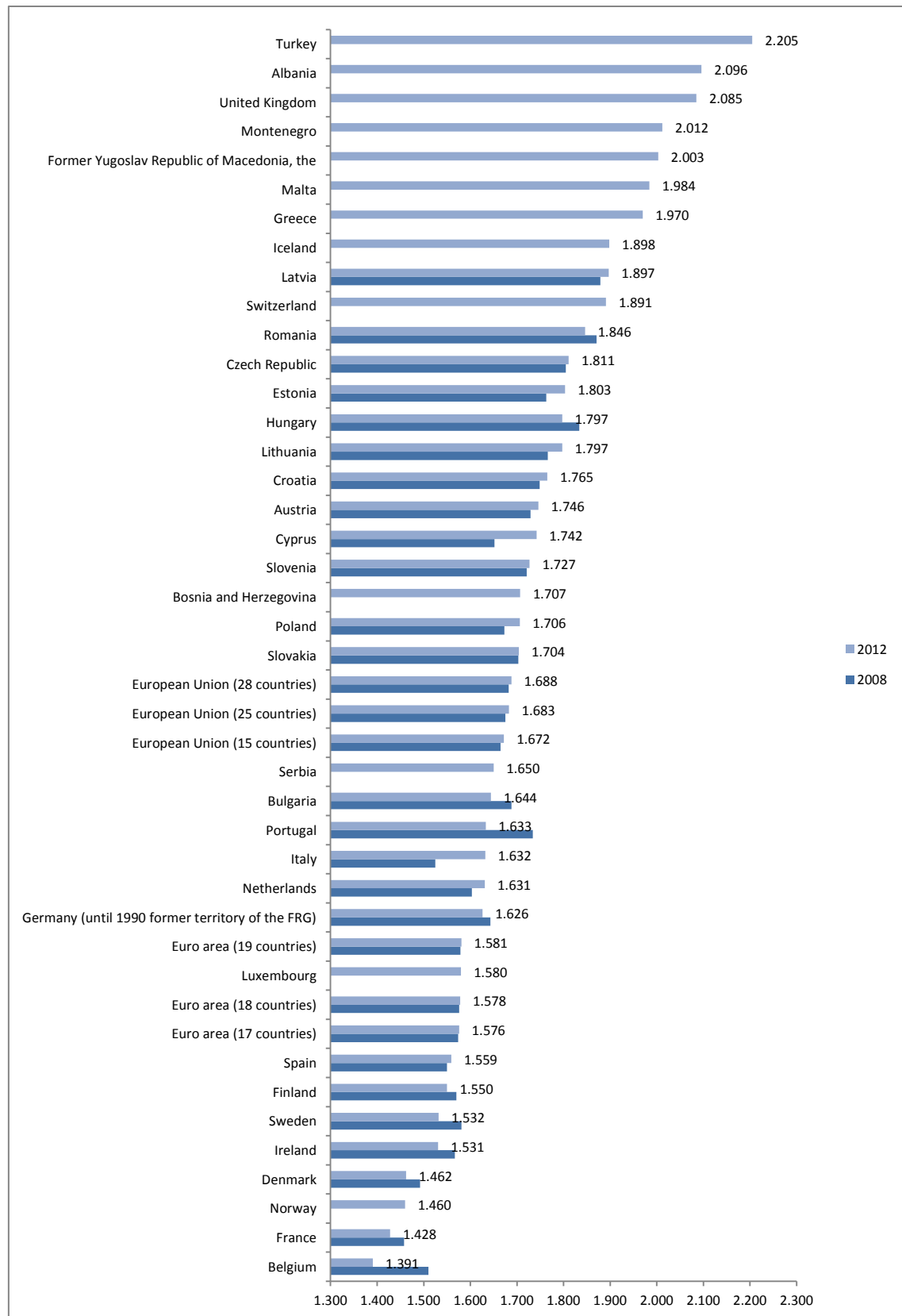


**Ilustración 80: Horas trabajadas en el sector salud, incluyendo sector público y privado. Fuente: Eurostat.**  
Consultado en abril 2015

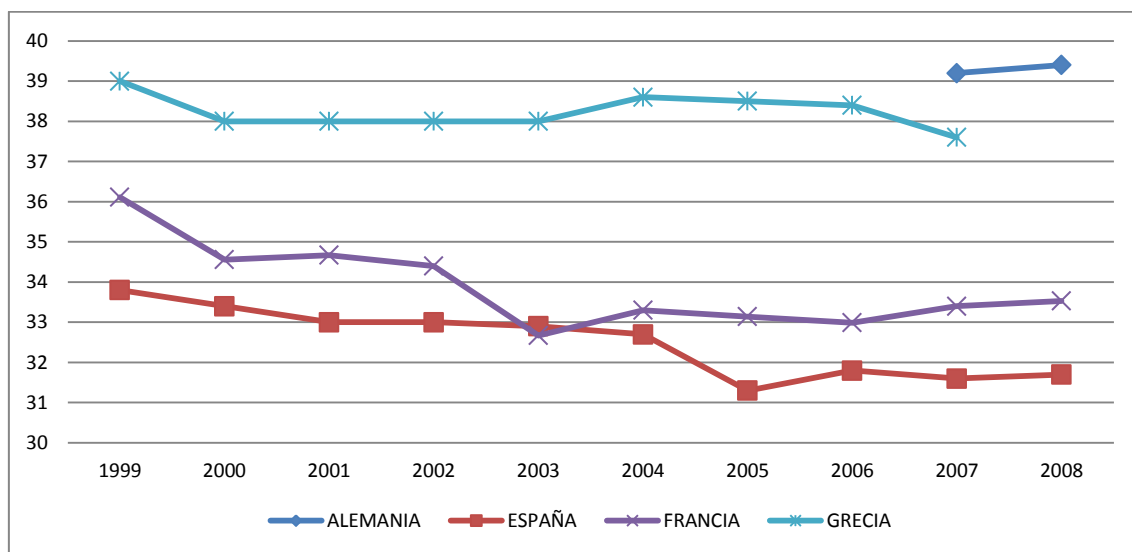


**Ilustración 81: Evolución de las horas trabajadas en Sanidad y Servicios Sociales. Fuente: Laborsta, OIT. Consultado en abril 2015**

La regulación de jornada actual en España parte del acuerdo que se alcanzó en el marco de la Mesa Sectorial de la Administración Sanitaria del Estado con fecha 22 de febrero de 1992, y que fue aprobado por el Consejo de Ministros el día 14 de mayo de 1992 y publicado mediante Resolución de 10 de junio de 1992 de la Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud, que fijó la jornada anual del personal de las Instituciones Sanitarias dependientes del INSALUD. Esta jornada se estableció, en cómputo anual, de la siguiente manera: 1.645 horas efectivas de trabajo para el turno fijo diurno, 1.470 horas para el turno fijo nocturno y 1.530 horas para el turno rotatorio, con una ponderación de la jornada del turno rotatorio dependiendo del número de noches trabajadas al año, teniendo en cuenta que 1.530 horas corresponden a 42 noches trabajadas. Asimismo, se estableció en lo relativo a retribuciones de los grupos B, C, D y E de asistencia especializada el derecho a percibir determinadas cantidades en función del régimen de prestación de servicios en el Complemento de Atención Continuada, y en el Complemento Específico por turnicidad.

Una vez producidas las transferencias, se promulga en Castilla-La Mancha el Decreto 88/2003, de 27 de mayo, (JCCM, 2003) que regula la Jornada del Personal al Servicio de las Instituciones Sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. La jornada laboral, en cómputo anual, queda fijada, con efectos desde el 1 de enero del 2003, de la siguiente forma:

- a) Turno en horario diurno: 1.519 horas, equivalentes a la prestación de 217 jornadas de 7 horas.
- b) Turno rotatorio tipo: 1.491 horas, prestadas en 42 jornadas de 10 horas en horario nocturno y 153 jornadas de 7 horas en horario diurno.
- c) Turno fijo en horario nocturno: 1.450 horas, equivalentes a 145 jornadas de 10 horas en horario nocturno.

Se produce claramente una reducción de la productividad con esta reducción de jornada. La comparativa sería la siguiente:

|                             | Insalud | Sescam 2003 | Incremento |
|-----------------------------|---------|-------------|------------|
| Turno en horario diurno     | 1645    | 1519        | -7,66%     |
| Turno fijo nocturno         | 1470    | 1450        | -1,36%     |
| Jornada del turno rotatorio | 1530    | 1491        | -2,55%     |

Los datos comparativos de jornada en turno diurno en comparación con otras comunidades autónomas a diciembre de 2011 nos daban igualmente una situación muy desfavorable para Castilla-La Mancha, con la tercera jornada efectiva más baja de las analizadas, sólo superada a la baja por Asturias y Canarias. La jornada más alta en ese momento estaba en Galicia, Cataluña y Murcia.

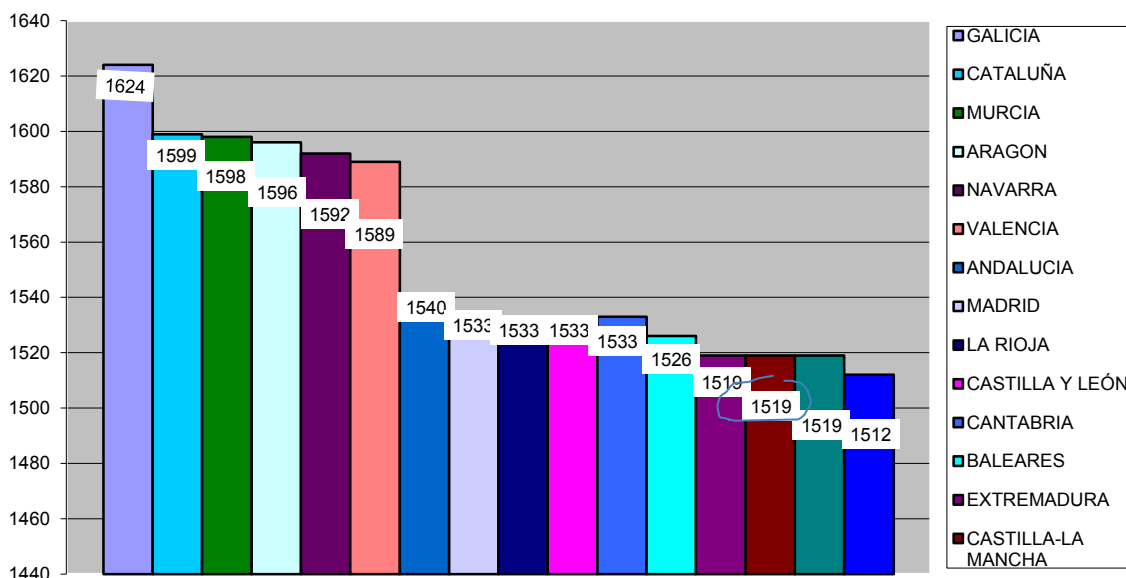


Ilustración 82: Jornada en turno diurno en 2011 en distintos servicios de salud. Fuente: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Servicio de Costes de Personal

### 3.4.2 Posicionamiento en 2012 de las retribuciones del SESCAM respecto a otras CCAA

El análisis de posicionamiento inicial de los salarios del SESCAM respecto a otros servicios regionales de salud daba una situación de costes salariales por encima de la media de servicios regionales de salud analizada. La Tabla 3 recoge un análisis interno realizado con datos facilitados en 2012 por 8 comunidades autónomas: Canarias, Cantabria, Castilla-León, Cataluña, Galicia, Extremadura, Murcia y Valencia. El estudio se hizo con las siguientes premisas:

- Facultativos: 3 guardias de presencia física laborales de 17 horas y 1 guardia sábados, domingos y festivos de 24 horas.
- Médicos y enfermería de primaria: 3 guardias de presencia física laborales de 17 horas más la modalidad A.
- Enfermería, técnico especialista, auxiliar de enfermería y celador de AE: 4 noches y 2 festivos más el complemento de turnicidad
- Carrera profesional: mayor grado retribuido por cada servicio de salud (grado IV en el Sescam)

**Tabla 3: Comparación de los salarios del SESCAM con la media de un conjunto de comunidades autónomas.**  
Fuente: Departamento de Costes de Personal. Sescam. Creado en septiembre 2012

|                                         | SESCAM    | MEDIA CCAA* | DIFERENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------------------|-----------|-------------|------------|------------|
| <b>FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA</b> | 74.787,20 | 71.878,73   | 2.908,47   | 4,05%      |
| <b>MEDICO DE EAP</b>                    | 67.625,96 | 65.117,59   | 2.508,37   | 3,85%      |
| <b>ENFERMERA AT.ESPECIALIZADA</b>       | 37.452,91 | 35.451,56   | 2.001,35   | 5,65%      |
| <b>ENFERMERA AT.PRIMARIA</b>            | 43.576,62 | 41.750,04   | 1.826,58   | 4,38%      |
| <b>TECNICO ESPECIALISTA</b>             | 26.877,15 | 25.211,89   | 1.665,26   | 6,61%      |
| <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>           | 23.447,52 | 22.275,86   | 1.171,66   | 5,26%      |
| <b>AUXILIAR ADMINISTRATIVO</b>          | 21.009,52 | 19.703,85   | 1.305,67   | 6,63%      |
| <b>CELADOR</b>                          | 22.292,95 | 20.804,86   | 1.488,09   | 7,15%      |

Podemos apreciar como Castilla-La Mancha es por una parte la comunidad autónoma más endeudada, y por otra la que más paga a sus profesionales en el momento álgido de la crisis, con un salario para el caso analizado de facultativo hospitalario de 74,787 euros frente a una retribución media en España de 71,878 euros anuales, esto es, un 4,05% más. Todos los diferenciales son positivos en las distintas categorías. La categoría más incentivada respecto al resto de España era la de celador, para la que no existía ningún problema de escasez.

La situación en 2014, para el salario anual de un facultativo especialista es la siguiente:

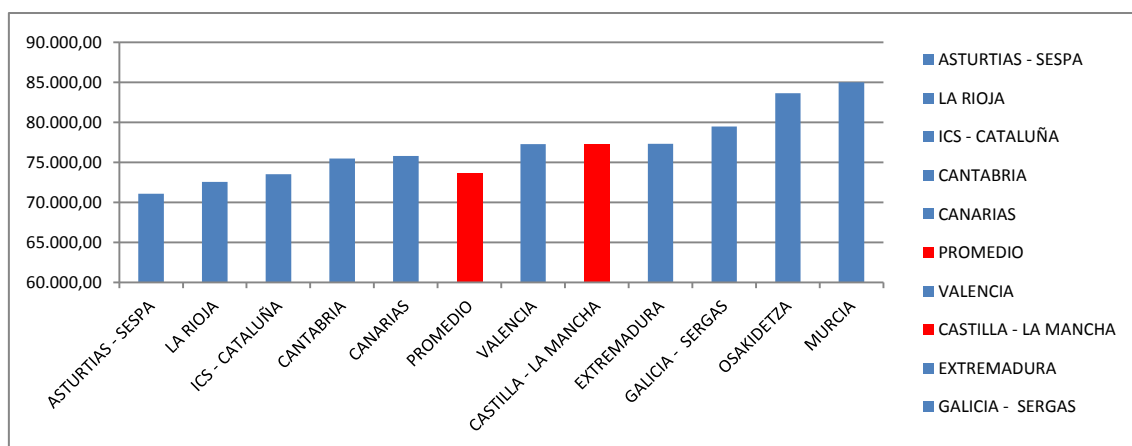


**Ilustración 83: Comparación de salarios para un facultativo especialista en distintos servicios regionales de salud en 2014. Fuente: Departamento de Costes de Personal. Dirección General de Recursos Humanos. SESCAM**

En 2014 el SESCAM seguía pagando por encima de la media, aunque en una posición muy cercana al promedio nacional.

### 3.4.3 Costes de las guardias del personal asistencial

El coste de las guardias es una magnitud muy relevante dentro de los gastos de personal de un servicio de salud. En 2014 supusieron un gasto de 101 millones de euros en guardias médicas y 50,5 millones en el resto del personal, esto es, representan juntas un 12% del gasto de personal del SESCAM. Además, se trata de un concepto variable y con un alto grado de discrecionalidad, que se paga por la presencia o localización de un profesional sin depender de ninguna manera del rendimiento de este ni de los resultados obtenidos de la asistencia prestada.

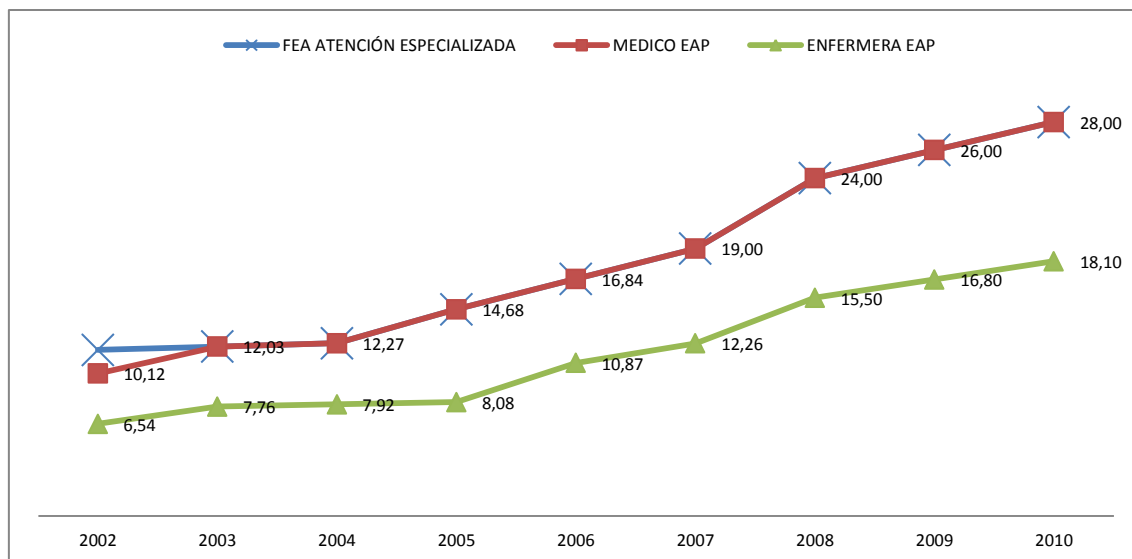


**Ilustración 84: Precio/hora guardia día laborable en Castilla-La Mancha para médicos y enfermeros. Fuente: Servicio de Costes de Personal del SESCAM**

El precio de la guardia se incrementó en Castilla-La Mancha de manera notable durante los años siguientes a las transferencias del INSALUD, con unos porcentajes de incremento altísimos:

**Tabla 4: Incrementos en el precio-hora de la guardia para distintas categorías desde las transferencias hasta 2010. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM.**

|                                      | Laborables | Festivos |
|--------------------------------------|------------|----------|
| <b>Médico Atención Especializada</b> | 137,49%    | 154,45%  |
| <b>Médico Atención Primaria</b>      | 137,49%    | 154,45%  |
| <b>Enfermera Atención primaria</b>   | 137,49%    | 154,45%  |

En 2010 se produjo una primera reducción del precio/hora de la guardia, y en 2011 la evaluación del Servicio de Costes de Personal del SESCAM respecto al posicionamiento del precio/hora de la guardia respecto a otros servicios de salud era el siguiente:



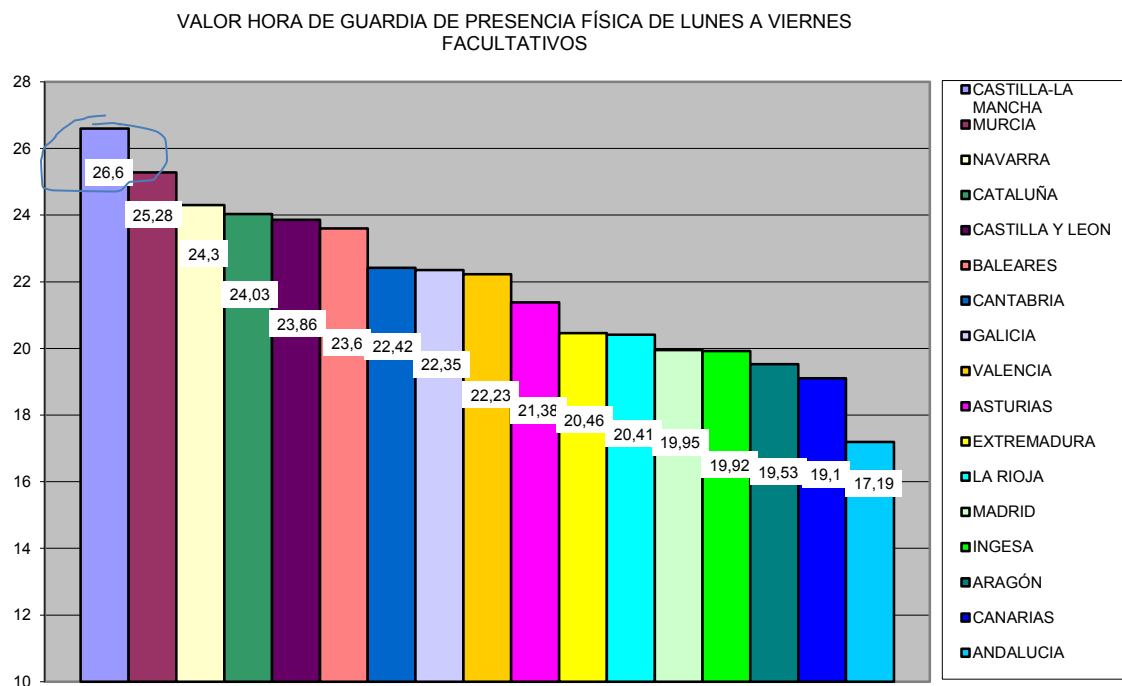


**Ilustración 85: Comparación del valor de la hora de guardia en 2011 entre diversos servicios de salud. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM**

Podemos ver cómo, en este momento y con los datos disponibles a diciembre de 2011 por el Servicio de Costes de Personal del Sescam, el precio/hora de guardia en jornada ordinaria en Castilla-La Mancha era el mayor de todo el Sistema Nacional de Salud, a pesar de la reducción realizada en 2010. Es difícil de explicar este sobreprecio más que por una obsesión en la captación a toda costa de médicos, que llevó a unos costes insostenibles al Servicio de Salud.

El gasto por atención continuada en el SESCAM creció entre 2002 y 2010 de forma muy importante, tal y como podemos ver en el gráfico siguiente. En médicos se pasó de 25,5 millones de euros de coste en 2001 a 125,8 en 2010, un 392,99%.

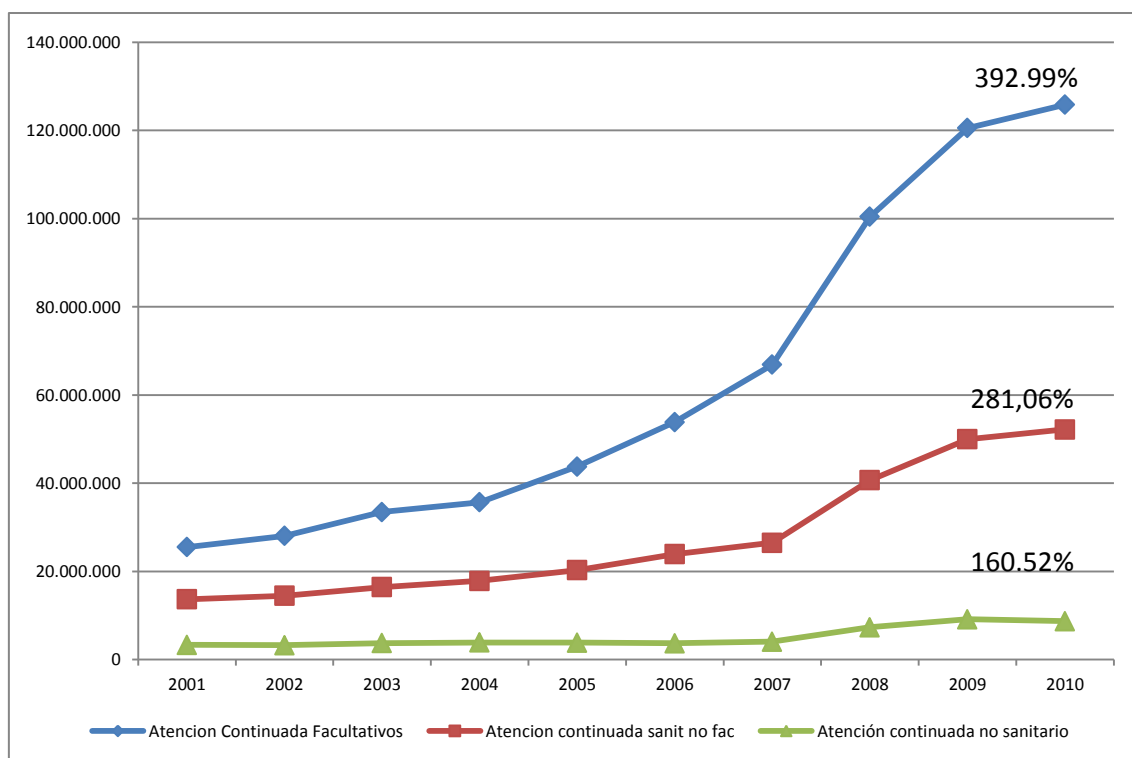


**Ilustración 86: Evolución del gasto en atención continuada del SESCAM entre 2001 y 2010, desglosado por categorías**

### 3.4.4 Productividad variable e incentivos

Si queremos comprender la naturaleza intrínseca de las organizaciones sanitarias y su diferencia con otras empresas, tenemos que remitirnos a la teoría de la agencia. Formulada inicialmente por Jensen y Meckling (Jensen & Meckling, 1976), tiene como objetivo describir las relaciones entre una parte, que llamaremos el principal, y otra a la que este delega trabajo y cierto grado de autoridad, a la que llamaremos el agente. Para regular esta relación se utiliza el término de contrato (Zapata Rotundo & Hernández Arias, 2010). En sanidad, existe una fuerte relación de agencia entre el médico y su paciente. El paciente delega en el médico la capacidad de decidir qué tratamiento debe recibir, qué pruebas se le deben hacer, si debe someterse o no a una intervención quirúrgica, y los días que deberá estar ingresado en un hospital. El médico decide no solo la oferta de servicios y diseña los procesos de producción, sino que genera su propia demanda. Eisenhardt (Eisenhardt, 1989) alerta sobre el peligro de que en una situación de relación de agencia, principal y agente tengan intereses contrapuestos. El enfoque positivista en la relación de agencia se centra, a la hora de gestionar esta situación, en demostrar que los sistemas de información sobre resultados y los sistemas de incentivos pueden solventar este problema. El enfoque del agente-principal se centra en el diseño de contratos para resolver esta situación. Las situaciones de divergencia de objetivos entre principal y agente son situaciones donde existe incertidumbre y control imperfecto. Esta relación de agencia imperfecta, con objetivos divergentes entre médico y paciente se puede dar en multitud de situaciones. Por ejemplo, cuando por miedo a una posible responsabilidad jurídica en caso de que no salga bien, el médico decide no realizar un procedimiento complejo

y necesario en un paciente. O cuando por interés de formación o por una incentivación económica inadecuada, el médico decide indicar más de lo necesario un determinado procedimiento quirúrgico.

Esta relación de agencia la encontramos también entre el político sanitario y el ciudadano. Este último deposita sus impuestos para recibir unos servicios de calidad con el máximo rendimiento para el dinero aportado. El político puede, además de este interés coincidente, moverse por intereses divergentes con el ciudadano, como el interés de perpetuarse en el poder, de obtener notoriedad pública o de evitar conflictos con determinados grupos de interés. En estos casos, se produce igualmente una relación de agencia imperfecta.

Los problemas de agencia surgen cuando, por una parte, los objetivos de principal y agente son divergentes, como hemos visto anteriormente. Por otra, cuando existen asimetrías de información entre principal y agente, lo que hace difícil al principal supervisar al agente (Boland, Golden, & Tsoodle, 2008). El médico sabe mucho más que el paciente sobre su enfermedad, su pronóstico y sus alternativas de tratamiento. El político conoce mucho mejor que el ciudadano de a pie las alternativas de política sanitaria, y los rendimientos en términos de salud de las distintas alternativas. También los costes en términos de resistencias y conflictos asociados a las distintas políticas.

Kulik (Kuliks, 2005) también establece como un caso especial de relación de agencia las situaciones en las que la dirección superior de una empresa no responde a los intereses de sus accionistas, como pasó en Enron y que le llevó a una situación de quiebra.

La existencia de relaciones de agencia imperfectas pone de manifiesto la necesidad de implantar un sistema de incentivos que permita establecer recompensas y sanciones correctas, y por tanto que aporte una herramienta eficaz para alinear el comportamiento del agente y del principal. Alchian y Demsetz (Alchian & Demsetz, 1972), resaltan que la organización será más eficiente en la medida en que faciliten el pago de remuneraciones en relación con la productividad de sus empleados. Afirman que ‘Si las remuneraciones fueran aleatorias, sin tener en cuenta el esfuerzo productivo, la organización no estaría incentivando el esfuerzo productivo; y si las remuneraciones estuvieran negativamente correlacionadas con la productividad, la organización estaría sometida al sabotaje (el oportunismo y remoloneo)’.

Kreps (Kreps, 1997) plantea la importancia de los incentivos extrínsecos asociados a las condiciones de trabajo en el ámbito de la motivación. Palma (Palma, Lázaro, Azcona, Cardona, & Chinchilla, 1999) hace un excelente recorrido por las teorías de la motivación hasta llegar al modelo que distingue motivación intrínseca, extrínseca y trascendente en la estructura de motivación de los trabajadores.

Los incentivos y su capacidad para influir de forma positiva o negativa en la conducta de los médicos es un tema recurrente en la literatura de gestión sanitaria. Uno de los puntos principales es la capacidad de influencia que tienen los incentivos financieros. Flodgren (Flodgren et al., 2011) en una revisión Cochrane, concluye que los incentivos profesionales pueden ser eficaces en cambiar la práctica profesional. No obstante, advierte que la evidencia disponible es muy limitada tanto por incompleta como por tener en algunos casos serios problemas metodológicos. Campbell (Campbell et al., 2007), explica cómo la introducción de

un sistema de incentivos asociados a resultados trajo consigo una reducción importante de la mortalidad en un conjunto de hospitales de una región de Inglaterra. Sutton (Sutton et al., 2012), después de analizar una muestra de 135.000 pacientes en 24 hospitales en la región noroeste de Inglaterra, concluye que la introducción de incentivos asociados al resultado (pay for performance) trajo consigo una reducción clínicamente significativa en la mortalidad.

Chaix-Couturier (Chaix-Couturier, Durand-Zaleski, Jolly, & Durieux, 2000), realiza una revisión sistemática de la literatura sobre efectos de los incentivos en la práctica médica. Parte de una visión de la capacidad de los incentivos para reducir la actividad innecesaria, cambiar la práctica médica o mejorar la calidad asistencial, y es consciente de las limitaciones que el entorno del sistema sanitario impone y que hacen que experiencias que pueden tener éxito en un lugar concreto no tengan que tenerlo en otro. Introduce algunas reflexiones, relativas a la a veces no voluntariedad de los incentivos para los médicos, que los pueden ver como algo ajeno o impuesto. También la conveniencia de ajustar los incentivos por calidad, severidad y productividad. Aconsejan dar transparencia a la población sobre los incentivos aplicados, para mantener la confianza de los pacientes sobre médicos y sistema sanitario.

Li (Li, 2005), analiza el impacto sobre los médicos de cambios en los sistemas de pago, de pago por salario fijo a pago en un 50% en variable, incrementa la productividad un 28%, sin que haya cambios en el comportamiento por el hecho de que los médicos trabajen en pequeños o en grandes grupos. El autor concluye que los incentivos son relevantes a la hora de modificar el comportamiento de los médicos.

Melichar (Melichar, 2009) analiza, a partir de los registros de visitas de un conjunto de médicos en Estados Unidos, si los tiempos de atención son equivalentes en sistemas de pago por acto respecto a sistemas de pago caputivo. Mide los minutos empleados en la consulta de media por paciente y realiza una regresión incluyendo diversas variables dummy para ver si aportan efectos significativos al comportamiento global de los médicos. Concluye que existe evidencia de que los médicos responden marginalmente a los incentivos financieros, y que los médicos con sistema de pago caputivo emplean menos minutos por consulta que los que cobran por acto, sin entrar a juzgar si esto afecta o no a la calidad de la asistencia.

El Colegio Americano de Cardiólogos ha establecido 12 recomendaciones para los sistemas de incentivos asociados a resultados (Diamond & Kaul, 2009):

- Usar indicadores de resultados basados en la evidencia
- Diseñar un marco de negocio sostenible sobre el que plantear objetivos de mejora de la calidad
- Recompensar proceso, mejora, resultados, y también el mantener en el tiempo buenos resultados
- Fijar objetivos creíbles y fomentar la cooperación
- Priorizar los datos clínicos sobre los administrativos
- Utilizar estándares de objetivos nacionales
- Usar criterios basados en la evidencia y donde hay una opinión consensuada
- Recompensar trayectorias asistenciales de éxito, no comportamientos individuales caso a caso

- Permitir auditar los resultados por terceros
- Introducir transparencia en las valoraciones de los proveedores
- Evitar los incentivos que fomentan comportamientos perversos
- Fomentar la investigación sobre resultados

En el ámbito de la gestión, es muy importante la corriente existente en la implantación de incentivos asociados a la calidad en la asistencia, o Pay for Performance (p4p). Lester et al (Lester et al., 2010) analizan en Kaiser Permanente los efectos de la introducción o la eliminación de los sistemas de incentivos de cuatro indicadores relacionados con la calidad de la asistencia. La introducción de los indicadores en incentivos lleva consigo la mejora en los valores de estos, o la continuación y fortalecimiento de una tendencia de mejora. Esto ocurrió con el control de la hipertensión o de la glucemia. En indicadores que se quitaron del sistema de incentivos, como el cribaje por retinopatía diabética o el cribaje por cáncer cervical, una vez los incentivos fueron retirados, el valor de los indicadores empeoró. En el caso de la cribaje por cáncer cervical, además del ascenso con la introducción de incentivos y el posterior descenso cuando estos fueron retirados, se dio el caso de que el indicador fue otra vez incorporado al sistema de incentivos, y los valores volvieron a mejorar. Es un buen ejemplo de la capacidad de los incentivos para modificar comportamientos y promover acciones que mejoren la calidad, pero también de la necesidad de diseñar adecuadamente los sistemas de incentivos para evitar que sólo centren la atención de los profesionales en aquellos procesos o acciones sobre las que se aplica una incentivación económica. McElduff, (McElduff, 2004) analiza para el caso de la atención primaria en el Reino Unido los efectos en términos de mejora de la salud que tiene la inclusión de indicadores de calidad en la política de incentivos. Concluye que es posible estimar ganancias de salud a partir de los resultados de los indicadores. Destaca el impacto positivo que los objetivos de calidad han tenido sobre el manejo de las enfermedades cardiovasculares, especialmente en población de 45-68 años, que ha mejorado la consecución de sus objetivos de reducción del colesterol, con el consiguiente impacto en la reducción del riesgo cardiovascular para estas personas.

Peiró (Salvador Peiró & García-Altés, 2008), analiza la expansión en los últimos años de las experiencias de pago por calidad o 'pay for performance' (p4p). Revisa las evaluaciones realizadas de las mismas, viendo que todavía no existen evidencias sólidas de su impacto. La experiencia del New Contract del NHS británico, ya comentada anteriormente en otros artículos, parece muy prometedora por los excelentes resultados alcanzados, aunque advierte que podría tratarse de la consolidación de tendencias ya en marcha antes del proyecto. Establece algunas recomendaciones para el diseño de sistemas de incentivos asociados a la calidad, y alerta de algunos riesgos del sistema, como el que se podrían centrar todos los incentivos en la infrautilización de los servicios y esto podría afectar a la calidad, el que una mala formulación de los objetivos pueda afectar a la equidad, el evitar que los médicos se centren sólo en los objetivos que se evaluarán y olviden otros aspectos muy importantes de su profesión, la necesidad de utilizar indicadores adecuados y fiables y los riesgos que todo sistema de incentivos tiene de picaresca y marrullería en los datos. La consultora Price Waterhouse Coopers (Pwc, 2007) entrevista Estados Unidos a los 10 principales aseguradores y les pregunta sobre su política de incentivos en pago por resultados de calidad (pay for performance). Las conclusiones que obtiene son:

- Son un buen programa para la mejora de la calidad, pero no el definitivo
- Los planes de incentivos de cada compañía son muy personalizados y diferentes de las demás
- Los incentivos se centran más en los médicos que en los hospitales
- Hay poca transparencia respecto a los resultados de los médicos
- Los incentivos, entre un 1 y un 8% del salario, son demasiado bajos para cambiar comportamientos
- La metodología de análisis y evaluación de resultados era muy mejorable

Ortún (Ortún Rubio, 2007), defiende como líneas de desarrollo de la política de incentivos la orientación de los mismos hacia indicadores de resultado, una vez que los sistemas de información sanitaria nos van permitiendo medir estos. No obstante, advierte que sería negativo abandonar los indicadores de producto intermedio, dado que son útiles para mantener la eficiencia de producción en los hospitales.

Hablando de los incentivos en nuestro país, Eirea y Ortún (Eirea Eiras & Ortún Rubio, 2012), dan en el clavo al afirmar que nuestro Sistema Nacional de Salud destina la mayor parte de las retribuciones a médicos al ser, se cobra por el puesto que se ocupa. En mucha menor medida se retribuye el hacer, el volumen de actividad realizada o el número de pacientes asignados. Resaltan que el pago por calidad o por resultados ha perdido una gran oportunidad con el desarrollo hace unos años de las carreras profesionales, que en el transcurso de la negociación sindical pasaron a ser pluses por antigüedad al más rancio estilo. Peiró (Salvador Peiró & García-Altés, 2008), en referencia a los sistemas de incentivos en nuestro país, resume perfectamente algunos de los grandes problemas que han sufrido en estos años los intentos de implantar sistemas de incentivos para los profesionales sanitarios. La colectivización de las negociaciones sindicales ha provocado la proliferación de acuerdos a nivel regional que limitaban o prácticamente impedían la variabilidad en el pago de los incentivos. Bernal (Bernal-Delgado & Ortún-Rubio, 2010), a la hora de proponer el enfoque que deberían tener las políticas de incentivos en el SNS, resalta la importancia de evitar los incentivos que crean una oferta desmesurada en el sistema, como las peonadas. Anima a evitar cosas tan habituales en años pasados como la carrera profesional a cambio de nada, a desincentivar la sobreactividad hospitalaria vía precio, o a introducir mecanismos de financiación de hospitales asociados a la calidad. También a corregir los efectos de la fascinación tecnológica, que multiplica el uso de tecnologías de eficacia o coste-efectividad no probados.

¿Qué ocurrió en Castilla-La Mancha antes de la crisis con el sistema de incentivos? En este apartado, muy importante para la mejora del funcionamiento de los centros, se produjo un doble fenómeno:

- Vía acuerdos sindicales, se redujo sustancialmente la variabilidad de las partidas dedicadas a incentivos. Unos incentivos que se hacen fijos pierden su capacidad de motivación al personal.
- Las cantidades dedicadas a productividad crecieron moderadamente. Mientras que, como ya hemos visto, el precio de la hora de guardia subió entre un 137 y un 196% entre 2002 y 2010, en el mismo periodo la percepción media por incentivos subió un

30,41%. Eso quiere decir que el peso relativo de la retribución variable fue descendiendo, a la vez que esta era cada vez menos variable.

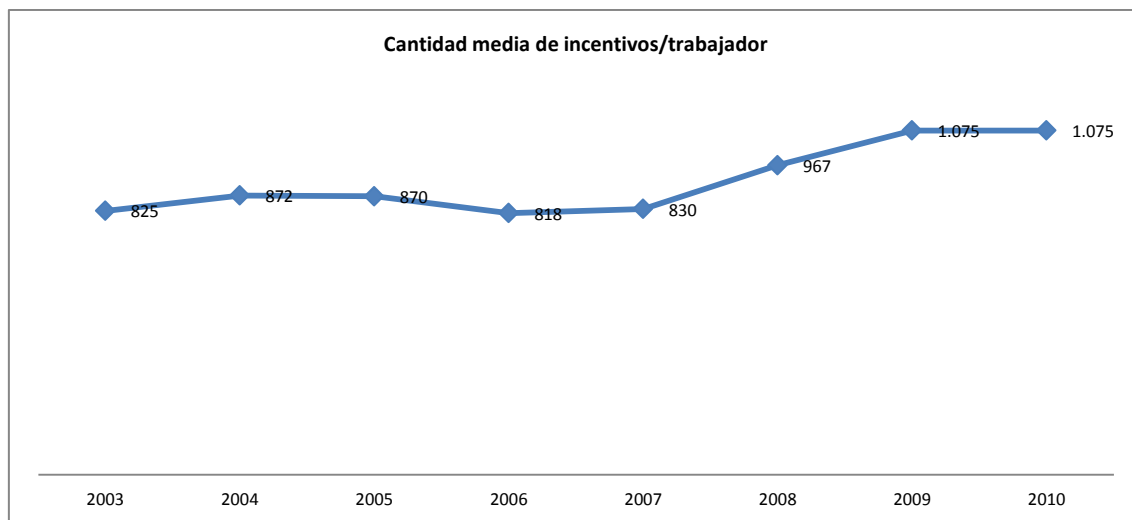


**Ilustración 87: Evolución del montante medio de incentivos por productividad variable por trabajador en el SESCOAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCOAM. Extraído en enero 2014**

### 3.4.5 Retribuciones por autoconcierto (peonadas)

Las retribuciones por autoconcierto, conocidas popularmente como peonadas, son un sistema de pago por acto para retribuir la actividad extraordinaria que realizan los médicos en jornada adicional, normalmente de tarde. Se paga para reducir listas de espera, lo que en la práctica significa que los equipos que por su buena gestión no tienen lista de espera, son castigados sin el acceso a esta retribución. Nos encontramos en la referida situación por Alchian y Demsetz (Alchian & Demsetz, 1972), en la que una organización retribuye a sus trabajadores de forma opuesta a incentivar la productividad, lo que da lugar a lo que los autores llaman el sabotaje. Ese ‘sabotaje’ se produjo igualmente en el SESCOAM, con profesionales que recibían retribuciones muy por encima de sus compañeros sin que existiera un compromiso o una aportación diferencial entre unos y otros que lo justificara. Una vez que se producen estas retribuciones, se genera un doble fenómeno: desincentivación para quien lo ha hecho bien y no cobra este incentivo, e incentivación en algunos de los que lo cobran para mantenerlo a toda costa, aunque eso pueda suponer sobreindicación, o bajos rendimientos en jornada ordinaria.

Yip (Yip, Hsiao, Meng, Chen, & Sun, 2010), analiza cómo un sistema de pago por acto en China había causado un rápido incremento de costes, ineficiencias, pérdidas de calidad, un sistema sanitario insostenible e incluso problemas éticos en la asistencia. Muestra como estos problemas se corrigieron realineando el sistema de incentivos.

La aparición de este concepto se asocia, como veremos más adelante, a la existencia de una fuerte presión política para utilizar la garantía de tiempos de espera como arma electoral, a la

necesidad angustiosa de atraer a toda costa médicos para dotar a los centros abiertos y a los que se ponían en marcha en una frenética política de infraestructuras, y a un profundo desconocimiento de los políticos de turno de los fundamentos de la gestión sanitaria.

El gasto por autoconcierto en los años iniciales de la crisis en el SESCAM era de 45 millones en 2009, con una evolución decreciente hasta 2011, con 31,9 millones de euros de gasto en 2011. Además, algunas jornadas de autoconcierto se han pagado tradicionalmente mediante guardias de presencia física o localizada, con lo que las cantidades empleadas podrían haber sido mucho mayores, y parte de la reducción en 2012 y 2013 del importe de pagos por guardias médicas se debe sin duda a la supresión de la actividad por autoconcierto.

### 3.4.6 Absentismo

El absentismo es un gran problema para todas las empresas. Las bajas laborales injustificadas generan altos costes salariales y de seguridad social. Durante el periodo de baja sustituida, para un puesto de trabajo la sociedad paga casi dos. Tanto las retribuciones que cobra la persona de baja, como la cotización social que sigue satisfaciendo el empleador, más la pérdida de actividad y la consiguiente sobrecarga de trabajo y desmotivación para los compañeros del absentista, constituyen un grave problema para cualquier empresa. Según Ibars (Ibars Alvaro, 2009), el coste directo del absentismo en España ascendió en 2008 a 3240 millones de euros. El gasto global se había conseguido estabilizar gracias a una política de seguimiento, con cambios normativos que permiten al INSS calificar y revisar la situación del trabajador pasados 12 meses de baja. Según Ibars, en 2008 un 60% de los trabajadores que llegaban al duodécimo mes de baja no deberían estar en esta situación, o bien porque no la necesitaban (35,52%) o bien porque su problema de salud tenía carácter definitivo (24,27%).

El Programa Nacional de Reformas de 2015 (Reino de España, 2015) destaca los avances que se han producido en los últimos años para el control del absentismo injustificado, tanto por su coste como por su impacto en la productividad empresarial.

El informe Amphos sobre recomendaciones de mejora en la gestión de los hospitales públicos en España (Abbot, 2013), realizado por un grupo amplio de gestores sanitarios, prioriza en el ámbito de los recursos humanos, el desarrollar medidas que permitan controlar el absentismo en los hospitales.

En una organización sanitaria el problema se complica, dado que hay puestos que deben sustituirse siempre, por la necesidad de su presencia de cara al paciente. Los costes del absentismo, sobre todo en los puestos con necesidad absoluta de presencia, se hacen más patentes en los hospitales públicos. Por el contrario, en los años previos a la crisis se consolidaron incentivos perversos que favorecían el absentismo. La existencia de complementos al 100% del sueldo para las personas de baja, así como la proximidad en el puesto de trabajo del facultativo que puede dar una baja laboral, y el absoluto blindaje del puesto de trabajo del que goza el personal 'propietario', llevaron a que se aceptara como



normal la existencia de tasas de absentismo en el personal sanitario muy por encima de las del resto de la población.

El SESCAM, de manera similar al resto de servicios regionales de salud en España, tenía un serio problema de absentismo laboral. En el gráfico siguiente podemos ver la evolución del absentismo del SESCAM en 2011 respecto al de la población general de Castilla-La Mancha

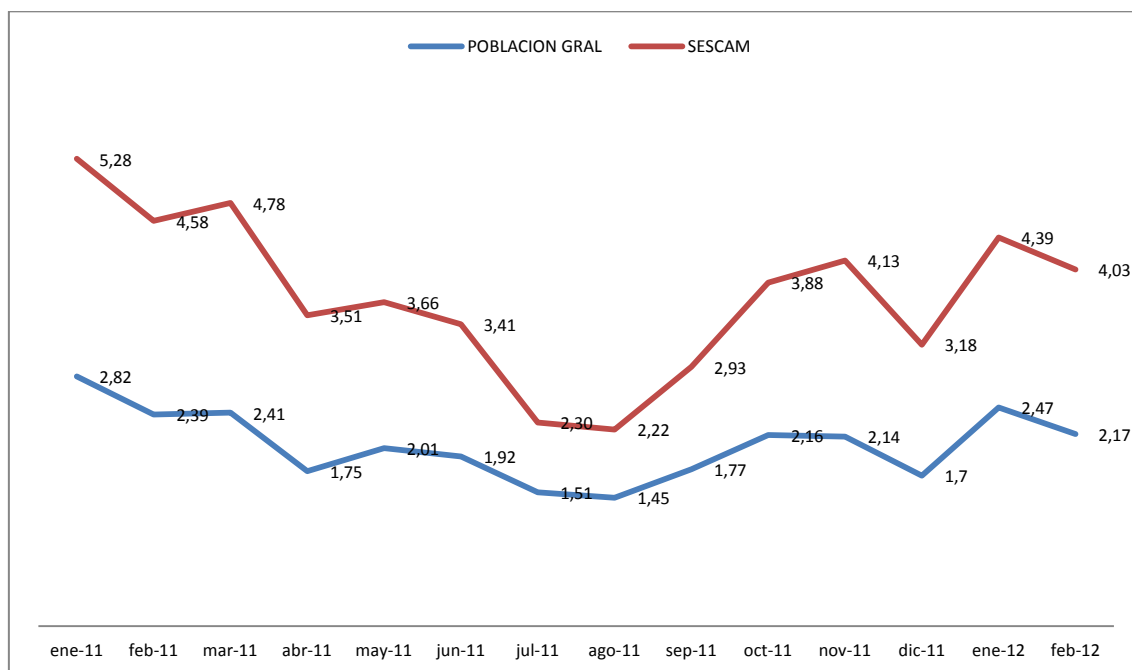


**Ilustración 88: Absentismo del SESCAM y de la población general. Fuente: Gerencia de Inspección del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha**

Sin existir ninguna causa objetiva identificable, el nivel de absentismo del SESCAM se comportaba en torno al doble del resto de la población, curiosamente salvo en los meses de vacaciones de verano, momento en el que esta diferencia se reducía.

El coste económico del absentismo es muy alto. En un hospital de 800 camas hay normalmente una plantilla de 4000 personas. Un absentismo del 10% supone que 400 personas cada día están de baja. La mayoría de las bajas laborales en sanidad generan o una pérdida de actividad o la necesidad de ser sustituidas por otra persona, con los consiguientes costes asociados. Una sociedad como la nuestra no puede permitirse ninguna laxitud con las picarescas asociadas a la baja laboral, cuyo primer perjudicado es el trabajador que realmente está enfermo.

### 3.4.7 Días de libre disposición

Los días de libre disposición suponen un coste enorme para los servicios de salud. En una oficina funcional, la ausencia puntual de un empleado puede tener un efecto económico limitado. En una organización que trabaja a turnos 24 horas al día y 7 días a la semana, cada día de libre disposición supone un incremento casi equivalente en sustituciones.

La regulación de los días de libre disposición venía en el momento de las transferencias marcada por el Pacto de 1 de junio de 1993 entre la Administración Sanitaria del Estado y Organizaciones Sindicales más representativas del sector, de 1 de junio de 1993, suscrito en el Ámbito de la Mesa Sectorial de la Administración Sanitaria del Estado en materia de vacaciones, permisos y licencias: Se reconocían 6 días de libre disposición, los famosos ‘Moscosos’.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco en su disposición derogatoria única, apartado segundo, mantiene la vigencia de los pactos o acuerdos que no se contradigan con esta Ley, por lo que se mantiene la regulación de días de libre disposición

El Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) en su redacción inicial, al amparo del artículo 48 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, aumenta los días de libre disposición de forma muy significativa en función de la antigüedad, de manera que a partir del sexto trienio, se iban sumando días adicionales de libre disposición a los seis ya vigentes con anterioridad. Esto supuso unos costes muy importantes para todo el Sistema Nacional de Salud, seguramente sin que los que alegremente hacían leyes para los funcionarios advirtieran los efectos de esas normativas en el sistema sanitario.

#### **4.- Gasto en bienes y servicios**

El gasto en bienes y servicios también aumentó de forma considerable en el periodo 2001-2010. El gasto por este concepto en el SESCAM pasa de 265 a 775 millones de euros, esto es, un 192,59%.

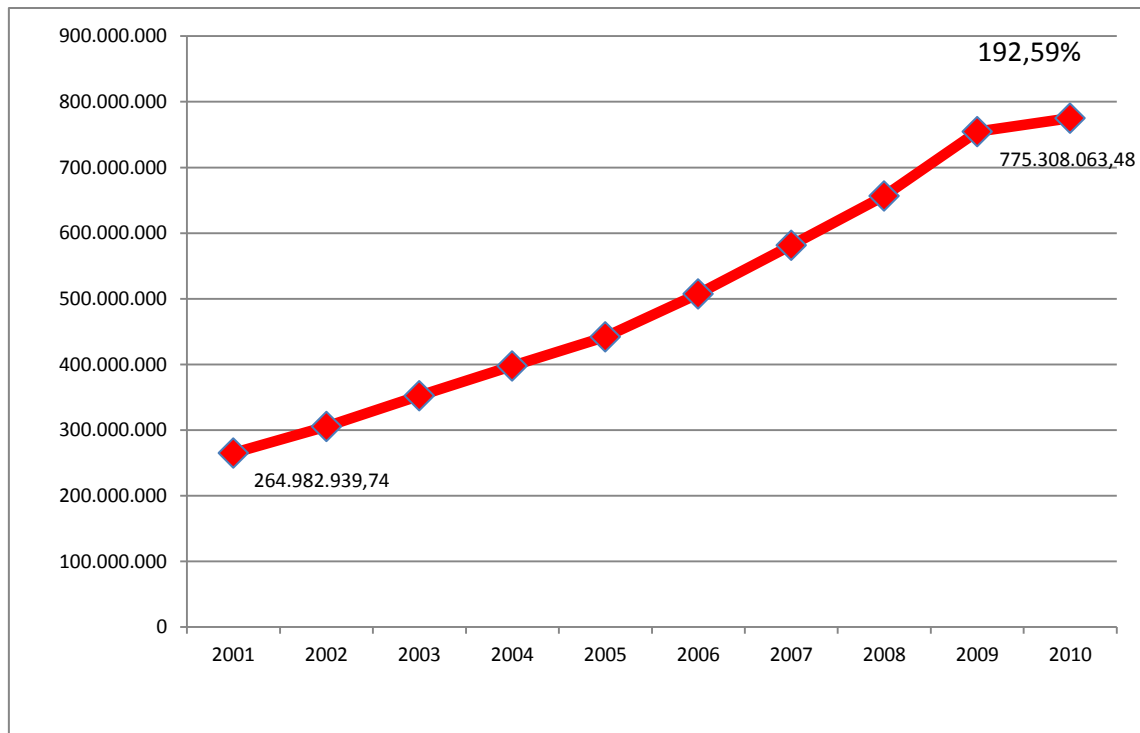


**Ilustración 89: Gasto en bienes y servicios en el Sescam de 2001 a 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam**

Si desglosamos los conceptos de gasto, la tendencia de crecimiento es parecida, con altos porcentajes de crecimiento. Por ejemplo, el gasto en implantes pasa de 15,1 millones de euros en 2001 a 50,7 millones en 2010.

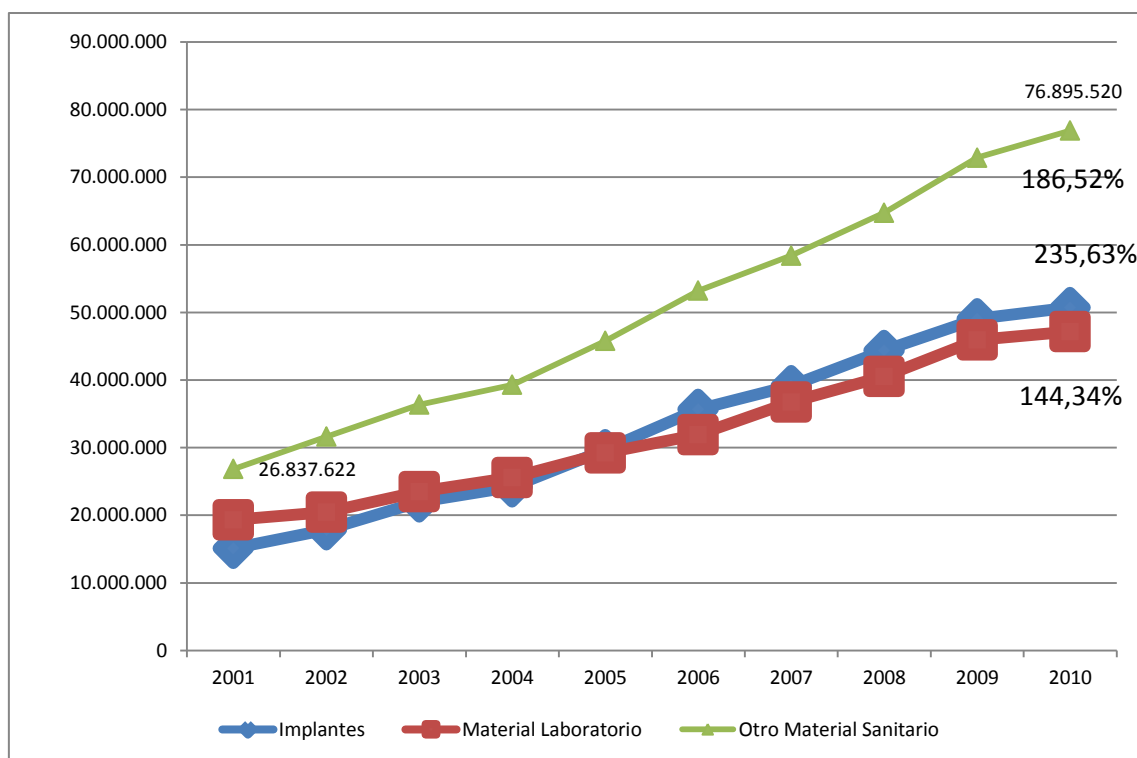


**Ilustración 90: Gasto en Material Sanitario, Implantes y Material de Laboratorio. Evolución 2001-2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica Infraestructuras del Sescam.**

El gasto en farmacia hospitalaria y hemoderivados evoluciona de la manera siguiente:

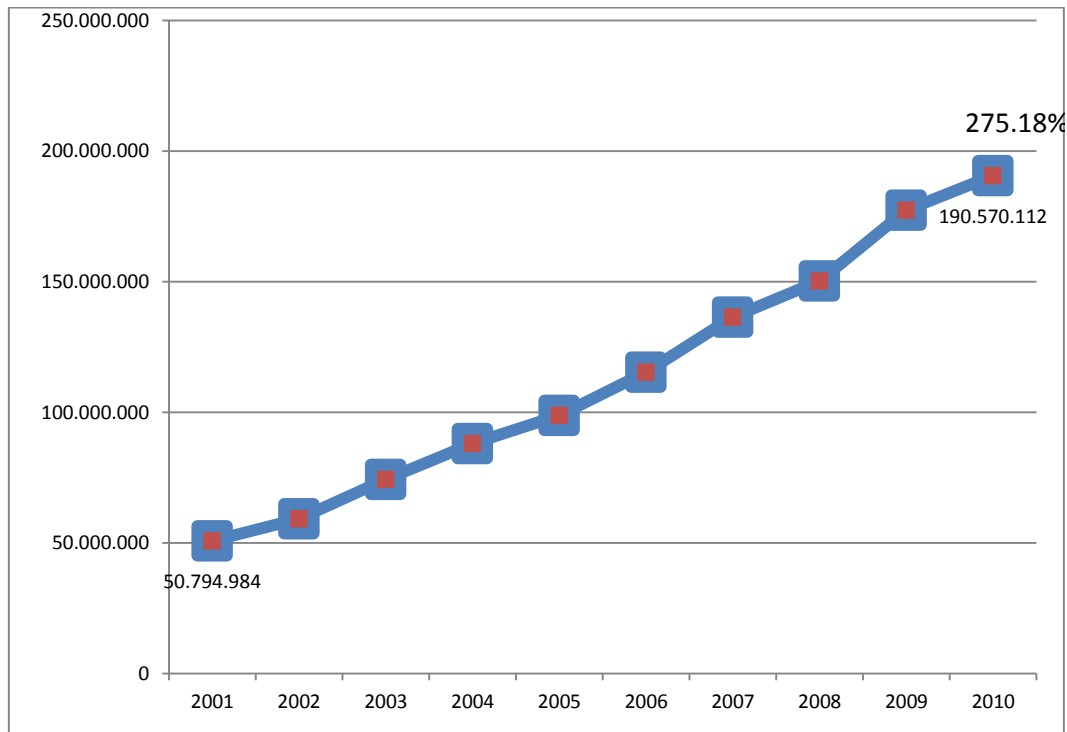


**Ilustración 91: Evolución del gasto en farmacia hospitalaria y hemoderivados entre 2001 y 2010 en el Sescam. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam**

El crecimiento de esta partida es vertiginoso, pasando de 50,7 millones de euros a 190,6 en este periodo. Un incremento del 275,18%. La ausencia de una gestión rigurosa de la sanidad después de las transferencias dio consigo, no solo a excesos en la política de personal, sino a una cierta laxitud en las compras y en la gestión de la innovación farmacéutica, que favoreció este incremento del gasto.

Probablemente el incremento más llamativo en esta época fue el de los conciertos del SESCAM con empresas sanitarias, más que nada por la contradicción con las posiciones ideológicas que dicen mantener los protagonistas de estos incrementos.

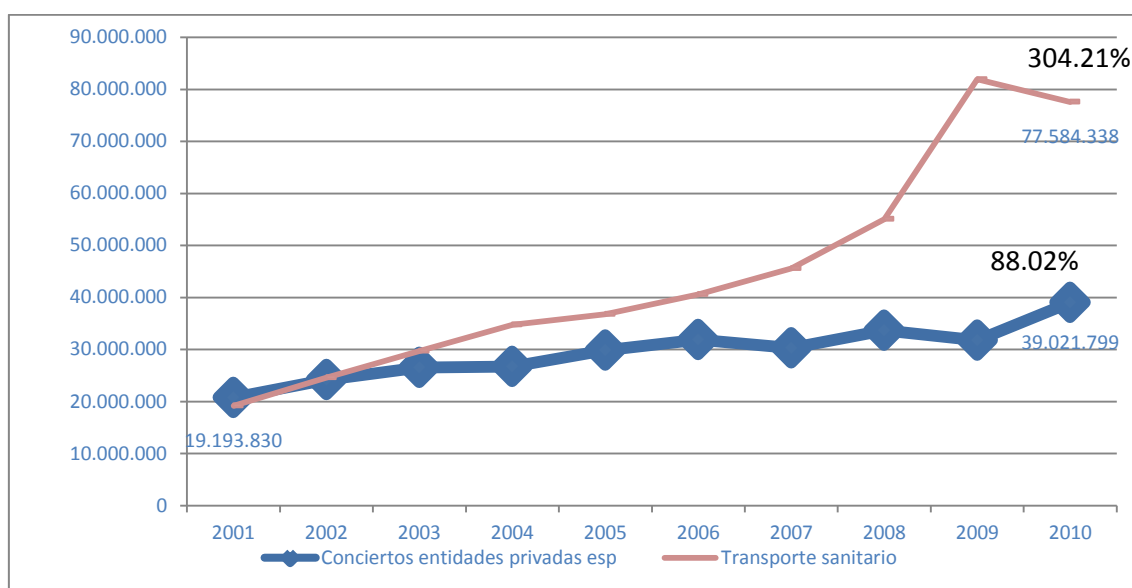


**Ilustración 92: Gastos en conciertos con hospitales privados y en concertación del transporte sanitario entre 2001 y 2010 en el Sescam.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam

Como podemos ver en la Ilustración 92 y en la Ilustración 93, el gasto en conciertos con entidades sanitarias privadas se dispara en este periodo. Como ejemplo, el concierto de transporte sanitario pasa de 19,2 millones de euros en 2001 a 77,6 en 2010, esto es, un 304,21% de incremento. No sólo se concertaron más servicios, sino que se obligó a las empresas de transporte a organizar sus recursos humanos de manera que el coste para el contribuyente de los servicios se disparaba. Todo valía antes de soportar cualquier conflicto laboral. La concertación con hospitales privados sube un 88,02%, la de terapias respiratorias un 94,94%, y la de la partida de otros conciertos, un 380,26%.

Quizá el aumento del gasto se hubiera podido aquilatar muchísimo si se hubiera pedido mayor competitividad a las empresas y no se les hubiera coartado su organización interna para generar eficiencia. Sorprende de todas formas que coincidan estos aumentos de actividad concertada en el ámbito asistencial y los que veremos a continuación de servicios concertados, con el crecimiento desproporcionado que se generó en los gastos de personal, como vimos en los apartados anteriores.

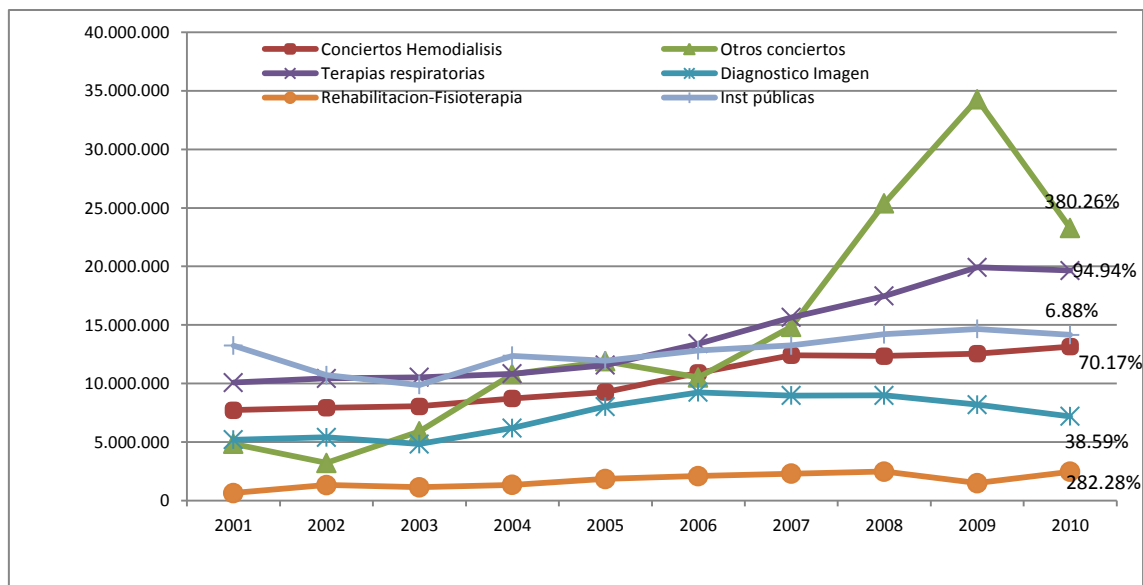


**Ilustración 93: Gastos en diversas partidas de concertación externa de servicios sanitarios entre 2001 y 2010 en el Sescam. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam**

En la contratación externa de servicios no asistenciales, el gasto también se dispara. Como vemos en la Ilustración 94 y en la Ilustración 95, el gasto en contrata de limpieza pasa en el periodo de 16,6 millones de euros a 47,08, esto es, un incremento del 183,99%.

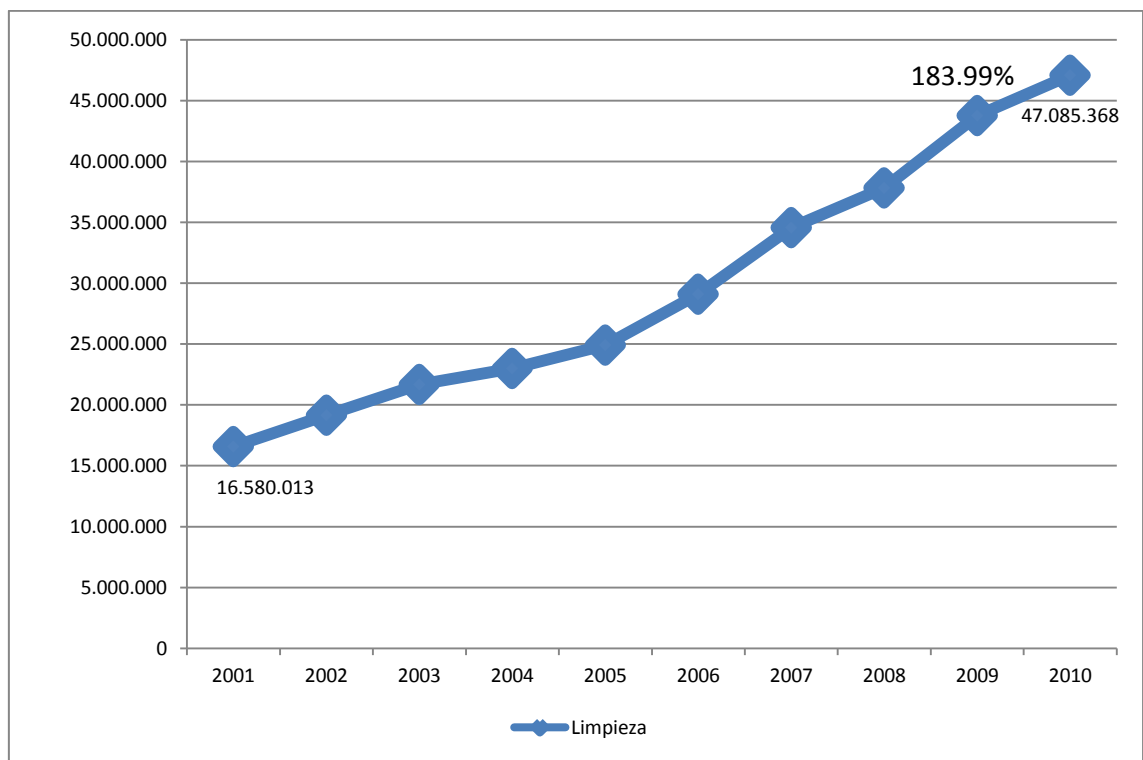


**Ilustración 94: Evolución del gasto en contrata externas de limpieza, entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam**

Igual pasó con el gasto en empresas externas de seguridad, que aumentó un 541,43%, o el de servicios externos de alimentación, un 260,77%.

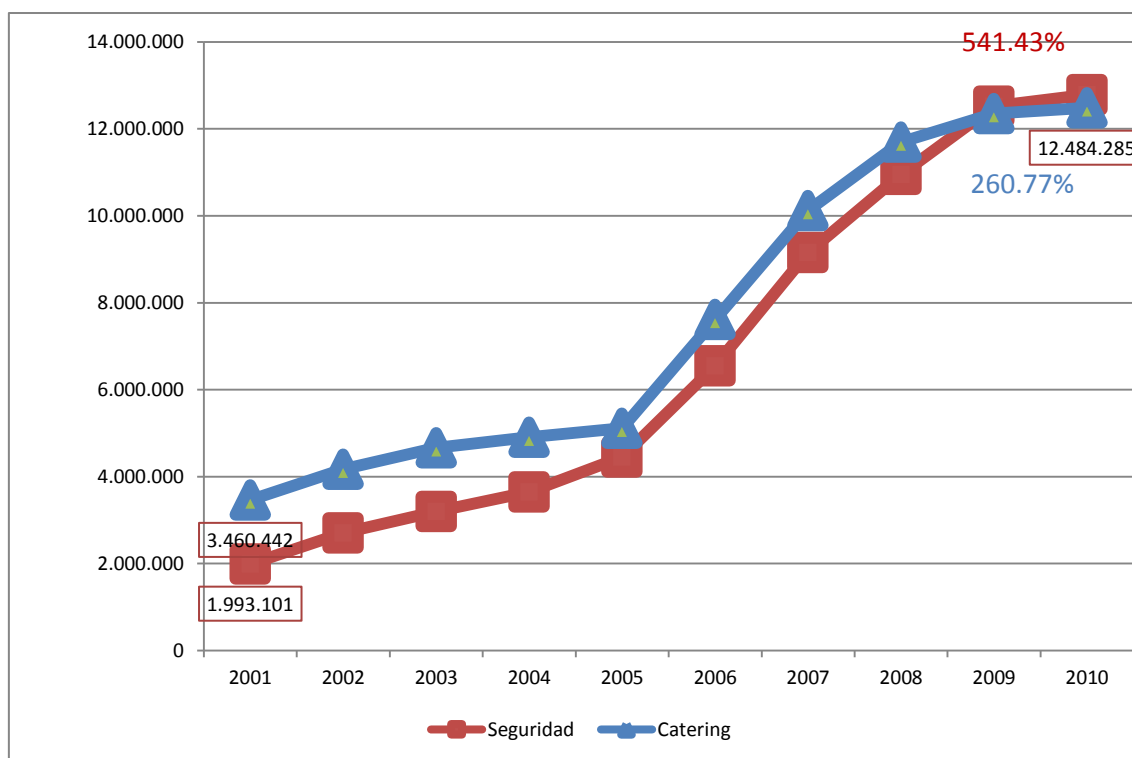


Ilustración 95: Evolución del gasto en contrataciones externas de seguridad y catering, entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam

## 5.- Gasto en receta farmacéutica

En el año 2010, el gasto en prescripción farmacéutica en España había pasado a situarse por encima de la media del gasto de los países europeos de nuestro entorno, no ya en esfuerzo respecto al PIB, sino en euros per cápita. En este año, nuestro gasto en fármacos per cápita estaba en 399 euros, mientras que la media de la Unión Europea estaba en 349. Por debajo quedaban países como Suecia, con 343 euros, Reino Unido, con 289, o Dinamarca, con 229. Claramente la falta de gestión en todo el sistema sanitario público después de las transferencias dio lugar a un crecimiento desproporcionado en todas las partidas de gasto, y en receta la evolución en Castilla-La Mancha no fue diferente en este periodo.

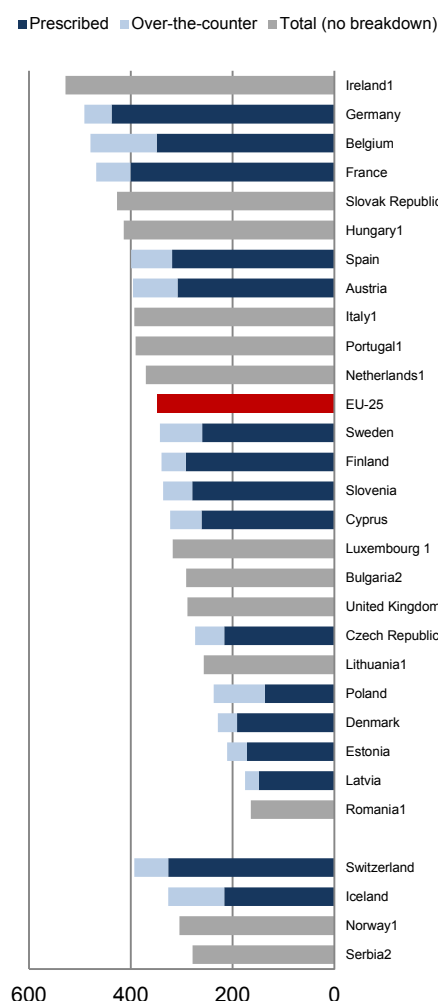


**Ilustración 96: Consumo de fármacos en oficinas de farmacia en euros per cápita en el año 2010. Fuente: OECD Health at a Glance: Europe 2012**

Este incremento que se produjo en el gasto en receta hasta 2010 generó una parte del problema global de sostenibilidad al que se ha enfrentado nuestro Sistema Nacional de Salud en los últimos años. Puig Junoy, en el prólogo del libro (Espin Balbino, Abellán Perpiñán, Peiró Moreno, & Gómez Pajuelo, 2013), indica que conseguir mejoras en el equilibrio entre cantidad y calidad de vida ganada y los recursos que se han empleado para conseguirlo, supone la necesidad de abordar políticas de salud adecuada, pero sobre todo en la capacidad de asegurar que las decisiones clínicas son costo-efectivas. En el gasto por receta, no las no decisiones son también decisiones. No establecer una acción continuada y activa de seguimiento del gasto y de regulación de las disfunciones que puedan aparecer, lleva sin duda a una pérdida de calidad en la prescripción, y por tanto a dedicar ingentes cantidades de recursos en usos que no benefician al ciudadano.

Miñana afirmaba en 2002 (Miñana & Camacho, 2007) que el gasto farmacéutico en España se encontraba en una posición razonable en función del nivel de renta del país. A nivel regional dentro de España, encontraban una correlación negativa con la renta: las regiones más ricas tenían niveles más reducidos de gasto per cápita que las más pobres.



Richards (Richards, 2010), al analizar las diferencias de uso de medicamentos respecto al Reino Unido, destaca que Francia, España, Dinamarca y Estados Unidos tienen altos índices de uso del medicamento, aunque no de forma uniforme sino concentrado más en unas enfermedades que en otras según el país.

Sanfélix, Peiró y Meneu (Sanfélix-Gimeno, Peiró, & Meneu, 2012) destacan los graves problemas que genera una prescripción inadecuada en España. Entienden que el gasto sanitario desproporcionado es una consecuencia de una deficiente política de prescripción, y proponen poner el acento en iniciativas orientadas a la asistencia, como la integración de niveles asistenciales o la extensión de la historia clínica electrónica. Entienden que el uso masivo de medicamentos se está convirtiendo en un grave problema de salud pública. Como dato aportan el hecho de que en la Encuesta Nacional de Salud en 2001, un 48% de los ciudadanos encuestados había tomado un medicamento en las dos semanas previas a la entrevista. En 2003 esta cifra era del 55% y en 2006 del 62%. Para mayores de 75 años las cifras eran de 86%, 92% y 93%.

El incremento del gasto en receta médica abonada por el SESCAM entre 2001 y 2010 fue de un 84,69%, pasando de 330,9 millones de euros en 2001 a 611,3 en 2010.

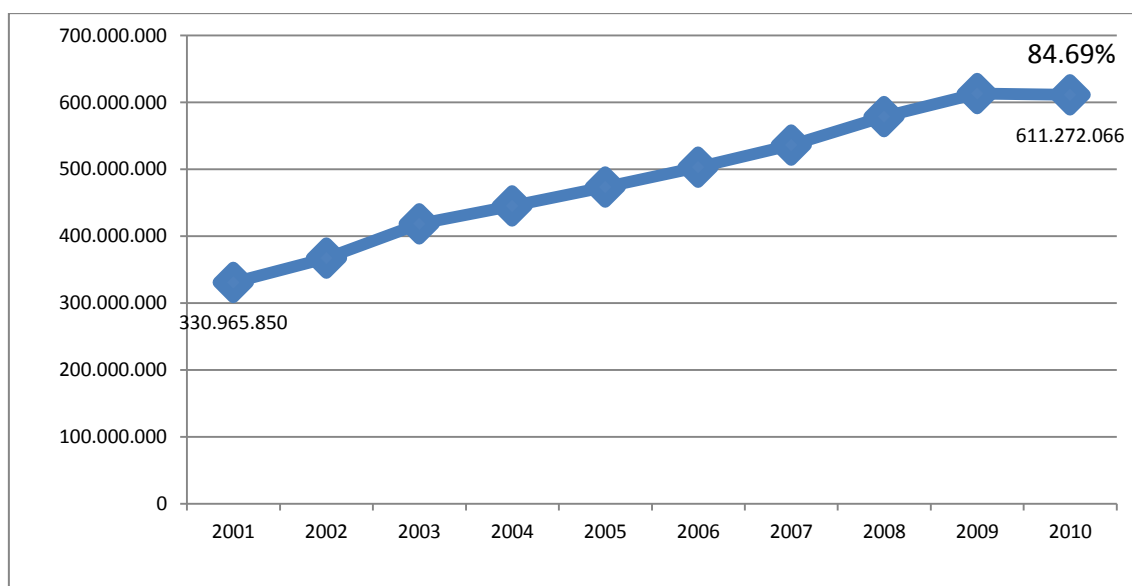


**Ilustración 97: Gasto en recetas médicas en el SESCAM en el periodo 2001 a 2010. Fuente: Dirección General Económica y de Infraestructuras del SESCAM**

## 6.- Gasto en inversiones

La política en inversiones sanitarias en los años del auge económico previos a la crisis ha estado marcada por un fuerte crecimiento de infraestructuras, sobre todo de nueva creación. Dado que el eje de las decisiones en esta época se ha inspirado por las prioridades de la política local, las prioridades de inversión se han centrado en numerosas ocasiones en satisfacer aquellas demandas ciudadanas que venían de localidades con mayor peso político en

cada región. Ha faltado el uso sistemático de la planificación sanitaria para aprovechar bien el esfuerzo inversor realizado en esta etapa. Aun así, podemos decir que se han dedicado cuantiosos recursos a la inversión sanitaria y que esto se tradujo sobre todo en un parque más modernizado de centros de salud y en un mayor número de hospitales comarcales.

El gasto anual en inversiones en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2001-10 es el siguiente:

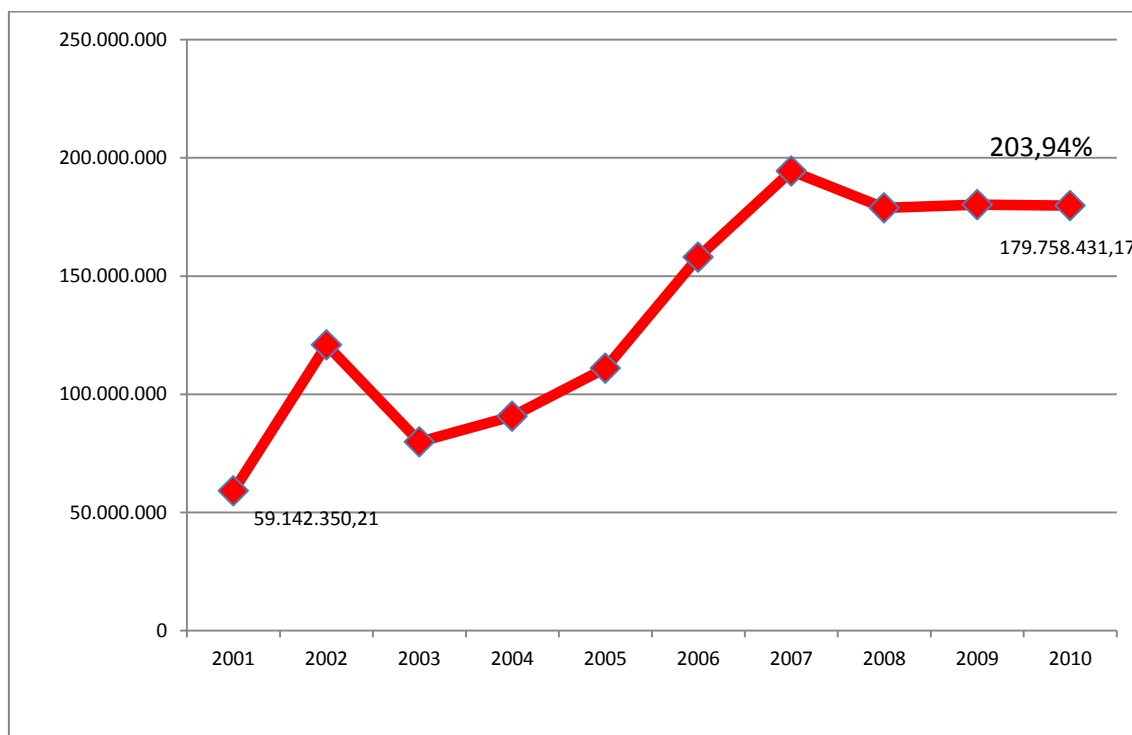


**Ilustración 98: Gasto total del SESCAM en operaciones de capital (inversiones más transferencias de capital) en el periodo 2001-2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

El gasto en inversiones pasó de los 59 millones en 2001 a los 194 en 2007, iniciando después un leve descenso y manteniéndose al nivel de los 180 millones de euros anuales. El incremento es del 203,94% en el periodo 2001-10. Cuantitativamente, la cifra de inversiones es muy importante, y podría haber aportado un alto potencial de modernización del sistema sanitario. El esfuerzo inversor se mantiene ya en los años de la crisis, en cifras tan importantes como las reseñadas.



## Capítulo III: La crisis del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Gastar lo justo. Eliminar ineficiencias. Hacer sostenible la sanidad

---

## **7. La crisis económica y la prestación sanitaria pública. Experiencias en Europa y en España**

En 2007 aparecen los primeros síntomas, y en 2008, con la quiebra de Lehman Brothers, se inicia la gran crisis económica mundial, que ha afectado hasta ahora a los países desarrollados de todo el mundo.

Desde 2001 se había apostado en Estados Unidos y en otros países del mundo por mantener los tipos de interés bajos, y por mercados crediticios muy permisivos, que favorecieron una espiral creciente de riqueza aparente mediante la subida de los precios de la vivienda. Con la vivienda a altos precios y los tipos de interés bajos, el endeudamiento de las familias para conseguir una vivienda aumentó de una manera muy importante. Además, la elevada liquidez existente en los mercados financieros y una laxa regulación bancaria hacían muy fácil obtener una hipoteca, aunque no se tuvieran los medios necesarios para devolverla. Se suponía que, con los altos y crecientes precios de la vivienda, esta era garantía más que suficiente en caso de problemas en la devolución del préstamo. Se generó igualmente una fuerte especulación sobre los títulos bancarios que soportaban las hipotecas. Estos se expandieron por todo el mercado financiero, sustentando los activos de numerosos bancos en todo el mundo.

Mientras tanto, los precios mundiales de las materias primas, como el petróleo, el cobre, y otras materias primas, así como los alimentos, iniciaron una fuerte subida, mermando la competitividad de los sectores productivos y las balanzas de pagos de los países desarrollados.

La crisis de 2008 tiene un ámbito internacional, casi mundial en el espacio de los países desarrollados. La crisis financiera y de materias primas catalizó un cambio en el equilibrio de fuerzas en la economía mundial. Pero para España, tenía igualmente una dimensión propia (Ortega & Pascual-Ramsay, 2012): el agotamiento de un modelo productivo hueco, basado en el ladrillo. Además, una estructura de poder fuertemente centrifugado hacia Europa y hacia las Comunidades Autónomas, hacía más difícil tomar decisiones coherentes por el gobierno Zapatero, el primero que se vio ante la nueva situación, y que fue ampliamente superado por la misma.

En España la crisis financiera se hizo especialmente grave por el desmesurado crecimiento del precio de la vivienda en los años previos a la crisis, y por el fuerte endeudamiento que generó en los ciudadanos. La tasa de ahorro de los españoles antes de la crisis estaba en el 11%, frente al 14% de la zona euro. La inversión de los hogares, casi exclusivamente en vivienda, pasó del 9% de la renta disponible en el 2000 al 14,7% en el 2007. El precio del metro cuadrado de vivienda en España pasó de 760 euros en 1998 a 2100 euros en 2008. El crédito hipotecario creció a un promedio del 20% anual entre 2000 y 2007. El endeudamiento de los hogares en relación con la vivienda pasó de un 29,4% del PIB en el 2000 a un 64,4% en 2009. Realmente se trataba de una gigantesca burbuja que tenía que estallar antes o después. El bajo coste de los préstamos asociado a la entrada en el euro disparó el endeudamiento, en proyectos que no hubieran pasado el más mínimo análisis a tipos de interés mayores. Los bajos tipos de interés y las facilidades crediticias dispararon los precios de la vivienda. Los pisos se podían comprar a

precios desorbitados, porque había financiación barata y abundante que lo hacía posible, y por tanto los precios subían.

Esta espiral no se atajó a tiempo. En el fondo la economía crecía, se creaba empleo, y los ciudadanos y los empresarios estaban contentos. Ningún gobierno en la época del crecimiento, ni de centro-derecha ni de centro-izquierda, se mostró dispuesto a atajar con la espiral de crecimiento basado en el ladrillo. La tendencia vigente en aquellos años a la desregulación bancaria, ayudó a no controlar prácticas financieras que en momentos posteriores se vieron como temerarias, y que llevaron a la necesidad de acometer costosísimos rescates pagados por todos para evitar males mayores. El sistema financiero, a nivel mundial y también en España, aprovecharon esa desregulación para entrar en una espiral fuertemente especulativa, que le dejó expuesto a riesgos inasumibles, que se transformaron con el tiempo en pérdidas de activos.

El gran desequilibrio, no obstante, es de sistema. (Ortega & Pascual-Ramsay, 2012). Durante años, los países emergentes generan constantemente ahorro, y ese ahorro lo prestan a los países desarrollados, que como Estados Unidos o España, consumían e invertían mucho más de lo que generaban. En palabras de Felipe González (González, 2011) ‘Nos hemos gastado lo que no teníamos’. Porque endeudarse para consumir, y hacerlo además de forma estructural, nunca ha sido una buena práctica. Las deudas hay que devolverlas, y llega un momento en que ya no podemos endeudarnos más.

La crisis tiene sin duda una dimensión múltiple, con el sistema financiero, el sector público, las empresas y los propietarios de pisos envueltos en serios problemas que a su vez aparecen interrelacionados entre sí.

El estallido de la burbuja inmobiliaria sin duda que tiene un efecto muy importante sobre las empresas dedicadas a la construcción, lo que genera un importante desempleo. La crisis inmobiliaria y el desempleo generan una desaceleración económica, que influye en una fuerte contracción del consumo y la inversión. La crisis inmobiliaria, el desempleo y la desaceleración hacen patentes los fuertes desequilibrios que ya traía consigo el sistema financiero, y ponen a muchas entidades al borde de la quiebra. Esto genera una enorme crisis de liquidez, que hace que desaparezca el crédito bancario y las empresas se vean abocadas a un cierre masivo, lo que retroalimenta los otros factores en una espiral de hundimiento de la economía. Esta espiral lleva a que las recaudaciones fiscales caigan en picado, con el consiguiente efecto sobre las empresas, que no cobran la deuda que tiene con ellas la administración, restándoles todavía más liquidez y volviendo a empujar a muchas al cierre.

Jimeno et al (Jimeno & Santos, 2014), recogen tres características básicas de la economía española antes de la crisis:

- La fuerte concentración del crecimiento económico en el sector de la construcción y actividades inmobiliarias
- Un sistema bancario complaciente, optimista y con bajos tipos de interés, dispuesto a satisfacer las fuertes demandas de crédito que generaba la burbuja inmobiliaria
- Un enorme endeudamiento externo consecuencia de las fuertes demandas internas de crédito

Habría que añadir a esto un mercado laboral rígido y segmentado, que no evolucionó hacia una mayor concentración de empleos de alta cualificación como en otros países de nuestro entorno, y un sector bancario caracterizado por el importante papel de las Cajas de Ahorro, que se habían politizado hasta el extremo, convirtiéndose en el brazo armado de unos políticos a menudo fuertemente irresponsables en su política de inversiones públicas. Estos políticos hacían financiar a las Cajas sus proyectos de forma imperativa, contra cualquier criterio de prudencia bancaria, al controlar los órganos de gobierno de estas entidades. De acuerdo con Akin, (Akin, Montalvo, García Villar, Peydró, & Raya, 2014) las Cajas tenían una mayor exposición al sector inmobiliario que los bancos. Además, las Cajas mantenían una política de préstamos hipotecarios menos prudente que los bancos. López Casasnovas (López-casasnovas, 2014) hace hincapié en el papel protagonista de las cajas de ahorro en el origen de la crisis en España, fruto de la interferencia política. Recuerda que a la hora de analizar las políticas de ajuste en el gasto, que el gasto surge de la interacción de coste unitario y de volumen de actividad, derivándose los costes unitarios de los salarios y la productividad, además del coste de los materiales y de las tecnologías necesarias en el proceso productivo. La actividad puede ser necesaria o innecesaria. Afirma Casasnovas que, hasta el momento, no se ven indicios de que el sistema sanitario haya sido afectado por la reducción del gasto, probablemente a causa del esfuerzo de los profesionales sanitarios.

El endeudamiento externo fue una característica común de los gobiernos de España, Portugal y Grecia en los años previos a la crisis. El déficit por cuenta corriente de España en 2007 fue de un 10% del PIB (Jimeno & Santos, 2014). Los flujos de capitales internacionales tienen hoy en día un papel muy importante en el funcionamiento de la economía. España había sido tradicionalmente un país poco propicio al endeudamiento internacional, por la desconfianza de los inversores hacia los activos financieros en pesetas, y por la desconfianza de los empresarios españoles a endeudarse en moneda extranjera, por los riesgos que conlleva en caso de devaluación. Pero la entrada en el euro cambió todo, y el capital extranjero entro de forma masiva con activos en euros, lo que fortaleció mucho más la burbuja inmobiliaria. Unos precios inmobiliarios en alza necesitan financiación barata, abundante y a largo plazo. Los flujos de capital internacional se la dieron.

Todo esto constituyó una tormenta perfecta. En el primer trimestre de 2014 la posición financiera internacional de España era de un trillón americano de euros en negativo, esto es, un billón de euros en nuestra forma de medir las magnitudes desorbitadas. Este formidable endeudamiento lastra las posibilidades de mantener el modelo de crecimiento tradicional español, basado en el consumo interno, dado que no es posible ni aconsejable aumentar todavía más las cifras de endeudamiento.

Se hace necesario un aumento sostenido de la productividad, como soporte a un nuevo modelo de crecimiento, caracterizado por la acumulación de capital, progreso tecnológico, y un marco institucional bien diseñado capaz de generar los incentivos correctos a los agentes (Acemoglu, Robinson, & Woren, 2012) para obtener el máximo rendimiento de los factores de producción y para obtener una senda de crecimiento sostenido a largo plazo. La eliminación de las barreras a un empleo de calidad generadas por un mercado laboral dual es uno de los ejemplos más obvios de lo que hay que hacer. Acabar con las trabas que configuran un sector público burocrático y autoprotegido, que absorbe recursos sin límite y sin transformarlos en

mejoras de los servicios públicos ofrecidos, es algo necesario y urgente, aunque poco presente en la agenda de los gobiernos.

Fernández Villaverde (Fernández Villaverde & Ohanian, 2010) analiza la reciente evolución de la economía española en el contexto occidental, y compara la crisis en España con Estados Unidos y otros países europeos. Analizan la fuerte expansión económica entre 1994 y 2008, y el crecimiento desproporcionado en el sector inmobiliario. Respecto a las fuertes caídas desde 2008, tratan de establecer los mecanismos reales que hay debajo de estos fenómenos. Concluyen que España está viviendo la peor crisis desde los años 70, pero sus efectos hasta 2010 no eran peores a los de otros países europeos. Alerta de los peligros del déficit público, y compara los crecimientos de España y Portugal en los primeros años de este siglo, donde España se separa al alza gracias a su mayor consolidación fiscal, y Portugal se estanca. Urge a reformar la paleolítica legislación laboral que tenía entonces España, y a afrontar una fuerte reestructuración bancaria. Todavía lo peor de la crisis estaba por llegar.

En el marco de la gestión pública, la crisis económica se tradujo en una pérdida de ingresos públicos muy importante, una vez que el PIB se contrajo, las empresas entraron en pérdidas, el consumo cayó en picado, y el desempleo se multiplicó. Esta pérdida de ingresos no fue compensada con reducciones en el gasto público, que en un primer momento se incrementó por el aumento de los gastos de desempleo y de protección social asociados a la crisis. Los políticos, especialmente los políticos regionales, no reaccionaron al enorme problema que se había generado. Probablemente se infravaloró la magnitud de la crisis, y se pensó en un problema pasajero más que en una crisis sistémica. En Castilla-La Mancha no sólo se tardó en reaccionar más que en el resto de España, sino que en los primeros años de la crisis el gasto se aceleró, y además se aceleró la inversión en ladrillo, que a su vez era precursora de mayor gasto corriente, con la apertura de nuevos centros o el traslado de los existentes a instalaciones mucho mayores y con más cartera de servicios que las que tenían anteriormente.

El resultado fue una gigantesca crisis de déficit y de deuda a proveedores. El déficit cuando se genera vía facturas a proveedores externos, ha sido tradicionalmente ocultado en retrasos en los pagos. Las facturas se contabilizan más tarde y se tramitan pasándose a presupuestos posteriores. El déficit aparente es menor, pero el real es mucho mayor. Esta enorme deuda a proveedores llegó en Castilla-La Mancha a colapsar el sistema sanitario, y actuó como un enorme tornado hacia los proveedores de servicios, provocando el cierre de numerosas empresas y el correspondiente agravamiento de la crisis, con desempleo y empobrecimiento del tejido empresarial de la región. La administración pública, además, ha de pagar unos intereses de demora prohibitivos por este endeudamiento con los proveedores, y las empresas se piensan mucho más en ofrecer sus productos a la administración, en este caso de Castilla-La Mancha. Hay menos concurrencia en los concursos públicos, y los proveedores que se presentan venden más caro, sabedores de los costes financieros que tendrán que soportar por los retrasos en los pagos.

Al final, después de todos estos efectos dañinos, las deudas hay que pagarlas, y el endeudamiento a proveedores se convierte en deuda pública, como veremos en el punto 9. La salida desde el punto de vista financiero, en la página 140. Las comunidades autónomas, diseñadas para no soportar endeudamiento, y que tenían tasas de deuda testimoniales hasta





En el ámbito sanitario, la crisis ha tenido impactos importantes en la forma en la que se prestan los servicios. Cylus et al (Cylus, Mladovsky, & McKee, 2012), hacen un análisis sobre cuál es el comportamiento de los países en términos de gasto sanitario público ante las crisis económicas. Analizan datos OCDE hasta 2010. Mediante análisis de regresión, llegan a la

conclusión de que durante las crisis económicas los gobiernos ralentizan el crecimiento del gasto sanitario, y de que este efecto es mayor en los sistemas con financiación vía impuestos que en los sistemas con financiación vía seguridad social. También detectan en su modelo un aumento de los copagos con las crisis, y que en esos momentos, la proporción de gasto sanitario respecto al gasto público total decrece ligeramente. En definitiva, el gasto sanitario está influenciado por las decisiones de los gobiernos, que reaccionan normalmente de forma restrictiva frente a las crisis económicas.

Grecia y su sistema sanitario han sufrido especialmente el impacto de la crisis económica. Kentikelenis (Kentikelenis et al., 2011) alerta sobre los efectos de la crisis económica griega en el sistema sanitario y en la salud de los ciudadanos. Afirmar que hay un volumen significativo de ciudadanos que manifiesta no utilizar los servicios médicos porque no puede permitírselo. Afirmar que los médicos de familia detectan una menor demanda, en contradicción con las afirmaciones de Karanikolos (Karanikolos et al., 2013) de que la actividad asistencial ha crecido un 20% con la crisis. Se alarma de recortes en los presupuestos hospitalarios del orden del 40%, con falta de personal, dificultad para disponer del material apropiado, y sobornos al personal médico para adelantar en las listas de espera. Resalta una peor percepción por los ciudadanos de su estado de salud, y un aumento de suicidios de un 19% en 2009. Kondilis (Kondilis MD, PhD et al., 2013) alerta igualmente sobre las consecuencias de la crisis económica en Grecia. Llama la atención sobre las crecientes cifras de desempleo conforme el crecimiento negativo del PIB se va alargando en el tiempo. Se han generalizado los copagos en el sistema sanitario público, de manera que en 2011 los ciudadanos pagaron 25,7 millones en copagos por actividades ambulatorias en los hospitales. Se han abierto los hospitales públicos a las actividades privadas, poniéndose en marcha en 2011 557 camas de lujo en hospitales públicos para uso de las aseguradoras privadas. Karidis et al (Karidis, Dimitroulis, & Kouraklis, 2011) expresan la alarma de algunos cirujanos griegos por el impacto que podrían tener los recortes impuestos por la troika en la calidad de la asistencia. Afirmar que con la crisis, en Grecia se ha producido un aumento de la utilización de los hospitales públicos de un 20%, debido a una contracción de la demanda privada de salud. La reducción que se está produciendo en el gasto sanitario lleva consigo menos médicos, enfermeros y personal de apoyo. Cuesta trabajo conseguir equipamiento de última tecnología y el material fungible procede cada vez más de proveedores más baratos pero de menos calidad. Un ámbito muy afectado es la cirugía laparoscópica o el uso de la cirugía robótica. Sissouras, un experto sanitario griego entrevistado por Tsafalios (Tsafalios, 2014), afirma que los ingresos hospitalarios en la sanidad pública son un 28% mayores en 2013 que en 2009, por el menor número de personas que acude a la privada. Hay escasez de materiales en los hospitales, especialmente de laboratorios, lo que afecta a la calidad asistencial. Un 18% de la población no tiene cobertura sanitaria, que se pierde al año o dos del desempleo, en una dinámica de aumento constante del paro. Se trata de paliar con bonos de salud emitidos por el gobierno o con centros de solidaridad abiertos por la iglesia. Defiende que el sistema sanitario público ha llegado a un punto de no sostenibilidad y es necesaria su reforma. Defiende que hacer ajustes sin las reformas necesarias lastra el potencial de los ajustes para reducir el gasto sin afectar a la calidad, simplemente mejorando la eficiencia. Reclama una agencia de evaluación de tecnologías. Grecia pasó de 5,6 millones de euros de gasto farmacéutico en 2009 a 2,37

millones en 2013. Entiende que la crisis también da a Grecia una ventana de oportunidad para hacer las reformas que necesita.

En el marco irlandés, Thomson et al (Thomson, Jowett, & Mladovsky, 2014) analizan el impacto de las medidas de reducción financiera tomadas en Irlanda. Entienden que en el sistema de salud irlandés se están tomando medidas de ajuste sin precedentes en el sistema sanitario. La mayoría de estas lo son sobre los salarios de los profesionales (que eran muy altos), mejoras en la provisión de servicios y aumento en menor medida de los copagos. Aunque hay margen para conseguir mejoras sustanciales de eficiencia, probablemente los plazos necesarios para ello difieren de los calendarios de reformas en vigor. Cabría estudiar establecer mecanismos de compensación financiera a los departamentos de salud y servicios sociales por demanda inevitable de cuidados a largo plazo. Defienden el aumento de los ingresos fiscales para el sistema sanitario. Thomas (Thomas et al., 2013) analiza la capacidad de resiliencia del sistema sanitario irlandés, entendida esta como la capacidad del mismo para adaptarse a un entorno cambiante sin perder su identidad ni su función. Distingue entre resiliencia financiera, o capacidad para mantener los fondos necesarios para la atención en momentos de recesión económica, resiliencia adaptativa, o capacidad de los gobernantes de hacer funcionar el sistema con menos recursos sin sacrificar las prioridades clave, ni las prestaciones ni la accesibilidad, y resiliencia transformativa, o capacidad el gobierno para emprender reformas deseables y realistas cuando las estructuras presentes dejan de ser viables.

En el caso de Irlanda, entiende que la resiliencia financiera se mantuvo inicialmente pero después se perdió. Igual parece que ocurrió con la resiliencia adaptativa, con un mantenimiento inicial de prestaciones que luego fueron reducidas. La resiliencia transformativa es más subjetiva, y mantiene sus dudas respecto a las reformas y recortes emprendidos por iniciativa de la troika.

Sussman et al (Sussman, Halasyamani, & Davis, 2010) analizan los impactos que la recesión está teniendo en los hospitales norteamericanos, tanto en los riesgos empresariales como en su posible impacto en la calidad. Cuenta que los hospitales americanos se están viendo afectados por la recesión, con reducciones de salarios o plantilla, o cierre de camas menos productivas. La mitad de los hospitales americanos han reducido su plantilla para cuadrar sus cuentas de resultados. Indican los autores que en Estados Unidos se carece de información suficiente para evaluar el impacto en la calidad de la recesión. Opina que si los hospitales están infrafinanciados e infradotados de personal esto significa que serán más inseguros para los pacientes. Aboga por introducir incentivos tipo pay for performance, o pago por resultados, que asocien la financiación a la calidad asistencial.

Reeves et al (Reeves, McKee, Basu, & Stuckler, 2014) hacen un análisis de los cambios en el gasto sanitario registrados en distintos países en periodos de crisis en el intervalo 1995-2011. Concluyen que el gasto sanitario, frente a algunas creencias, es de los que más sufren el impacto de las crisis, sobre todo en los países con préstamos del Fondo Monetario Internacional. Entienden que estos recortes no son inevitables, creen que la ideología de los gobiernos es significativa en el volumen de estos recortes. También asocian reducciones del gasto en países con deuda pública en crecimiento. Encuentran igualmente que los sistemas de seguridad social son menos sensibles a estas reducciones que los países con financiación vía

impuestos. Afrontar la crisis supuso adoptar medidas difíciles en todos los países de nuestro entorno. La OMS (World Health Organization – Regional Office for Europe, 2013) hace un análisis de las medidas adoptadas por diversos países europeos en el entorno de la crisis para hacer sostenible el sistema sanitario público. Las medidas más adoptadas van en la línea de reducir gasto sanitario, otras en mayores aportaciones públicas hacia el sistema de salud, y otro grupo de acciones iría encaminado a aumentar ingresos, ya sea por la vía fiscal o por la del copago. La mayoría de países han reportado igualmente variaciones en la estructura de coberturas sanitarias. También se reporta de forma amplia la existencia de cambios en la planificación, compra y funcionamiento del sistema. Analizan igualmente las repercusiones que estas políticas han tenido sobre el sistema sanitario. Mladovsky (Mladovsky et al., 2012) argumenta que los servicios de salud aceptan mejor como objetivo el de la eficiencia que el del equilibrio fiscal de ingresos y gastos. Analizan las respuestas de los servicios de salud de distintos países europeos frente a la crisis y observan en ellas una gran variabilidad. En algunos países las políticas se han centrado en el incremento de ingresos hacia el sistema sanitario, bien vía fiscal o bien mediante copagos. En otros se han reducido los presupuestos sanitarios, mediante políticas de ajuste. No se han cambiado sustancialmente los catálogos de prestaciones cubiertas por la asistencia pública, según Mladovsky. Se han incrementado los impuestos por alcohol o tabaco. Los aumentos de lista de espera no se expresan como política más que en un país, aunque estos se han producido de forma más amplia a consecuencia de otras políticas. Se hizo igualmente un esfuerzo en el uso racional del medicamento y en la negociación de precios con laboratorios. Algunos países redujeron o congelaron las retribuciones del personal sanitario, y se hizo un esfuerzo igualmente en la reducción de precios en servicios concertados.

Nuti (Nuti, Vainieri, & Frey, 2012) defiende la importancia social del gasto sanitario, como factor de cohesión social y como generador de empleo y riqueza. Defiende la oportunidad de encontrar mejoras en la eficiencia a través de la gestión de la variabilidad en los resultados clínicos. Entiende que hay un espacio importante para reubicar recursos y para generar ahorros de gasto trabajando sobre los resultados. Una de las vías es la de mejorar la adecuación de las indicaciones. Para ello entiende que debe establecerse un entendimiento entre gestores y profesionales para detectar las oportunidades de mejora y las medidas a tomar para aprovechar estas oportunidades en beneficio del paciente.

Kaplan (Kaplan & Haas, 2014) analiza posibles errores a la hora de enfocar las políticas de ajuste en la gestión sanitaria, y caracteriza un conjunto de ellos:

- Los recortes en personal no asistencial pueden sobrecargar el trabajo de especialista. Una hora de especialista cuesta 10 veces más que una hora de personal de apoyo, e infradotando de personal de apoyo podemos perjudicar algunos procesos clave que ayudan a la organización sanitaria a ser más productiva
- No invertir en espacio y tecnología. A veces generamos cuellos de botella en los procesos por falta de espacio o tecnología, y las ineficiencias se disparan. No tiene sentido tener cirujanos ociosos por falta de locales de quirófano. Trasladado a nuestro país, tampoco tiene sentido tener cirujanos ociosos en turno de mañana sin quirófanos disponibles, cuando si hicieran su trabajo por la tarde podrían ser mucho más útiles a los pacientes

- No empeñarse a toda costa en las reducciones de precio como único criterio de compra de materiales. A veces estos aportan mejoras importantes para el conjunto del proceso asistencial a cambio de un incremento de precio que globalmente puede ser muy rentable
- Maximizar sólo el volumen de pacientes vistos por especialista. Ver más pacientes no significa ser más eficiente, a veces se puede mejorar el resultado global del proceso viendo menos veces pero mejor a los pacientes.
- Otro error es la excesiva variabilidad en los procesos y los materiales. La estandarización puede ayudar a la eficiencia y a mejores resultados asistenciales

La preocupación por la equidad aparece igualmente en la literatura publicada sobre la crisis económica. Bortoluzzi (Bortoluzzi & Palese, 2010), nos recuerda los riesgos para la equidad en la atención sanitaria se pueden encontrar en las crisis económicas. Afirma que en Italia un 40% de las personas con problemas socioeconómicos han prescindido de algunas necesidades de atención sanitaria, y al menos un 37% han suspendido su tratamiento en fármacos autoadministrados o prescritos. Indica que las reducciones de plantilla en enfermería reducen el tiempo disponible por estos profesionales para dedicar a la docencia, y que podría resentirse la calidad de futuras generaciones de enfermeros. Rawdanowicz et al (Rawdanowicz, Wurzel, & Christensen, 2013) analizan los impactos en la equidad de las políticas de consolidación fiscal. Entienden que muchas políticas de consolidación y ajuste pueden no tener efectos negativos en la equidad. Respecto a las políticas de reducción del gasto sanitario público, afirman que el consumo de servicios sanitarios tiene un importante efecto redistributivo, y que las familias con rentas bajas suelen ser las que tienen en mayor medida a su cargo ancianos y niños, los mayores consumidores de servicios sanitarios. Entienden que los ajustes encaminados a reducir carteras de servicios o prestaciones efectivas serían equitativos, pero en cambio que hay un amplio margen para aplicar políticas encaminadas a mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios sin perjudicar la calidad asistencial. Asegurar el acceso de la población a un sistema sanitario sostenible es un buen impulso al crecimiento a largo plazo y al desarrollo de un mejor capital humano. Entiende que para recoger estos beneficios son necesarias reformas estructurales, que se materializarían en un tiempo considerable.

Donges (Donges, 2013), analizando las líneas de recuperación de la crisis que se van dibujando en Europa, advierte de la necesidad de afrontar la recuperación la senda de crecimiento y del empleo, y huir del populismo engañoso que aboga por perder la estabilidad presupuestaria y volver al crecimiento desaforado del gasto que nos llevó a una situación como la que hemos padecido durante la crisis. Resalta que relajar las reformas actuales y esperar a que el crecimiento futuro financie los déficits que se produzcan es una profunda irresponsabilidad, y que cualquier nivel de gasto público actual, será incrementado por los políticos de turno si aumenta la recaudación fiscal, lo que irá en detrimento de la recuperación de la competitividad y el empleo, o sea, de la salida real de la crisis.

En el caso de España, las aportaciones se dividen entre un catastrofismo ideologizado, que ven como negativo cualquier paso dado para sacar el sistema sanitario de la crisis, y una amplia

variedad de opiniones a favor de realizar cambios en profundidad en la organización de nuestro sistema sanitario para hacer frente a la sostenibilidad presente y futura del mismo. Un ejemplo de la primera corriente es el artículo de Legido et al (Legido-Quigley et al., 2013), que se enzarzan en una visión parcial y catastrofista sobre los cambios en el Sistema Nacional de Salud en 2012. Sobre un aluvión de juicios de valor e información parcial, establecen los supuestos riesgos en los que las medidas adoptadas estaban poniendo en riesgo la salud de los españoles. Pronostican un fracaso de las políticas emprendidas para salir de la crisis, que por suerte para todos ha sido profundamente erróneo.

En una línea mucho más constructiva, la AES, en su documento de recomendaciones para salir de la crisis (AES, 2012b), establece la necesidad de controlar el gasto público y de salir de la espiral de crecimiento de la década de 2001-10. Se muestra igualmente reacia a los recortes indiscriminados, y establece una serie de recomendaciones de acción, que son las siguientes:

- Fomentar la financiación selectiva de prestaciones en función de la efectividad clínica de las mismas
- Desinvertir en tecnologías o procedimientos de los que hay evidencia que no generan salud
- Crear una agencia evaluadora a nivel nacional
- Introducir criterios de prioridad clínica y de transparencia en la gestión de las listas de espera
- Reformar el sistema de copagos entonces vigente, eliminando la discriminación que existía de los activos frente a los pensionistas
- Fomentar la retribución variable
- Impulsar el pago por resultados de forma que fomente la efectividad y la integración clínica
- Potenciar las políticas preventivas y de salud pública
- Fomentar reformas que impulsen las agrupaciones de profesionales en atención primaria
- Poner el foco en los pacientes frágiles y terminales
- Reformar el gobierno del SNS, dando el peso que le corresponden a los Servicios Regionales de Salud, como artífices de consensos imposibles a otros niveles más políticos
- Profesionalizar la gestión mediante concursos competitivos y evaluaciones del desempeño de los directivos
- Aumentar la transparencia en la gestión y respecto a los resultados clínicos
- Evaluar el funcionamiento de los centros en colaboración público-privada
- Fomentar la ejemplaridad y evitar conflictos de intereses

Se trata de una agenda compleja, fruto del consenso de los miembros del grupo que la redactó, pero que sería interesante se pudiera culminar en los distintos servicios regionales de salud.

Julián García Vargas, en el informe del Círculo de Empresarios de 2013 (Círculo de la Sanidad, 2013), recuerda la incapacidad que presenta nuestro sistema sanitario para afrontar reformas

necesarias, como la revisión periódica de prestaciones y tecnologías, eliminando las prácticas que no aportan salud a los ciudadanos y cuestan dinero de sus impuestos. Critica igualmente el uso electoral que se ha hecho en los últimos años, y el despropósito en la construcción de infraestructuras poco necesarias y muy costosas. Critica los recortes que se han realizado de forma lineal y descoordinada, y la poca reflexión con la que se incorporaron reformas que eran muy necesarias en el Decreto 16/2012. Echa en falta un liderazgo efectivo del Ministerio de Sanidad, y una auténtica coordinación entre los servicios regionales de salud. Considera igualmente necesaria la profesionalización de los directivos y su separación de los vaivenes partidarios. Repullo (José R Repullo, 2014) constata que la crisis económica ha generado políticas de reducción del gasto sanitario en toda España. Destaca las políticas de ajuste en su vertiente de reducción del precio de los factores por una parte y por otra en la imposición de techos de gasto a las Comunidades Autónomas. Critica el RD 16/2012, y analiza las repercusiones de otras medidas, como la reducción de precio de los factores, que a priori no tendría que ser negativa, la concentración geográfica de servicios, que debería cuidarse en atención primaria por la accesibilidad pero que podría traer mejoras de calidad en atención especializada, y la generación interna de eficiencia vía microgestión y gestión clínica, aspecto a potenciar. En las medidas por el lado de la demanda, la exclusión de extranjeros irregulares del sistema podría tener un impacto económico no tan alto debido a que se pueden agravar procesos que luego serán atendidos desde la urgencia hospitalaria, sin hablar de sus consecuencias en términos humanos. Critica la desfinanciación de medicamentos y los copagos por su presumible impacto en la equidad. El desplazamiento de costes al futuro, como por ejemplo en el aumento de listas de espera, también sería criticable. Hace énfasis en la necesidad de afrontar medidas estructurales y de buen gobierno del sistema para hacer viable a largo plazo nuestro sistema sanitario.

Campillo, (Campillo-Artero & Bernal-Delgado, 2013) apuesta por potenciar en tiempos de crisis la reinversión en el sistema sanitario, entendida esta como dejar de financiar tecnologías o procedimientos obsoletos o de baja aportación al paciente de acuerdo con la evidencia científica, para potenciar otros que se han revelado como altamente efectivos y que encuentran dificultades en ser incorporados por los costes financieros asociados. Tal actuación debería ser una exigencia tanto de los ciudadanos como de las autoridades sanitarias, aunque encuentra muchas resistencias en reductos corporativos y a veces también industriales, por el impacto que tiene en algunas personas o empresas el retirar prácticas o tecnologías asentadas por años en el sistema. Repullo en (José Ramón Repullo, 2012b) defiende en una línea parecida la bondad de afrontar la reducción de prácticas que no aportan valor al sistema. Pone como ejemplo el exceso de consumo de antibióticos, la posibilidad de mejorar estilos de vida para afrontar la diabetes, frente al uso masivo de los recursos sanitarios, o la diferencia en tasas de cesárea entre la sanidad pública y la privada, sin justificación asistencial aparente.



## 8. La tormenta perfecta. Los días en los que el Sescam no era sostenible

El gran problema vino cuando el aumento del PIB desapareció con la crisis económica, a partir del año 2007-8. El PIB se desaceleró e inició una senda de larga recesión, mientras que el gasto sanitario se mantuvo en crecimiento hasta 2010. La distancia entre riqueza y gasto sanitario se multiplicó, y se trasladó a la realidad del día a día en una enorme brecha entre presupuesto y gasto real, que generó una situación insostenible de deuda, falta de liquidez, proveedores sin cobrar, empresas en quiebra, y puso la sanidad pública española al borde del colapso.

Aparecen interrogantes de cara al futuro, sobre todo acerca de la solvencia de nuestro Sistema Nacional de Salud, esto es, sobre su capacidad para mantener su viabilidad en su estructura actual y hacer frente a los retos tecnológicos, demográficos, y profesionales que tendrá que afrontar (AES, 2012a).

Baste recordar la Ilustración 37, página 51, en la que se recogía la evolución del gasto sanitario del SESCAM en el periodo 2002 a 2010, y se comparaba con el presupuesto sanitario de cada año. Desde el año 2007, el gasto sanitario se descontrola respecto al presupuesto. Fruto de una falta deliberada o no de control respecto al gasto sanitario, la distancia entre lo gastado y lo presupuestado se fue haciendo mayor. Esto desembocó en una situación de endeudamiento progresivo del servicio de salud. Si cada año gasto más de lo que ingreso vía presupuesto, dejo a deber una cantidad, que se carga sobre el presupuesto del ejercicio siguiente. Claro, eso supone que el presupuesto del ejercicio siguiente debe soportar el gasto presente más todas las facturas del anterior que no pudieron ser cargadas a su presupuesto por haberse agotado. En la práctica significa que al empezar el año, cada centro sanitario tiene gastados varios meses de su presupuesto. Al principio, con niveles de endeudamiento bajos, se empieza con uno, dos o tres meses de deuda. Es un gran inconveniente, pero se nota menos. Salvo los proveedores, que van viendo alargarse sus plazos de pago. Pero si el déficit es persistente y creciente, como pasó en Castilla-La Mancha, la deuda va creciendo año a año, hasta que se hace insoportable de manejar.

En la Ilustración 100 podemos ver cómo la deuda acumulada en el conjunto del SESCAM se había disparado desde el inicio de la crisis en el año 2007, llegando hasta los 606 millones de euros en 2010.



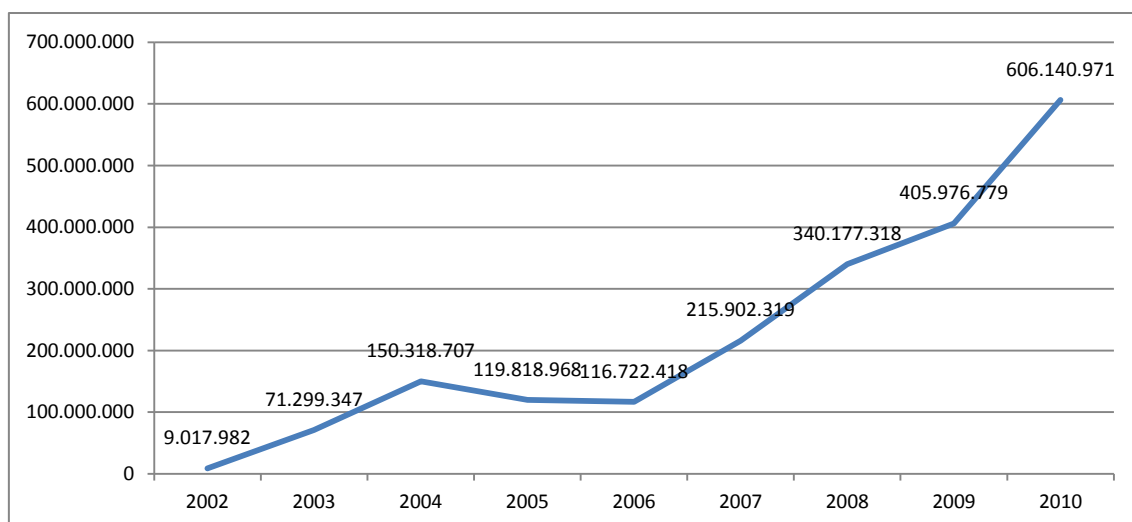


**Ilustración 100: Evolución de la deuda acumulada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM.**

Esta deuda creciente en la práctica se traduce en facturas impagadas. Las primeras en sufrir retrasos son las correspondientes a material sanitario y a farmacia hospitalaria. La administración no suele priorizar estos pagos dado que el efecto sobre las empresas es menor, al tratarse de empresas más grandes con mayor músculo financiero. No obstante, todo retraso, además de las consecuencias ya comentadas, supone unos altísimos intereses de demora, legislados para castigar el retraso de la administración, y que son reclamados por las grandes empresas cuando se producen retrasos en los pagos.

Como vemos en el gráfico siguiente, tanto la compra de materiales como la farmacia hospitalaria son los bloques de gasto con mayor endeudamiento inicial, y con un incremento vertiginoso desde 2006, hasta los 187 millones de euros en deuda por farmacia hospitalaria y 163 millones de euros por deuda por compras de material sanitario.

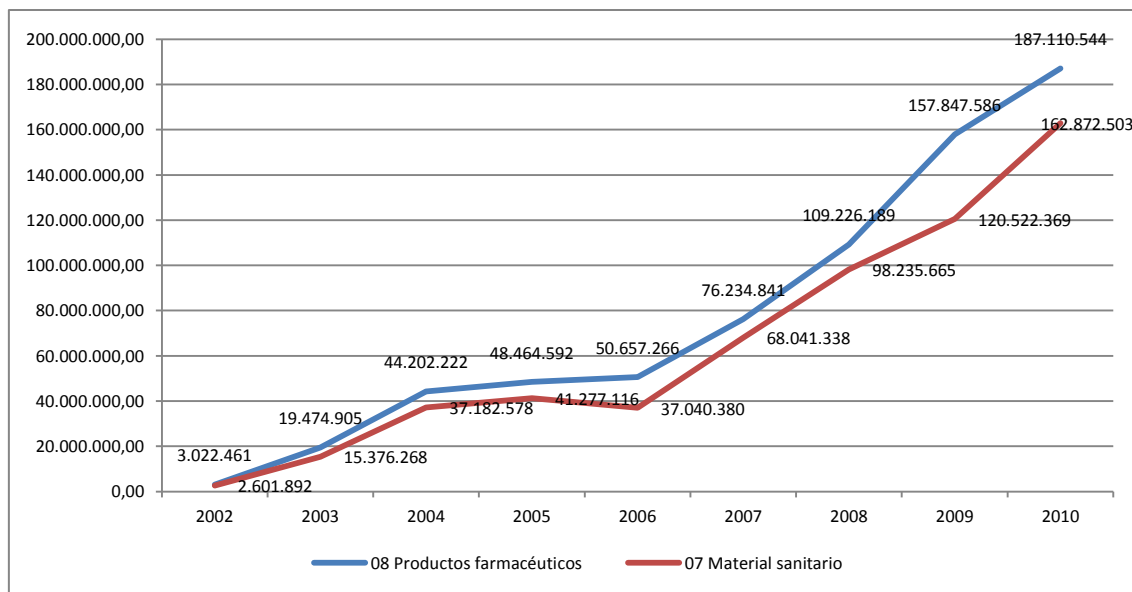


**Ilustración 101: Evolución de la deuda acumulada en Material sanitario y Farmacia hospitalaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2002 y 2010.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015

En el funcionamiento de un servicio de salud o de un centro sanitario, estos dos conceptos suelen ser los que monopolizan los problemas de la deuda, y sus proveedores los que sufren la mala gestión presupuestaria. No obstante, si la deuda sobrepasa el nivel del gasto anual por estos conceptos, dejan de pagarse otras facturas, en este caso de contratación de servicios externos, ya sean sanitarios o no sanitarios. Los primeros en verse afectados son los conciertos sanitarios, que incluyen gastos como la diálisis, la oxigenoterapia, o los acuerdos con centros privados para tratar pacientes de lista de espera. La deuda por este concepto aumentó progresivamente hasta llegar a los 103 millones de euros en 2010.

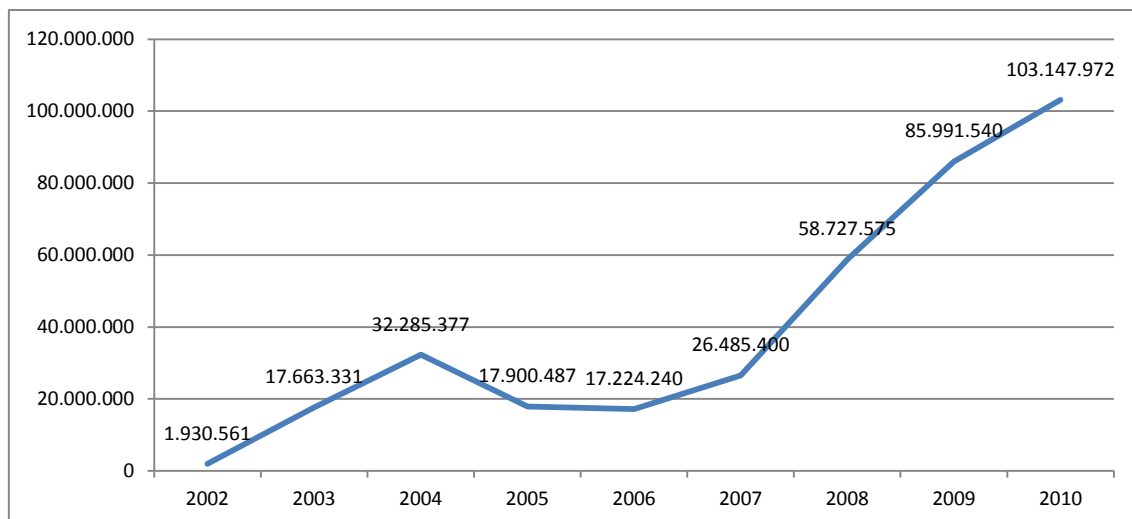


**Ilustración 102: Evolución de la deuda acumulada en Conciertos sanitarios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2002 y 2010.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015

El siguiente concepto en afectarse por la deuda son los pagos por suministros energéticos y por comunicaciones. Los centros sanitarios dejaron de pagar el gas, la electricidad y el teléfono, entre otros gastos. La deuda alcanzó los 17 millones en energía y los 7,1 millones en comunicaciones. No se cortaron estos servicios por el especial cometido que tienen las instituciones sanitarias públicas, aunque se vivieron situaciones de fuerte tensión con algunos de los proveedores, y los precios unitarios de la energía sufrieron directamente este impago permanente de facturas que se llegó a producir. Nadie quería suministrar al SESCAM, y el que lo hacía pedía precios muy superiores a los que se conseguirían pagando normalmente las facturas.

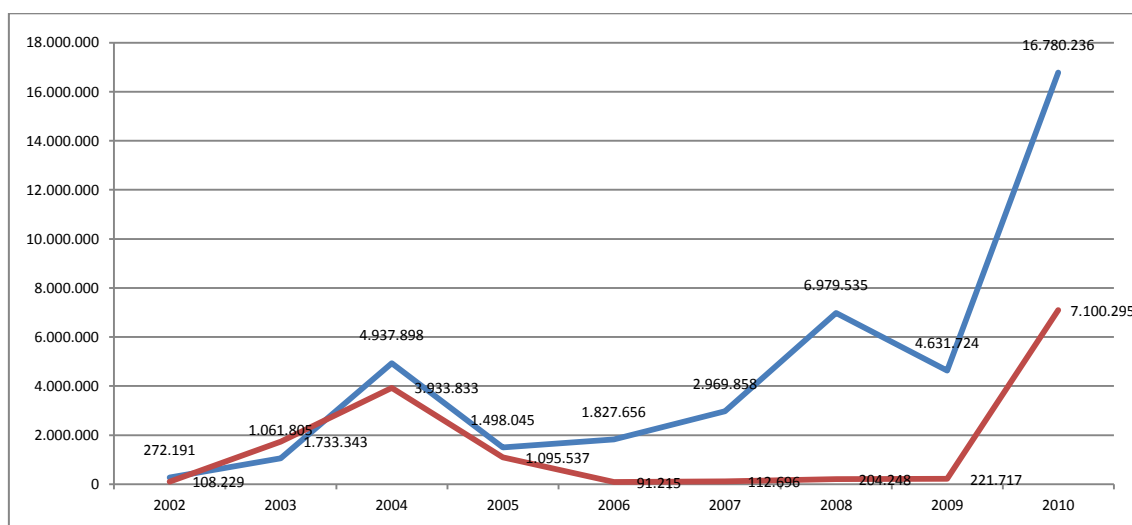


**Ilustración 103: Evolución de la deuda acumulada en Energía y Comunicaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2002 y 2010.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015

Al seguir aumentando la deuda, se alcanzan zonas mucho más delicadas del presupuesto. Los servicios generales, como la limpieza, la seguridad o la comida, son servicios que utilizan masivamente el personal. Las empresas que los prestan necesitan de un flujo de pagos continuo para hacer frente a las nóminas mensuales a los trabajadores. Esto se rompió en 2011, y las nóminas dejaron de pagarse. La deuda llegó a los 41,8 millones de euros en 2010, y siguió creciendo durante 2011. Esta es la evolución hasta 2010 de la deuda con estas empresas:

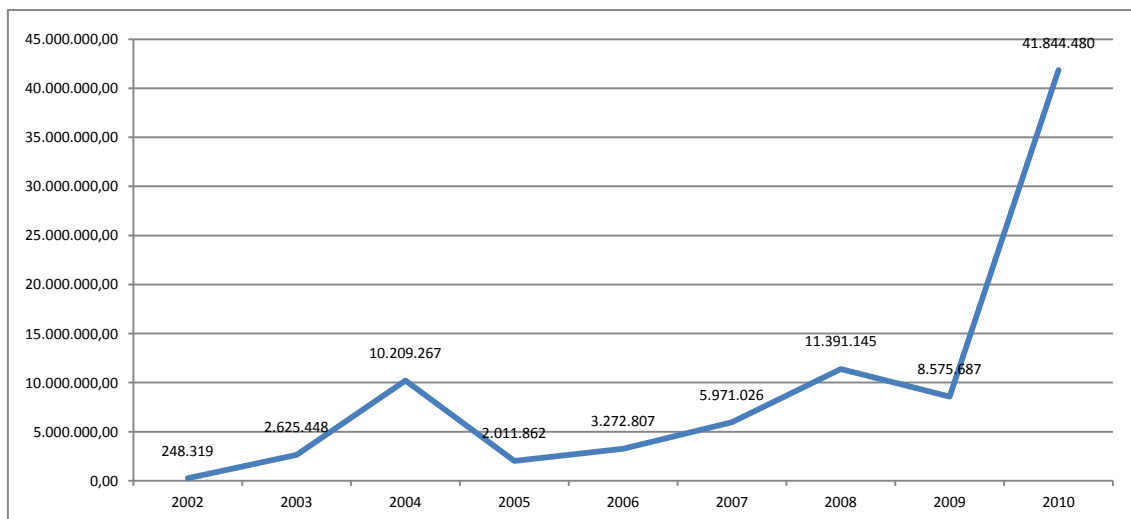


**Ilustración 104: Evolución de la deuda acumulada en Servicios generales y profesionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2002 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015**

Una vez que la deuda siguió creciendo, se dejó de pagar la farmacia por receta, recogida en el capítulo IV del presupuesto, compuesto sobre todo por los fármacos dispensados en las farmacias de calle. El impago sistemático de estas cantidades supuso un gran problema para los propietarios de estas farmacias, que se veían abocados a su vez a no poder pagar sus compromisos y a entrar en situaciones de pérdida de la solvencia. Hemos de tener en cuenta que todo este problema se alinea con una crisis bancaria sin precedentes, que hace que el crédito bancario se hiciera inexistente. La deuda por receta y otras transferencias a finales de 2010 era de 39,5 millones de euros, pero esta cantidad se disparó en 2011, cuando se acumularon varios meses de deuda a las farmacias por la imposibilidad del Sescam de hacer frente a estos pagos.

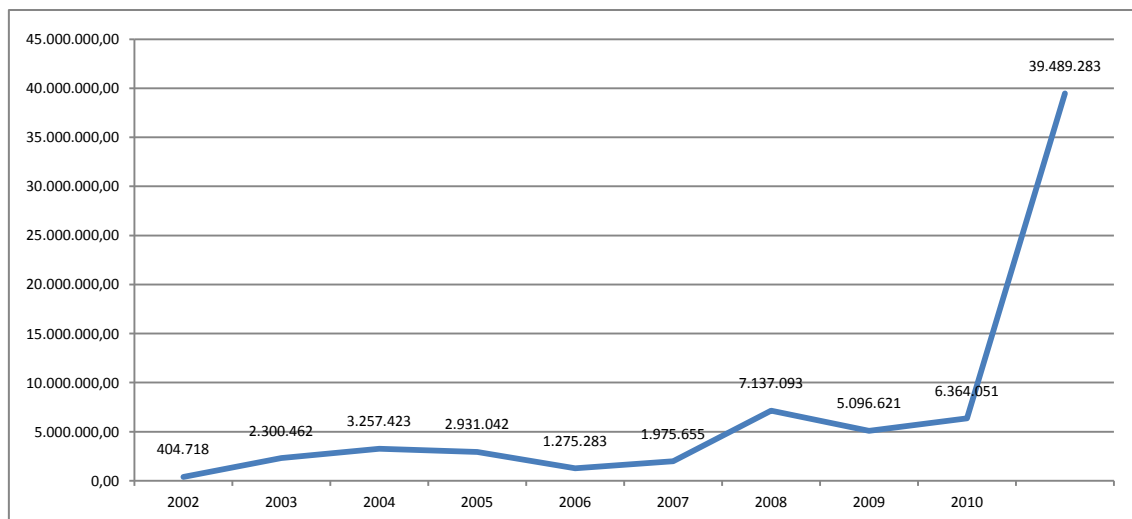


**Ilustración 105: Evolución de la deuda acumulada en Transferencias Corrientes del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2002 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015**

La situación empeoró a lo largo de 2011. La deuda había sobrepasado todos los límites, y no había presupuesto para contabilizar las facturas que llegaban, ni liquidez para pagar las que estaban contabilizadas. Las cifras de impago se dispararon durante este año.

Este endeudamiento, unido a otros factores adicionales dentro de las administraciones regionales, generó un déficit muy importante en la mayoría de las regiones. Las cifras eran importantes, y pusieron al conjunto de España en una situación cercana al colapso financiero y al subsiguiente rescate externo, con todas sus consecuencias. Pero la situación de Castilla-La Mancha era mucho peor a la del resto. En la Ilustración 106 y en la Tabla 5 podemos ver la situación en 2010 y 2011 de esta región respecto al resto en términos de necesidad de financiación por déficit de sus cuentas.

Castilla-La Mancha era la comunidad en peor situación presupuestaria de una España que pasaba la peor crisis presupuestaria en décadas, y sus cifras eran las peores en 2010 y 2011, pero no sólo eran las peores, sino que casi duplicaban a la comunidad en segunda peor situación. Era una situación presupuestaria prácticamente insostenible.

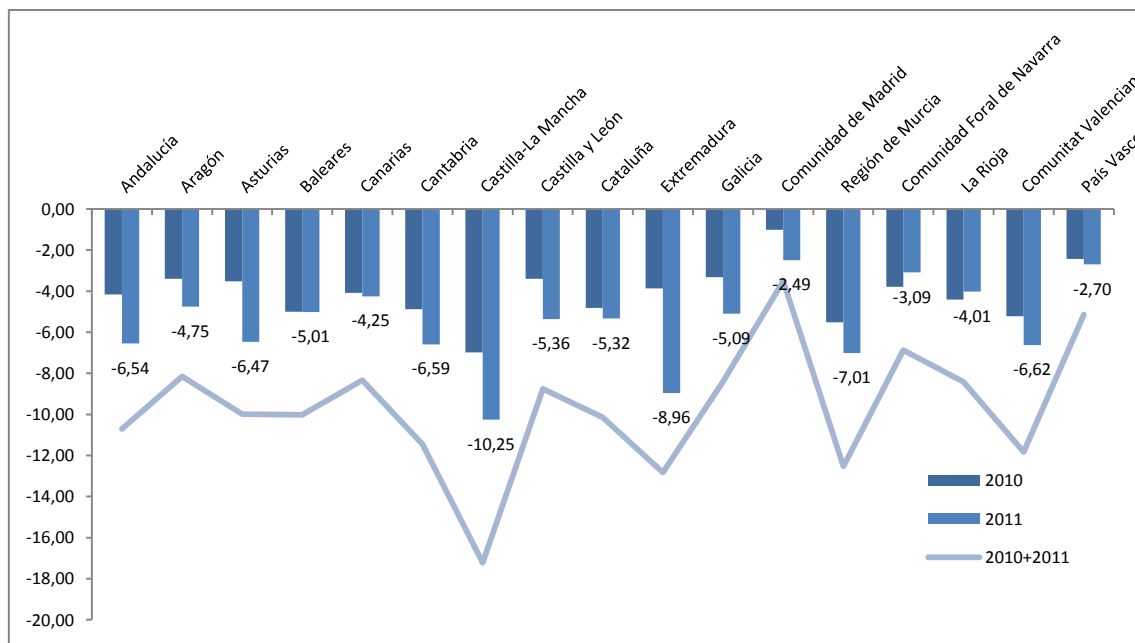


Ilustración 106: Capacidad o necesidad de financiación de las administraciones regionales en 2010 y 2011, siguiendo la norma SEC 2010. Fuente: Intervención General de las Administraciones Públicas

Tabla 5: Capacidad o necesidad de financiación de las administraciones regionales, siguiendo la norma SEC 2010. Fuente: Intervención General de las Administraciones Públicas

| Administración regional    | En millones de euros |         |        |         |         | En porcentaje del PIB Regional |        |       |         |         |
|----------------------------|----------------------|---------|--------|---------|---------|--------------------------------|--------|-------|---------|---------|
|                            | 2010                 | 2011    | 2012   | 2013(P) | 2014(A) | 2010                           | 2011   | 2012  | 2013(P) | 2014(A) |
| Andalucía                  | -6.077               | -9.510  | -2.942 | -2.151  | -1.645  | -4,16                          | -6,54  | -2,08 | -1,52   | -1,16   |
| Aragón                     | -1.170               | -1.621  | -543   | -718    | -551    | -3,40                          | -4,75  | -1,65 | -2,18   | -1,66   |
| Asturias                   | -806                 | -1.464  | -219   | -224    | -278    | -3,52                          | -6,47  | -1,01 | -1,05   | -1,30   |
| Baleares                   | -1.311               | -1.314  | -516   | -324    | -458    | -5,00                          | -5,01  | -1,97 | -1,23   | -1,71   |
| Canarias                   | -1.686               | -1.756  | -452   | -412    | -379    | -4,09                          | -4,25  | -1,11 | -1,01   | -0,91   |
| Cantabria                  | -625                 | -836    | -232   | -151    | -179    | -4,87                          | -6,59  | -1,88 | -1,24   | -1,46   |
| Castilla-La Mancha         | -2.736               | -4.005  | -493   | -770    | -666    | -6,97                          | -10,25 | -1,29 | -2,02   | -1,76   |
| Castilla y León            | -1.884               | -2.969  | -797   | -633    | -601    | -3,39                          | -5,36  | -1,47 | -1,18   | -1,11   |
| Cataluña                   | -9.791               | -10.697 | -4.437 | -3.860  | -5.152  | -4,82                          | -5,32  | -2,24 | -1,96   | -2,58   |
| Extremadura                | -697                 | -1.585  | -176   | -147    | -421    | -3,87                          | -8,96  | -1,03 | -0,86   | -2,44   |
| Galicia                    | -1.891               | -2.856  | -728   | -626    | -557    | -3,32                          | -5,09  | -1,33 | -1,14   | -1,02   |
| Comunidad de Madrid        | -2.012               | -4.954  | -2.000 | -1.838  | -2.648  | -1,02                          | -2,49  | -1,01 | -0,94   | -1,34   |
| Región de Murcia           | -1.544               | -1.922  | -866   | -851    | -766    | -5,52                          | -7,01  | -3,21 | -3,17   | -2,82   |
| Comunidad Foral de Navarra | -692                 | -566    | -311   | -257    | -121    | -3,79                          | -3,09  | -1,75 | -1,45   | -0,68   |

|                                      |                |                |                |                |                |              |              |              |              |              |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| La Rioja                             | -353           | -319           | -89            | -81            | -95            | -4,40        | -4,01        | -1,15        | -1,05        | -1,21        |
| Comunitat Valenciana                 | -5.334         | -6.696         | -3.713         | -2.150         | -2.370         | -5,21        | -6,62        | -3,78        | -2,20        | -2,39        |
| País Vasco                           | -1.600         | -1.768         | -933           | -739           | -642           | -2,44        | -2,70        | -1,45        | -1,16        | -1,00        |
| <b>Total administración regional</b> | <b>-40.209</b> | <b>-54.838</b> | <b>-19.447</b> | <b>-15.932</b> | <b>-17.529</b> | <b>-3,72</b> | <b>-5,10</b> | <b>-1,84</b> | <b>-1,52</b> | <b>-1,66</b> |

La realidad era más dura todavía. Una cosa era la situación presupuestaria y otra la situación real de pagos. La comunidad autónoma carecía de liquidez para hacer frente a sus pagos. El intento desesperado por no hacer frente a la situación económica llevó a unos presupuestos donde las cifras de ingresos, en plena depresión económica, estaban sobreestimadas, lo que producía un falso equilibrio en el presupuesto. Al no llegar estos ingresos, la liquidez se resintió notablemente, y no sólo quedaron impagadas las facturas sin cobertura presupuestaria, sino además aquellas con presupuesto y contabilizadas, pero para las que la comunidad carecía de dinero en el banco para afrontar. En diciembre de 2011 la deuda llegó hasta el capítulo I, y no se pudo abonar una partida de incentivos por productividad variable correspondiente a 2010, por falta de liquidez.

De hecho, los pagos mensuales afrontados por la Tesorería de la Junta de Comunidades correspondientes al SESCAM, siguieron una senda decreciente desde 2009, situándose mes a mes por debajo de las cifras necesarias para no continuar aumentando la deuda, y mostrando una situación de falta de liquidez generalizada en toda la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La figura siguiente nos muestra la evolución de este pago mensual de facturas, teniendo en cuenta que estas cifras eran ya de por sí inferiores a las necesarias para evitar que el endeudamiento con proveedores siguiera creciendo de forma continuada, que podemos calcular en torno a los 126 millones de euros mensuales.

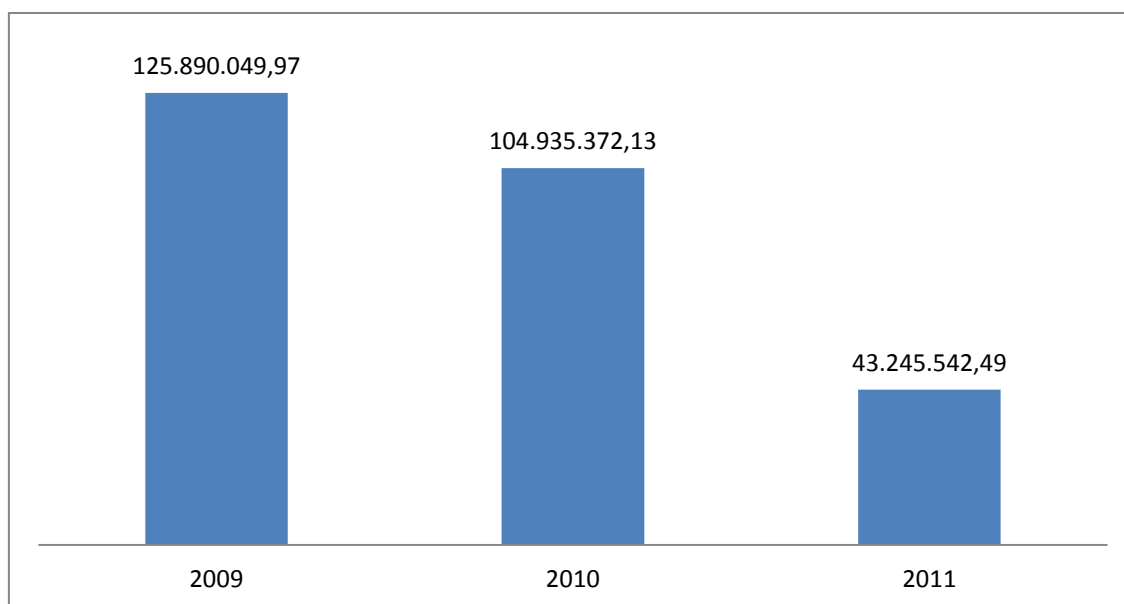


**Ilustración 107: Evolución de los pagos mensuales por Tesorería a los proveedores del SESCAM. . Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015**

A 31-12-2011, el importe de facturas del SESCAM pendientes de pago a proveedores era de 1.723.544.581 euros, una cantidad muy superior al conjunto del gasto del SESCAM en un año excluido personal, que era de 1.505.814.329 euros. Significa que de media se debía más de un año a todos los proveedores del SESCAM, fueran multinacionales farmacéuticas, panaderías de barrio, farmacéuticos, limpiadores o cooperativas de pacientes. El número de facturas impagadas a esa fecha era de 612.928 facturas.

Esto suponía una situación dantesca. Las empresas de servicios no podían pagar las nóminas de sus empleados, no dejándoles más salida que la huelga. Huelgas de limpieza, cocina o mantenimiento que dificultaban grandemente el funcionamiento de los centros sanitarios. Los proveedores de servicios sanitarios habían llegado al colapso financiero, y algunos no podían aguantar más una situación insostenible. Servicios como la diálisis, la radioterapia y muchos otros más, estaban seriamente comprometidos no por la voluntad de las empresas que los prestaban, sino por la conjunción de un impago sistemático y muy prolongado en el tiempo con unos bancos incapaces de prestar ni un euro más a estas empresas. Ni siquiera las multinacionales estaban en una situación estable. Las casas madre de cada empresa estaban realmente asustadas de las cifras de impago. Estas, junto a las noticias apocalípticas que aparecían en la prensa internacional que aparecían respecto a España, les hacían temer una situación de quiebra total del sistema, o al menos en una quita de deuda a proveedores como había ocurrido en Grecia. Muchas dejaron de suministrar medicamentos y materiales esenciales a algunos hospitales. La irresponsabilidad financiera no es un problema contable. En Castilla-La Mancha pudimos vivir cómo pone seriamente en peligro la continuidad de un servicio tan valioso para toda la sociedad como es el sistema sanitario público. Además, desaparecieron muchas pequeñas y medianas empresas como consecuencia de esta situación, con el consiguiente coste social y humano.

Un resumen de los efectos que generó la falta de liquidez en 2012 es el siguiente:



- 1) Impacto asistencial, con amenazas en la prestación de servicios como diálisis, transporte urgente, radioterapia o interrupciones voluntarias del embarazo.
- 2) Impago de nóminas al personal de servicios generales esenciales con la consiguiente conflictividad y riesgo de paralización asistencial en servicios tan esenciales como la limpieza hospitalaria.
- 3) Problemas de abastecimiento por falta de suministros, crecientes y con generación de problemas asistenciales crecientes.
- 4) Concursos desiertos que hacen imposibles las rebajas en el precio, como en el caso del concurso de suministro energético.
- 5) Incrementos de costes por falta de confianza, dado que los proveedores se cubren en el precio de los plazos de cobro existentes.
- 6) Carga financiera, creciente y elevadísima. Los intereses de demora que demandan los proveedores son mucho mayores a los tipos de interés de mercado, dado que se fijan como una sanción a la administración incumplidora de sus compromisos de pago.
- 7) Cierre de empresas, especialmente locales, con la consiguiente destrucción de puestos de trabajo y de tejido empresarial.

## 9. La salida desde el punto de vista financiero

La salida del colapso no era posible sólo con los medios de la Comunidad Autónoma. La deuda pública de la comunidad había pasado a la categoría de bono basura, y no era posible en esos momentos colocar en el mercado deuda propia para enjugar la deuda por impagos. Había que actuar en dos frentes. El primero y más importante, crear confianza en los mercados y en la población de que se iban a tomar las medidas necesarias para salir de la crisis, y para ello se elaboró el Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos. El segundo era recabar apoyo del Gobierno de España para poder salir del colapso financiero, eso sí, a costa de aumentar el endeudamiento público. La deuda por los déficits pasados ya estaba contraída, ahora se trataba de evitar que arrasara con el tejido productivo y de protección social de la comunidad.

De acuerdo con Delgado et al (Delgado Téllez, Hernández de Cos, Hurtado, & Pérez García, 2015), el 65% de las cuentas pendientes de pago en España en el periodo 2001-2007, correspondían a las administraciones territoriales, con algo más del 30% asignable a las comunidades autónomas. Los compromisos de pago de las administraciones públicas crecieron especialmente durante la crisis, especialmente en España, Portugal y Grecia. En el caso de España, las deudas pendientes de pago de las administraciones alcanzaron un 8% del PIB en 2011. Este porcentaje se repartía en un 2,4% con la Administración Central, un 3,4 % del PIB con las comunidades autónomas y un 2,1 % del PIB en las administraciones locales.

Después de los planes de pagos, las cuentas pendientes de las administraciones públicas pasaron a un 5,5% del PIB en 2013, lo que supone una importante reducción respecto a 2011.

En lo que se refiere a plazos de cobro, y de acuerdo con las cifras del Ministerio de Administraciones Públicas, los plazos medios de las operaciones pendientes de pago en diciembre de 2012 eran de 60 días en el Estado, 181 en las comunidades autónomas, y 109 en entidades locales. En junio de 2015 según la misma fuente eran de 14, 41 y 36 días respectivamente (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2015). Los planes de saneamiento se han realizado mediante el endeudamiento de las comunidades autónomas y corporaciones locales con el Estado, de manera que el porcentaje de deuda autonómica en manos del Estado ha pasado de ser nulo en 2011 a situarse en el 37 % en septiembre de 2014 (Delgado Téllez et al., 2015).

El Real Decreto Ley 4/2012, de 9 de marzo por el que se crea el Fondo para la financiación de los pagos a proveedores estableció un plan extraordinario de financiación para el pago a los proveedores de las Corporaciones Locales, más tarde extendido a las Comunidades Autónomas. Mediante este Plan se establecía un mecanismo de pago de determinados créditos comerciales, de carácter temporal y con aplicación a las cuentas pendientes de pago a 31 de diciembre de 2011 de CCLL y CCAA. El plan se financió con un crédito de 30.000 millones, ampliables a 35.000 millones de euros.

En Castilla-La Mancha se emite el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 22 de marzo de Acogimiento al mecanismo extraordinario de financiación para el pago a proveedores y la Orden del 13 de abril de 2012 de la Consejería de Hacienda reguladora del procedimiento para la aplicación en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha del mecanismo extraordinario de pago a proveedores. Con este mecanismo se permitió la adhesión voluntaria de los proveedores para el pago de obligaciones vencidas, líquidas y exigibles, correspondientes a facturas o solicitudes de pago equivalentes cuya recepción tuvo lugar antes del 1 de enero de 2012. Por medio del mismo se han abonado 1.519,03 millones de euros de deuda del SESCAM, correspondientes a 510.436 facturas. La fecha de pago fue el 28.06.2012.

El Real Decreto Ley 4/2013, de 22 de febrero, de medidas de apoyo al emprendedor y de estímulo del crecimiento y de la creación de empleo, puso en marcha la segunda fase del mecanismo de pago a proveedores, que reguló la inclusión de las administraciones y las facturas que quedaron excluidas en la primera fase de 2012. Se dotó con unos 2,6 mm, remanente de la dotación inicial del primer fondo de 30.000 millones y la cuantía finalmente empleada en 2012 de 27.400 millones.

En Castilla-La Mancha se emitió la Orden de 4 de marzo de 2013 de la Consejería de Hacienda reguladora del procedimiento para la aplicación en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de la ampliación del mecanismo extraordinario de pago a proveedores. Supuso una ampliación del primer mecanismo de pago a proveedores. Por medio del mismo se han abonado 16,6 millones de euros del SESCAM. La fecha de pago fue el 01.08.2013.

Finalmente, en el último trimestre de 2013 con el Real-Decreto-Ley 8/2013, de 28 de junio, de Medidas urgentes contra la morosidad de las administraciones públicas y de apoyo a las entidades locales con problemas financieros, se aprobó la tercera fase del plan de pago a

proveedores, que se instrumentó a través de dos tramos, abonados en noviembre de 2013 y febrero de 2014. Se amplía tanto el ámbito subjetivo como el objetivo de aplicación que permite a las comunidades autónomas y entidades locales la cancelación de las obligaciones pendientes de pago con sus proveedores siempre que sean vencidas, liquidas y exigibles con anterioridad al 31 de mayo de 2013, a excepción de las Transferencias de las Comunidades Autónomas o de las Entidades Locales a asociaciones e instituciones sin fines de lucro y con fines sociales en los términos definidos en los artículos 3.1 letra j) y artículo 9 del citado RDL, que incluirán obligaciones hasta el 31 de diciembre de 2012. Por medio del mismo se han abonado en Castilla-La Mancha 539,7 millones de euros. La fecha de pago fue el 19.02.2014.

Entre los tres planes se han abonado 30.200 millones de euros a las Comunidades Autónomas y 11.600 millones de euros a las Corporaciones Locales (Delgado Téllez et al., 2015).

En paralelo al Fondo de Pago a Proveedores, el Gobierno puso en marcha un mecanismo complementario orientado inicialmente a proveer de liquidez a las CCAA que lo demandasen, para hacer frente a situaciones de fuerte necesidad de financiación en momentos de limitado acceso al crédito, como ocurría de forma dramática en esos momentos. Se crea el FLA, o Fondo de Liquidez Autonómica, regulado en el Capítulo III del Real Decreto-ley 21/2012, de 13 de julio, de Medidas de liquidez de las Administraciones públicas y en el ámbito financiero.

Por medio del mismo, entre 2012 hasta la actualidad, se han abonado 768,7 millones de euros de deuda del SESCAM.

**Tabla 6: Resumen de pagos del SESCAM a través del Fondo de Liquidez Autonómico. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015**

| 2012          | 2013           | 2014           | 2015           |                       |
|---------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------|
| 34.325.700,29 | 348.428.732,74 | 204.016.345,70 | 181.962.000,58 | <b>768.732.779,31</b> |

En la tabla siguiente podemos ver el resumen del uso que se hizo desde el SESCAM de los distintos instrumentos de saneamiento puestos en marcha por el gobierno en el proceso de pago de la deuda pendiente.

**Tabla 7: Resumen de los mecanismos de financiación a proveedores por parte del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015**

|        | jun-12        | ago-13                   | NOV-DIC-2013         | feb-14                | 2012-2015   |                      |
|--------|---------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|-------------|----------------------|
| ENTE   | 1ªFASE MEPP   | 2ª FASE MEPP(ampliación) | 3ªFASE MEPP(1ºtramo) | 3ªFASE MEPP (2ºtramo) | FLA         | TOTAL                |
| SESCAM | 1.519.339.622 | 16.626.443               | 98.001.308           | 441.715.540           | 768.732.779 | <b>2.844.415.692</b> |

De esta forma, y coexistiendo con las dificultades globales de tesorería que ha supuesto afrontar una situación como la descrita, el saldo de las facturas pendientes de pago a proveedores del SESCAM ha evolucionado así:

**Tabla 8: Evolución del importe de las facturas pendientes de pago por Tesorería y pertenecientes al SESCAM.**  
Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015

| Fecha          | Importe pendiente de pago |
|----------------|---------------------------|
| 31/12/2011     | 1.723.544.580,98          |
| 31/12/2012     | 673.375.221,44            |
| 31/12/2013 (*) | 781.551.315,88            |
| 31/12/2014     | 185.770.838,40            |

Se ha conseguido a lo largo de la legislatura eliminar la situación dantesca que suponían los 1.724 millones de euros pendientes de pago, hasta llegar a una situación envidiable en 2015.

El desglose por años de las facturas pendientes de pago por tesorería es el siguiente:

**Tabla 9: Desglose por año de factura de las facturas del SESCAM pendientes de pago por Tesorería.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015

| DESGLOSE DEUDA SEGÚN AÑO DE REGISTRO DE FACTURA |                         |                         |                         |
|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                                 | 2012                    | 2013                    | 2014                    |
| 2007                                            | 45.664,18 €             |                         |                         |
| 2008                                            | 114.744,99 €            |                         |                         |
| 2009                                            | 584.980,10 €            |                         |                         |
| 2010                                            | 20.322.872,12 €         | 38.657.445,99 €         | 65.872,98 €             |
| 2011                                            | 49.824.110,27 €         | 69.146.840,67 €         | 513.508,47 €            |
| 2012                                            | 490.330.358,16 €        | 364.621.924,19 €        | 2.581.676,00 €          |
| 2013                                            |                         | 309.125.105,03 €        | 907.255,36 €            |
| 2014                                            |                         |                         | 181.702.525,59 €        |
| Sin fecha en el sistema                         | 112.152.491,62 €        |                         |                         |
| <b>Total</b>                                    | <b>673.375.221,44 €</b> | <b>781.551.315,88 €</b> | <b>185.770.838,40 €</b> |

Llama la atención la gran antigüedad de las facturas pendientes de pago en 2012, más las que estaban sin fecha en el sistema y que hubo que dar de alta en el mismo.

Los plazos actuales de tramitación de facturas se acercan a cifras óptimas, sólo compatibles con un presupuesto saneado y una tesorería de la comunidad autónoma igualmente saneada.

**Tabla 10: Plazos de tramitación de facturas en el SESCAM en 2015.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015

|                                                                          | Año         |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>PLAZOS EN DIAS</b>                                                    | <b>2015</b> |
| Plazo de conformidad (Fecha conformidad- fecha registro único)           | 10,44       |
| Plazo de contabilización (Fecha de obligación - fecha de registro único) | 28,62       |
| Plazo de pago ( Fecha de pago - fecha registro único)                    | 51,73       |

Si aplicamos la metodología de cálculo de del periodo medio de pago a proveedores de las Administraciones Publicas del Real Decreto 635/2014, de 25 de julio.

Conforme el artículo 3 del citado RD, para el cálculo económico del periodo medio de pago a proveedores, tanto global como de cada entidad, se tendrán en cuenta las facturas expedidas desde el 1 de enero de 2014 que consten en el registro contable de facturas y las certificaciones mensuales de obra aprobadas a partir de la misma fecha.

**Tabla 11: Evolución del periodo medio de pago global a proveedores del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015**

| <b>PERIODO MEDIO DE PAGO GLOBAL A PROVEEDORES MENSUAL</b> |              |                           |                                     |                               |
|-----------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| en días                                                   | MEDIA GLOBAL | DETALLE SESCAM            |                                     |                               |
|                                                           |              | RATIO OPERACIONES PAGADAS | RATIO OPERACIONES PENDIENTE DE PAGO | PERIODO MEDIO DE PAGO MENSUAL |
| Septiembre 2014                                           | <b>33,3</b>  | 15,75                     | 32,2                                | <b>27,65</b>                  |
| octubre de 2014                                           | <b>38,72</b> | 29,68                     | 36,39                               | <b>34,63</b>                  |
| noviembre de 2014                                         | <b>39,49</b> | 42,12                     | 33,74                               | <b>36,34</b>                  |
| diciembre de 2014                                         | <b>36,04</b> | 52,96                     | 25,56                               | <b>36,71</b>                  |
| enero de 2015                                             | <b>36,8</b>  | 25,72                     | 40,44                               | <b>36,61</b>                  |
| febrero de 2015                                           | <b>39,39</b> | 39,81                     | 41,64                               | <b>41,07</b>                  |
| marzo de 2015                                             | <b>43,39</b> | 63,2                      | 27,68                               | <b>44,93</b>                  |
| abril de 2015                                             | <b>29,41</b> | 18,91                     | 31,65                               | <b>26,07</b>                  |
| mayo de 2015                                              | <b>27,39</b> | 39,93                     | 6,27                                | <b>26,25</b>                  |

También podemos calcular el periodo medio de pago del SESCAM siguiendo la metodología DSO, que es la utilizada por la industria. El DSO (Days of Sales Outstanding) es el dato utilizado habitualmente por las empresas para reflejar el periodo medio de cobro una vez suministrado un producto o servicio. En el mismo, se relaciona el saldo acumulado de ventas (volumen de facturación) con el saldo a cobrar.

Según metodología DSO, teniendo en cuenta el volumen de facturación desde 2013 a fecha 31 de mayo, el periodo medio de pago para el SESCAM está en 40,53 días (en dicho estudio no está contemplado el gasto en recetas farmacéuticas, con un periodo de pago mucho menor).

Sin embargo, si tenemos en cuenta las categorías de gasto de mayor peso presupuestario (exceptuando el gasto en receta de farmacia), el DSO varía sustancialmente:

**Tabla 12: Cálculo del periodo medio de pago del SESCAM siguiendo la metodología DSO. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015**

| Categoría                              | DSO (días) |
|----------------------------------------|------------|
| 07 Material sanitario                  | 61,59      |
| 08 Productos farmacéuticos             | 64,07      |
| 12 Servicios generales y profesionales | 77,3       |

|                |       |
|----------------|-------|
| 18 Conciertos  | 74,27 |
| 24 Inversiones | 64,2  |

Por tanto, teniendo en cuenta solo este grupo de gastos, y con la metodología DSO, el Periodo Medio de Pagos del SESCAM estaría en 68 días.

Por supuesto que al final esta deuda a proveedores ya transformada en deuda pública la tendremos que pagar entre todos, por generaciones. Uno de los efectos secundarios de esta crisis económica es la aparición de una deuda pública creciente en todas las comunidades autónomas. Las que más deuda oculta a proveedores tenían, más deuda pública han tenido que emitir para poder pagar. El incremento de la deuda pública respecto al PIB regional ha sido vertiginoso en los últimos años, y la carga de la deuda ya es una carga significativa en el presupuesto de todas las CCAA. Cataluña, Valencia y Castilla-La Mancha destacan en el gráfico siguiente por el volumen de deuda autonómica. La mala gestión de unos años se ha transformado en deuda por generaciones, que limita los servicios públicos a recibir por esta generación y por las venideras.

Los excesos no son gratis. Pagar la deuda supondrá un enorme esfuerzo y una limitación por muchos años para el bienestar y el crecimiento económico de la comunidad.

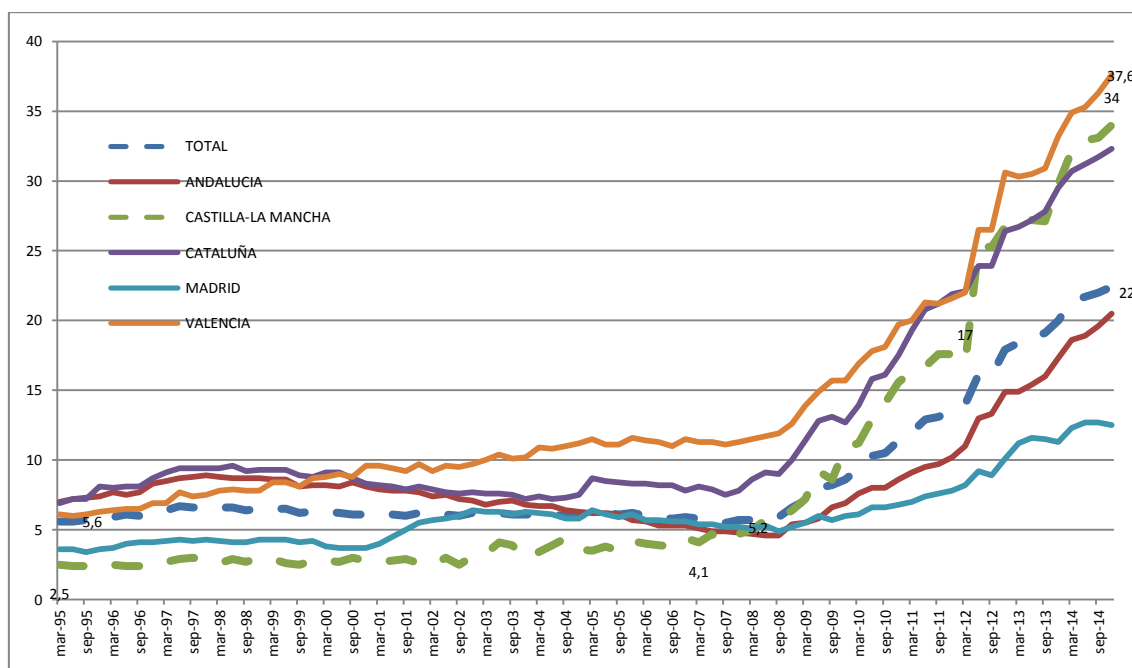


**Ilustración 108: Evolución de la Deuda Pública en varias comunidades autónomas. Fuente: Banco de España.**  
Extraído en abril 2015

## 10. El Plan de Garantías para la Sostenibilidad de los Servicios Sociales Básicos de Castilla-La Mancha

La Ilustración 37 en la página 51 nos muestra la brecha que existía en 2011 entre el presupuesto y el gasto del SESCAM en Castilla-La Mancha. Esa brecha se traducía en una deuda acumulada galopante, como vimos en la página 131, Ilustración 100. Llegó un momento en el que el endeudamiento suponía plazos de pago entre un año y dos, que llegaron a afectar incluso a un concepto de las nóminas. Los efectos de este endeudamiento, que pusieron al borde del colapso en sistema sanitario de la región los resumimos en la página 150.

La situación era realmente grave en los últimos meses de 2011 y primeros de 2012. Era necesario acometer un plan de acción para salir de esa situación. Además de las medidas financieras, necesarias para desbloquear la enorme deuda acumulada, había que reducir el déficit sistemático y creciente que generaba esa deuda.

El aumento de ingresos era imposible al estar la comunidad en situación de colapso financiero, la economía en situación de recesión galopante, el crédito bancario totalmente cerrado, y los mercados de deuda pública bloqueados por la desconfianza de los inversores ante la situación económica del país.

El reto parecía absolutamente insalvable por la dimensión de la reducción del gasto que era necesario acometer para hacer viable el Servicio de Salud. Para confeccionar el plan se reunieron dos grupos de trabajo:

- El primero, compuesto por el director gerente del SESCAM, directores generales del SESCAM, y altos directivos. Su misión era analizar posibles medidas para la mejora de la eficiencia, y hacer una primera evaluación de su factibilidad
- El segundo, compuesto por jefes de servicio y subdirectores de los ámbitos asistencial, económico y de recursos humanos, así como de asesoría jurídica. Su misión era recoger las medidas propuestas por el primer grupo, y evaluar los siguientes aspectos:
  - Impacto económico real esperado de las medidas
  - Tiempo necesario para su implantación
  - Colectivos profesionales o empresariales afectados
  - Cambios normativos que sería necesario acometer para adoptarla
  - Primera evaluación de su factibilidad

También este segundo grupo podía proponer medidas y someterlas a debate

El proceso de elaboración del plan de medidas comprendía por tanto en siguiente ciclo:

1. Propuesta de la medida, por cualquiera de los dos grupos
2. Evaluación en detalle, de impacto económico, plazos de implantación, colectivos afectados, cambios normativos necesarios y factibilidad, por el grupo 2

3. Análisis por el grupo 1, que evalúa el equilibrio entre las medidas, y los posibles efectos secundarios de las mismas en términos de funcionamiento del sistema sanitario o de solapamiento con otras. Se analizaba igualmente la equidad global del plan en términos de pedir un esfuerzo equivalente a todos los colectivos
4. Elaboración de la propuesta final de plan de medidas del SESCAM

El plan de medidas del SESCAM era a su vez analizado en el ámbito global de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. La Presidenta de la Comunidad, en sesión de trabajo, analizó junto a todos los directivos de la Consejería y SESCAM el plan en detalle, configurando el conjunto final de las medidas.

En noviembre de 2011 la Presidenta de la Comunidad presenta el Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos (Gobierno de Castilla-La Mancha, 2011), que quedó sustanciado en la Ley de Medidas Complementarias para la Aplicación del Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos de Castilla-La Mancha (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) y posteriormente en la Ley de Acompañamiento de la anterior (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012b).

Las medidas adoptadas en el SESCAM parten de las siguientes premisas:

- Desde las transferencias sanitarias en 2012, se había generado una espiral de aumento de retribuciones del personal sanitario que había colocado los costes unitarios del personal muy por encima de los del resto del Sistema Nacional de Salud. En una situación de crisis de sostenibilidad del sistema, había que retornar las retribuciones a la media del Sistema. Un ejemplo de estas sería el precio de las guardias médicas.
- Había conceptos retributivos que, por complacencia o por miedo al conflicto, no se habían gestionado de forma adecuada. Esta falta de gestión hacía que estos conceptos salariales se hubieran deteriorado en su intención inicial y convertido en una carga presupuestaria sin efectos sobre la asistencia. Ejemplo de esto puede ser la actividad sustitutoria para los profesionales mayores de 55 años que renuncian a hacer guardias.
- Otros conceptos retributivos generaban claramente incentivos perversos, negativos para el funcionamiento del sistema y para la equidad entre los profesionales. Ejemplos claros serían las retribuciones extraordinarias para la reducción de listas de espera, o peonadas, o los complementos para el personal en situación de incapacidad temporal.
- La jornada laboral se había ido reduciendo, tanto de forma nominal como por la vía de los días de asuntos propios, las libranzas o del cómputo de actividades como de jornada efectiva. Esto supone un impacto directo sobre la atención a los pacientes y sobre los costes del sistema. Había que recuperar tiempo de presencia de los profesionales sanitarios y no sanitarios, haciéndolo equiparable a los tiempos de trabajo de los ciudadanos que pagan sus impuestos para financiar el sistema sanitario
- Algunos complementos retributivos que podrían haber sido enriquecedores para el sistema sanitario, como la carrera profesional, se habían convertido por la vía de la cesión a las reivindicaciones sindicales en meros pagos por antigüedad, con un coste económico creciente e insostenible para el sistema



- Había que recuperar el carácter movilizador de la productividad variable como factor de impulso a la calidad y la eficiencia del sistema sanitario
- Se habían abierto centros sanitarios sin una reflexión asistencial sobre la necesidad de los mismos ni sobre la configuración adecuada de su cartera de servicios ni su oferta asistencial. Había que revisar la oferta asistencial en hospitalización, eliminando las unidades no necesarias y adaptando la oferta a la estacionalidad propia de las necesidades asistenciales.
- Existían departamentos, como las Oficinas Provinciales de Prestaciones, que generaban grandes cargas administrativas y continuas disfunciones en el sistema, a la vez que suponían altos costes administrativos.
- La estructura de recursos humanos en muchos casos adolecía de la complacencia de una gestión orientada más a minimizar el conflicto que a conseguir un adecuado rendimiento en términos de asistencia sanitaria y salud de los recursos públicos encomendados. Había que revisar la estructura organizativa y la idoneidad de las plantillas en los centros sanitarios.
- En la licitación de los contratos de servicios generales o asistenciales, se incluían cláusulas al dictado de las organizaciones sindicales, que suponían sin más multiplicar la ineficiencia de los servicios y por supuesto su precio. Había que preservar la calidad de los servicios a la vez que liberar de trabas a las empresas para que pudieran licitar con la mejor eficiencia sin por ello coartar los legítimos derechos de los trabajadores.
- La gestión complaciente había generado múltiples inequidades entre centros, territorios o servicios, de manera que a falta de mejores análisis, las cesiones en un momento determinado del tiempo se acumulaban como estratos geológicos, configurando una organización con carencias importantes en algunos lugares y con fuertes despilfarros en otros

Vamos a repasar las medidas adoptadas y los resultados de las mismas en los siguientes epígrafes

## 10.1 Medidas directas en Recursos Humanos. Impacto presupuestario

Las medidas adoptadas en el ámbito de los recursos humanos son las más complejas y a la vez las que corresponden al área con mayores ganancias potenciales de eficiencia en 2011. Como hemos visto en epígrafes anteriores, se habían tomado decisiones a veces temerarias en el ámbito de la contratación, la retribución y la jornada laboral, bien fruto de la preocupación por atraer médicos a la región, bien por una política de aversión al conflicto, que olvida en muchos casos el interés de los contribuyentes porque se administren bien sus recursos, o bien por el efecto cascada que cesiones en otras comunidades autónomas con problemas similares generaban sobre las presiones sindicales en cada momento.

Las medidas propuestas inicialmente se articulan en tres grandes bloques:

Bloque 1: Medidas de alto impacto presupuestario y previsión de resistencias internas

- Congelar carrera profesional
- Aumento de jornada laboral
- Cambio en los incentivos que supone el complemento de Incapacidad Temporal
- Supresión de los gastos de acción social

Bloque 2: Medidas de mediano impacto presupuestario pero de alto valor organizativo, para garantizar la percepción de equidad en el esfuerzo por parte de todos

- Reducción de liberados sindicales
- Reducción de mandos intermedios
- Reducción de la estructura de servicios centrales del SESCAM
- Reducción de directivos
- Reordenación de las Oficinas Provinciales de Prestaciones

Bloque 3: Medidas estratégicas, no tanto por su impacto en costes sino por su impacto a medio plazo en la actividad asistencial

- Fijar la edad de jubilación a los 65 años
- Cambio en la libranza de sábados y prefestivos
- Cambios en la exención de guardias a mayores de 55 años

Bloque 4: Medidas de ordenación asistencial con impacto directo en los costes de personal

- Reordenación de la actividad programada en puentes y periodos festivos
- Revisión de plantillas y reducción de personal eventual y sustituto
- Reordenar procesos asistenciales
- Adecuar Puntos de Atención Continuada a las necesidades asistenciales
- Medidas sobre la atención continuada
  - Disminución del precio-hora de la guardia
  - Eliminación de la retribución extraordinaria a la 5ª guardia y sucesivas
  - Reorganización de guardias en función de las necesidades asistenciales
- Eliminación del pago por autoconcierto, las famosas peonadas
- Revisar el complemento de dispersión geográfica
- Adecuar y equilibrar cargas de trabajo a las necesidades, revisando las plantillas existentes respecto a las necesarias

La adopción de medidas en el ámbito de los recursos humanos, a la vez que el más necesario en aquellos momentos por la acumulación de ineficiencias que hemos visto en epígrafes anteriores, es el más delicado, dado que las medidas afectan a personas. Además, la rigidez de la organización sanitaria pública evita que las reducciones de plantilla se apliquen sobre quien menos aporta a los pacientes. Se hacen por riguroso orden de antigüedad según el tipo de contrato, de manera que seas mejor o peor profesional, sale el que le toca por orden de lista.

Esto supone renunciar a excelentes profesionales en muchos casos, en detrimento de otros que perdieron la motivación hace años o nunca la tuvieron, y que suponen un obstáculo permanente para sus compañeros en el día a día.

Sí se tuvo especial cuidado en mantener la equidad en el esfuerzo. Era fundamental, primero como exigencia ética, y segundo como medida de gestión del cambio. Si era visualizado que el esfuerzo era compartido, era más fácil que los profesionales vieran que las medidas eran necesarias, y que se hacían de manera no hiriente para nadie. Como ejemplo, en la tabla 13 vemos un cuadro de evaluación de impactos de las medidas de recursos humanos, con detalle de los colectivos afectados, impacto esperado en costes, y número de profesionales afectados con cada medida

**Tabla 13: Análisis de impacto de las medidas en Recursos Humanos. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en abril 2015**

|                                    | FACULTATIVOS | ENFERMERIA | OTRO PERSONAL SANITARIO | PERSONAL NO SANITARIO | AHORRO EST. | Nº PROFESIONALES AFECTADOS |
|------------------------------------|--------------|------------|-------------------------|-----------------------|-------------|----------------------------|
| Congelar Carrera Profesional       | x            | x          | x                       | x                     | 18.500.000  | 13.142                     |
| Aumento jornada 2,5                | x            | x          | x                       | x                     | 44.473.862  | 29.800                     |
| Supresión complemento IT           | x            | x          | x                       | x                     | 12.800.000  | 29.800                     |
| Control absentismo                 | x            | x          | x                       | x                     | 5.000.000   | 29.800                     |
| Reducción acción social            | x            | x          | x                       | x                     | 1.300.000   | 18.943                     |
| Reducción mandos intermedios       | x            | x          | x                       | x                     | 15.800.000  | 500                        |
| Reducción. Eventuales y sustitutos | x            | x          | x                       | x                     | 30.360.000  | 920                        |
| Acciones A. Continuada             | x            | x          |                         |                       | 29.050.000  | 11.071                     |
| Cambios Exención guardias >55      | x            | x          |                         |                       | 0           | 506                        |
| Ajustes en A Primaria              | x            | x          |                         |                       | 18.172.800  | 4.341                      |
| Forzar Jubilación 65               | x            |            |                         |                       | 10.953.085  | 199                        |
| Quitar libranza sábados            | x            |            |                         |                       | 1.203.137   | 6.425                      |
| No actividad programada en puentes | x            | x          | x                       | x                     | 33.000.000  | 29.800                     |

|                             |  |  |  |   |           |     |
|-----------------------------|--|--|--|---|-----------|-----|
| Reducción directivos        |  |  |  |   | 3.000.000 | 60  |
| Reducción estructura SESCAM |  |  |  | x | 1.594.405 | 100 |
| Quitar Liberados sindicales |  |  |  |   | 5.000.000 | 120 |

Se trataba de generar un entorno menos extremo en cuanto a retribuciones se refiere. Nunca está suficientemente pagado el trabajo de un buen profesional, pero toda organización debe manejar unas reglas mínimas de equidad interna en las retribuciones. En la tabla siguiente podemos ver la estructura de salarios por encima de los 60.000 euros anuales en 2011 y 2012, esto es, por encima del salario de los directores generales o del gerente del SESCAM. La tabla de 2010 hubiera sido mucho más escandalosa, por efecto de las retribuciones extraordinarias o peonadas, que ya se habían reducido de manera sustancial en 2011. Como vemos, el primer impacto de las medidas adoptadas contra la crisis afectó de forma muy importante a las retribuciones de alto nivel y fuera de rango, a aquellas que chocarían cualquier análisis en detalle.

**Tabla 14: Estructura de retribuciones por tramos de renta en la parte alta de las retribuciones del SESCAM, en 2011 y 2012. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015**

|                | 2011 | 2012 |
|----------------|------|------|
| Más de 60.000  | 5037 | 3387 |
| Más de 80,000  | 2514 | 926  |
| Más de 90,000  | 1521 | 354  |
| Más de 100,000 | 903  | 144  |
| Más de 120,000 | 364  | 23   |
| Más de 140,000 | 117  | 3    |
| Más de 150,000 | 63   | 1    |
| Más de 170,000 | 19   | 0    |
| Más de 200,000 | 4    | 0    |

### 10.1.1 Congelar la carrera profesional

El desarrollo de la carrera profesional es un proceso continuo en el que los profesionales deben mantener un alto nivel de competencias, de capacitación y de actualización de conocimientos durante toda su vida activa o profesional, lo que repercute en una mejora cuantitativa y cualitativa de la atención sanitaria cuyo destinatario final es el ciudadano o paciente.

En la carrera profesional, los profesionales progresan de forma individualizada mediante un sistema de grados, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia docente e investigadora y cumplimiento de los objetivos de la

organización. Es un importante instrumento de motivación en política de recursos humanos que reconoce el esfuerzo del trabajador, valora su mejor formación y su implicación con los objetivos del centro sanitario. No obstante, este concepto se ha pervertido por una mala implantación en la mayoría de los servicios de salud españoles, pasando a incorporar mecanismos que generan un práctico automatismo entre cumplimiento de los plazos mínimos marcados y reconocimiento del correspondiente nivel profesional. Así, en vez de herramienta de reconocimiento al desarrollo profesional, se ha convertido en un complemento de antigüedad mejorado, muy lejos de lo que debería ser una carrera profesional. Además, la carrera se entiende como irreversible, de manera que el profesional que pierde sus conocimientos y habilidades que le hacían merecedor de un grado determinado, mantiene este como si de una plaza en propiedad se tratase.

Las características generales del sistema de carrera profesional implantado en el SESCAM son:

- Acceso voluntario e individual
- Homologable en todo el Sistema Nacional de Salud
- Evaluable por comités específicos de los méritos profesionales
- Reconocedora de valores y méritos profesionales
- Abierta: sin *numerus clausus*.
- Progresiva y graduada en el tiempo
- Retribuida e incentivada por grados
- Distribuida en 4 grados
- Consolidable

El marco legal regulador de la carrera profesional viene recogido en la 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, de Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Sobre la base de esta normativa, se ha diseñado un sistema que permite a cada Servicio autonómico de Salud diseñar sus propios modelos de carrera profesional.

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, previa negociación y acuerdos con las Organizaciones Sindicales, ha regulado la carrera profesional a través de los siguientes Decretos y Resolución de homologación:

- Decreto 117/2006, de 28-11-2006, por el que se regula la carrera profesional para el personal licenciado y diplomado sanitario, modificado por Decreto 88/2008, de 24 de junio de 2008.
- Decreto 62/2007, de 22-05-2007, por el que se regula el sistema de carrera profesional para el personal estatutario sanitario de formación profesional y personal estatutario de gestión y servicios, modificado por Decreto 89/2008, de 24 de junio de 2008.
- Resolución de 22/02/2010, de la Dirección Gerencia, por la que se regula el procedimiento para la homologación en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha de los grados de carrera profesional reconocidos por otros Servicios de Salud.

Mediante procedimiento extraordinario, o sea, como encuadramiento inicial fruto de la implantación del sistema, el SESCAM reconoció el complemento de carrera, dentro de licenciados y diplomados sanitarios, a 8.965 profesionales, de los cuales 7.487 es personal fijo (Grados I, II y III) y 1.478 personal temporal (Grado I).

Tabla 15: Grados de carrera profesional reconocidos en procedimiento extraordinario a personal licenciado y diplomado sanitario. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del Sescam. Extraído en enero 2015

| <b>PERSONAL FIJO</b>        | <b>Nº PROFESIONALES</b> |                 |                  |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------|------------------|
|                             | <b>GRADO I</b>          | <b>GRADO II</b> | <b>GRADO III</b> |
| <b>LICENCIADO SANITARIO</b> | 495                     | 455             | 2.145            |
| <b>DIPLOMADO SANITARIO</b>  | 338                     | 730             | 3.314            |
| <b>TOTAL</b>                | <b>833</b>              | <b>1.185</b>    | <b>5.469</b>     |

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| <b>PERSONAL TEMPORAL</b> | <b>GRADO I: 1.478</b> |
|--------------------------|-----------------------|

En relación con el personal estatutario sanitario de Formación Profesional y personal estatutario de Gestión y Servicios, se reconoce el Grado de carrera a 6.867 profesionales, de los cuales 980 es personal temporal (Grado I) y el resto, 5.887 personal fijo (Grados I, II y III).

Tabla 16: Grados de carrera profesional reconocidos en procedimiento extraordinario a personal de Gestión y Servicios y personal sanitario de Formación Profesional. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015

|                 | <b>Nº PROFESIONALES</b> |                 |                  |
|-----------------|-------------------------|-----------------|------------------|
|                 | <b>GRADO I</b>          | <b>GRADO II</b> | <b>GRADO III</b> |
| <b>FIJOS</b>    | <b>444</b>              | <b>1.354</b>    | <b>4.089</b>     |
| <b>TEMPORAL</b> | <b>980</b>              |                 |                  |

Una vez puesto en marcha el sistema, mediante procedimientos ordinarios, y respecto de los profesionales Licenciados y Diplomados sanitarios, se han realizado 2 convocatorias, la primera finalizada por Resolución de 29 de octubre de 2010, en la que se ha reconocido algún grado de carrera profesional a 7.853 profesionales, de los cuales 6.339 son fijos y 1.514 temporales

**Tabla 17: Grados de carrera profesional reconocidos en procedimiento ordinario a personal licenciado y diplomado sanitario. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015**

|                               | GRADO I      | GRADO II     | GRADO III  | GRADO IV     |
|-------------------------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| <b>LICENCIADOS SANITARIOS</b> | <b>973</b>   | <b>835</b>   | <b>218</b> | <b>1.166</b> |
| <b>DIPLOMADOS SANITARIOS</b>  | <b>1.770</b> | <b>762</b>   | <b>383</b> | <b>1.746</b> |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>2.743</b> | <b>1.597</b> | <b>601</b> | <b>2.912</b> |

Respecto del personal estatutario sanitario de Formación Profesional y personal estatutario de Gestión y Servicios se ha realizado una convocatoria, por Resolución de 24 de febrero de 2010, en la que se ha reconocido algún grado de carrera profesional a 5.212 profesionales, de los cuales 3.538 son fijos y 1.674 temporales.

Como podemos apreciar, el reconocimiento de la carrera profesional fue ampliamente generoso en el SESCAM desde su implantación, con gran número de profesionales situados en el grado máximo de carrera, y amplias expectativas para el resto de llegar a él.

En la Ley de Medidas (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a), en su disposición derogatoria en el punto 4, suspende el reconocimiento y los pagos de nuevos grados de carrera profesional, lo que truncó una pendiente de crecimiento del gasto que estaba previsto que se incrementara en 16 millones de euros en 2012 por reconocimiento de nuevos grados.

El coste económico de la carrera profesional en el SESCAM fue el siguiente:

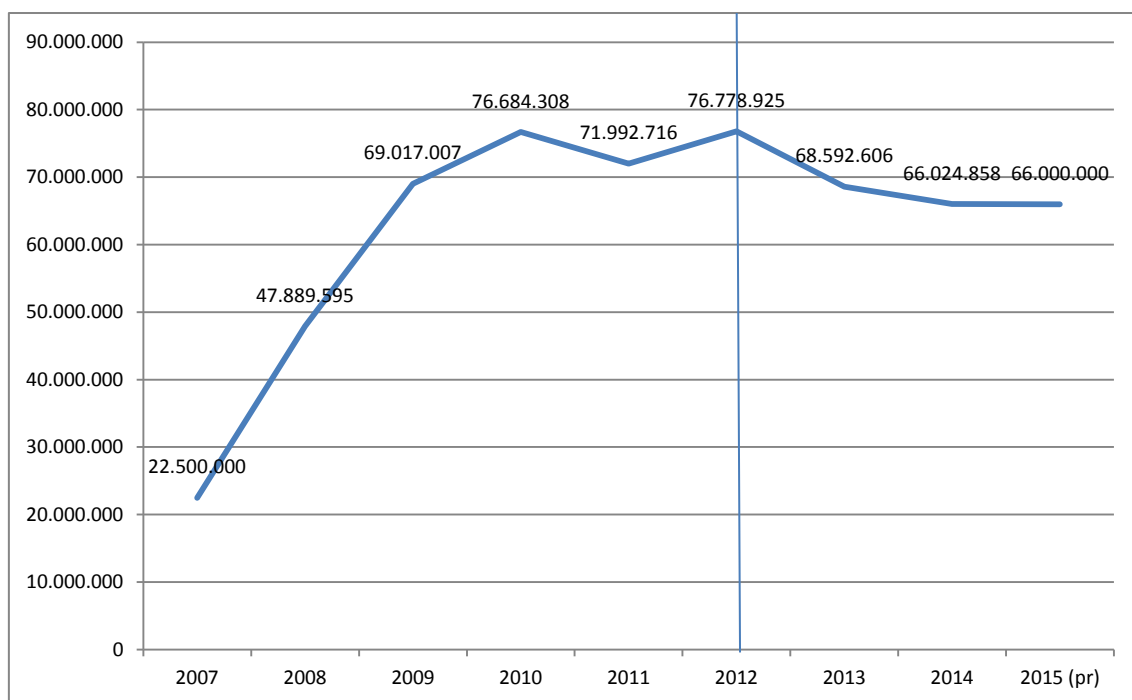


**Ilustración 109: Evolución del coste de la carrera profesional en el SESCAM.** Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015

En 2014, tres años después de la congelación, cobraba carrera profesional un 61% de los profesionales del SESCAM, con la siguiente distribución:

**Tabla 18: Número de profesionales que cobran carrera profesional en el SESCAM.** Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015

| Grupo profesional           | Nº perceptores carrera | coste carrera año 2014 |
|-----------------------------|------------------------|------------------------|
| Licenciados sanitarios      | 4363                   | 26.351.183             |
| Diplomados sanitarios       | 5933                   | 25.994.571             |
| sanitarios de F.P. Grupo C1 | 617                    | 1.369.755              |
| sanitarios de F.P. Grupo C2 | 2058                   | 5.027.941              |
| Gestión y Servicios         | 3618                   | 6.815.437              |
| otros                       | 77                     | 465.971                |
| <b>TOTALES</b>              | <b>16666</b>           | <b>66.024.858</b>      |

Como vemos en la Tabla 18, en el momento de la elaboración del PGSSB la carrera profesional había sufrido un vertiginoso ascenso fruto de la incorporación de categorías y de la resolución de sucesivas convocatorias ordinarias. La previsión establecida en el PGSSB era que de no



suspenderse nuevas convocatorias, el coste para 2012 aumentaría en 16 millones de euros, cifra de todo punto impensable para el Servicio de Salud en ese momento. La carrera fue reduciendo su coste fruto de la jubilación de personal en los años sucesivos, hasta reducirse en 10 millones de euros anuales desde la congelación.

La cifra de personal con reconocimiento de carrera, se ha reducido entre 2012 y 2014 en 4.178 profesionales, como podemos ver en la Tabla 18 y en la Tabla 19.

**Tabla 19: Número de profesionales que cobraban carrera profesional en el momento de la congelación de esta en el momento de la congelación de esta en 2012. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del Sescam. Extraído en enero 2015**

|                                                                               |                |                 |                  |                 |       |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------|-------|
| <b>Licenciados y Diplomados Sanitarios</b>                                    |                |                 |                  |                 |       |
|                                                                               | <b>Grado I</b> | <b>Grado II</b> | <b>Grado III</b> | <b>Grado IV</b> |       |
| Licenciados sanitarios                                                        | 1337           | 1070            | 1197             | 1166            |       |
| Diplomados sanitarios                                                         | 2120           | 1109            | 1951             | 1747            |       |
|                                                                               | 3457           | 2179            | 3148             | 2913            | 11697 |
| <b>Personal Estatutario de Formación Profesional y de Gestión y Servicios</b> |                |                 |                  |                 |       |
|                                                                               | <b>Grado I</b> | <b>Grado II</b> | <b>Grado III</b> | <b>Grado IV</b> |       |
| Grupo A1                                                                      | 19             | 10              | 31               | 8               |       |
| Grupo A2                                                                      | 71             | 45              | 93               | 15              |       |
| Grupo C1                                                                      | 394            | 178             | 302              | 127             |       |
| Grupo C2                                                                      | 1742           | 903             | 1864             | 1200            |       |
| Agrupaciones profesionales                                                    | 607            | 390             | 789              | 359             |       |
|                                                                               | 2833           | 1526            | 3079             | 1709            | 9147  |
|                                                                               |                |                 |                  |                 | 20844 |

La medida adoptada para contener costes fue la suspensión de los Acuerdos y Decretos que regulan la carrera profesional del personal estatutario del SESCAM y suspensión de los efectos económicos de nuevos reconocimientos de grado.

El coste anual calculado de reanudar la carrera profesional sin negociar una modificación del funcionamiento y características de esta es de 24 millones de euros, sin contar posibles atrasos. Por tanto, el importe real ha superado el esperado en términos no ya de ahorro, sino de coste adicional evitado, y es necesario acometer un proceso de negociación para racionalizar y normalizar el desarrollo de la carrera profesional.

### 10.1.2 Aumento de la jornada laboral. Recuperar las horas perdidas

En el epígrafe 3.4.1 La jornada laboral, en la página 91, se analiza la evolución de la jornada en España respecto a Europa y en el SESCAM. Las conclusiones más significativas eran las siguientes:

- La jornada laboral en España sigue un ritmo de reducción en los primeros años de siglo parecido a otros países de nuestro entorno, aunque no así la competitividad global del país.
- Las horas trabajadas en el sector público eran significativamente menores en España que las trabajadas en el sector privado, en un perfil más cercano a Grecia, que nos superaba en esta diferencia, que a Suecia, donde los valores eran mucho más parecidos
- El sector sanitario, público y privado, estaba entre los que menos horas anuales trabajaban de los países de la OCDE, también por debajo de la media de la Unión Europea y de la Zona Euro
- Una vez producidas las transferencias sanitarias en diciembre de 2001, en Castilla-La Mancha se firmaron acuerdos sindicales para reducir drásticamente el tiempo trabajado por los profesionales sanitarios
- En comparación con otros servicios de salud, como podemos ver en la Ilustración 82 de la página 96, el SESCAM en 2011 era de los servicios regionales de salud en España con una jornada efectiva más baja

Así, el PGSSB de Castilla-La Mancha, en la Ley 1/2012, de 21 de febrero, de Medidas Complementarias para la Aplicación del Plan de Garantías de Servicios Sociales (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) en su artículo 1 establece la jornada laboral de 37,5 horas en toda la Junta. Los artículos 10 y 11, específicos para el SESCAM, adaptan este principio a las peculiaridades del Servicio de Salud, dejando la jornada como sigue:

**Tabla 20: Cambios en la duración de la jornada laboral previstos en la LGSSB (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) artículo 10**

|                                    | Insalud | Sescam 2003 |        | Sescam 2012 |
|------------------------------------|---------|-------------|--------|-------------|
| <b>Turno en horario diurno</b>     | 1645    | 1519        | -7,66% | 1645        |
| <b>Turno fijo nocturno</b>         | 1470    | 1450        | -1,36% | 1470        |
| <b>Jornada del turno rotatorio</b> | 1530    | 1491        | -2,55% | 1530        |

El aumento de jornada tiene un impacto directo en los costes de todos los dispositivos con trabajo a turnos, como unidades de enfermería, servicios de urgencias, o personal de apoyo que presta su trabajo a turnos. Además, el SESCAM estaba interesado en que el personal que no trabaja a turnos también aumentara de forma efectiva su jornada. Era necesario evitar tentaciones complacientes de aumentar en media hora la hora de salida, que no iban a repercutir para nada en la mejora de la asistencia. Con el aumento de jornada en facultativos no se perseguía principalmente un ahorro directo, sino un aumento de la productividad en términos de actividad asistencial que mejora el servicio al paciente y evita la necesidad de generar pagos por jornadas extraordinarias. Así, el artículo 12 de la citada Ley, establece que 'Las Gerencias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), en uso de su capacidad

de organización y de dirección del trabajo, dictarán anualmente instrucciones en orden a articular la actividad de los distintos servicios y del personal de cada uno de ellos para su adecuado funcionamiento'. Así, mediante los planes funcionales, se articula una estrategia de recuperación de la flexibilidad organizativa perdida desde hacía muchos años para que cada centro sanitario y cada unidad de gestión clínica pueda establecer un plan de jornada adecuado para dar el mejor servicio a los pacientes y para sacar el máximo partido a las instalaciones del centro. Esta disposición abre un proceso que, junto con otras medidas, ha permitido aumentar la capacidad productiva en jornada ordinaria de forma muy significativa.

El aumento de jornada ha tenido un impacto muy apreciable sobre el volumen de actividad asistencial realizada, en atención primaria y en hospitales. Como ejemplos, veamos el volumen de consultas externas e intervenciones quirúrgicas realizadas en ampliación de jornada, esto es, en tardes adicionales en las que los profesionales prestan servicio para cumplir con la jornada ordinaria.

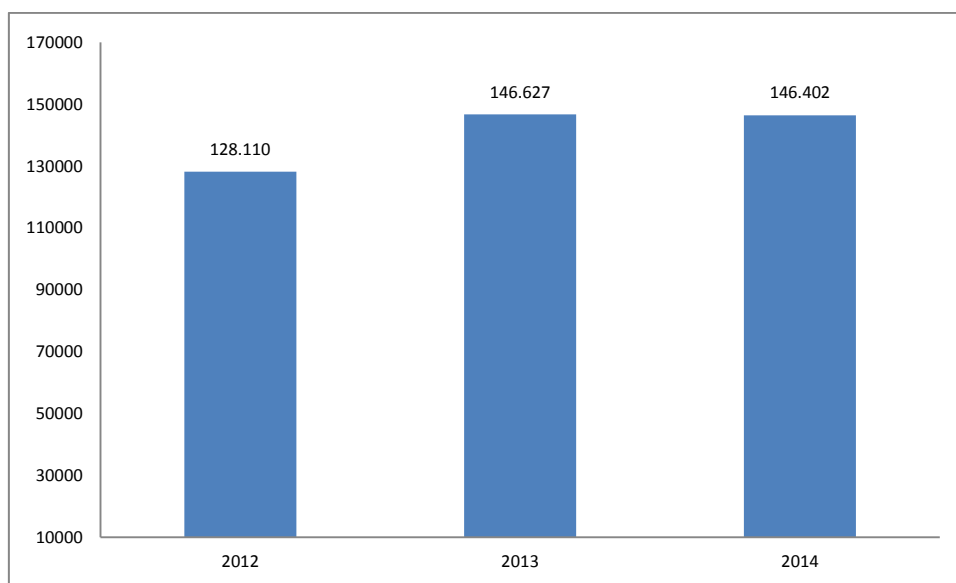


**Ilustración 110: Actividad realizada de consultas externas hospitalarias en tiempo de ampliación de jornada.**  
Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM

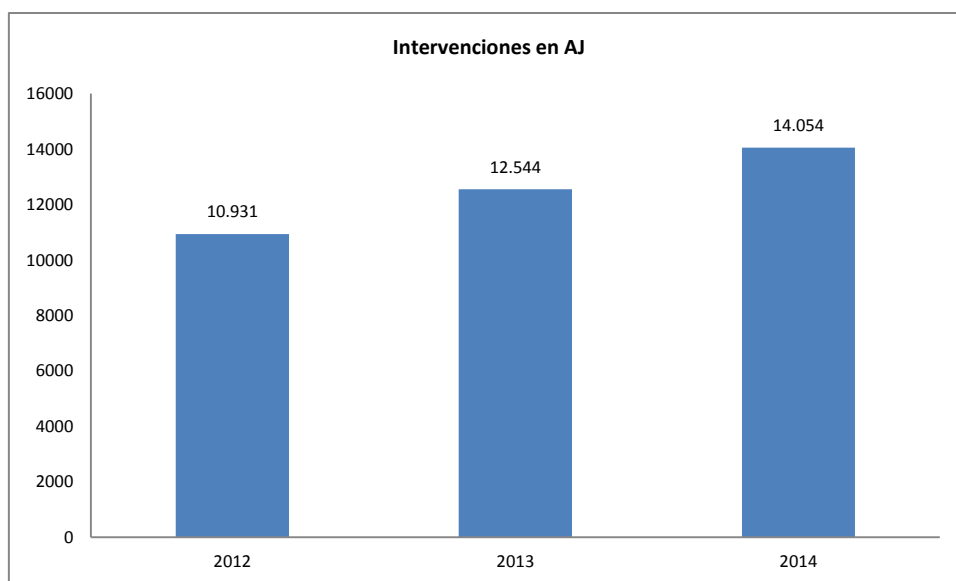


**Ilustración 111: Actividad realizada de intervenciones quirúrgicas en tiempo de ampliación de jornada. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM**

Como venos, el volumen de actividad desarrollado en ampliación de jornada es muy importante y creciente en estos años. Esta actividad se había perdido por la laxa gestión mantenida desde las transferencias. Cuando se reduce la jornada de los profesionales sanitarios, se reduce su capacidad de dar servicio de manera eficaz a la población.

En el epígrafe 10.1.12 Cambios en la exención de guardias a mayores de 55 años, en la página 178, veremos de forma conjunta el impacto en la actividad de esta medida junto con los cambios en la citada exención de guardias. Dicho impacto, como veremos, es muy importante en el SESCAM.

### 10.1.3 Complemento de Incapacidad Temporal. Una lección sobre incentivos perversos

En el epígrafe 3.4.6 Absentismo de la página 107, vimos la problemática que genera el absentismo para las empresas. Problemática mucho más acusada si cabe para el SESCAM, que tenía en 2012 un absentismo propio prácticamente el doble que el de la población general. Como vimos en este epígrafe, los costes del absentismo son muy altos, tanto en dinero, como en pérdida de actividad, como incluso en términos de desmotivación de la plantilla.

La Ley de Medidas Complementarias para la Aplicación del Plan de Garantías de Servicios Sociales (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) en su artículo 20 ha modificado el complemento de mejora por Incapacidad Laboral a todos los empleados públicos de la JCCM, procediendo a 'Reducir el complemento salarial de I.T., al 75% y suprimirlo en los primeros 3 días, circunscribiéndola a los supuestos de I.T. por enfermedad común y enfermedad no laboral, será un factor importante para la **reducción del absentismo laboral**'.

Esta reducción no se aplicaría en los supuestos de I.T. que tengan su origen en accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Esta medida debe complementarse con la actuación de la Inspección en aquellos supuestos de I.T. de duración igual o superior a 20 días, o aquellas que sean reiterativas.

En la tabla siguiente vemos como quedaba regulado el porcentaje del complemento de incapacidad temporal que tienen derecho a percibir los trabajadores al servicio de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha que se encuentren en situación de incapacidad temporal, derivada de enfermedad común y accidente no laboral, en el Régimen General de la Seguridad Social:

**Tabla 21: Porcentajes de complemento de IT previstos en la LGSSB en su artículo 20 (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a)**

| <b>Periodo de la baja</b> | <b>Prestación de la Seguridad Social</b><br>(cálculo sobre la base de cotización) | <b>Complemento por Incapacidad Temporal</b><br>(cálculo sobre las retribuciones fijas) |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Días 1 a 3</b>         | 0%                                                                                | 0%                                                                                     |
| <b>Días 4 a 10</b>        | 60%                                                                               | 0%                                                                                     |
| <b>Días 11 a 20</b>       | 60%                                                                               | Hasta el 75%                                                                           |
| <b>A partir del 21º</b>   | 75%                                                                               | Hasta el 100%                                                                          |

La aplicación de la regulación del complemento de incapacidad temporal establecido en la citada Ley 1/2012 ha tenido en el Sescam un claro efecto de reducción del número de días de bajas por incapacidad temporal derivadas de enfermedad común y accidente no laboral.

El impacto en la prevalencia y la incidencia de la IT fue inmediato. Como podemos ver en la Ilustración 112 y en la Ilustración 113, con la aparición de la Ley de Garantías, la incidencia y la prevalencia de la IT bajaron drásticamente. La incidencia se igualó a la población general, y la prevalencia mantuvo una distancia menor, pero todavía significativa, dado que la reducción del número de bajas fue acompañada de un importante aumento en la duración media de las bajas (ha pasado de 28 a 68 días desde la aplicación de la Ley 1/2012 a 2015). El ahorro neto anual para el SESCAM por estos efectos fue de 3,55 millones de euros, aunque el impacto es mucho mayor por las sustituciones asociadas y por el impacto sobre la actividad que tienen las bajas laborales en un centro sanitario.

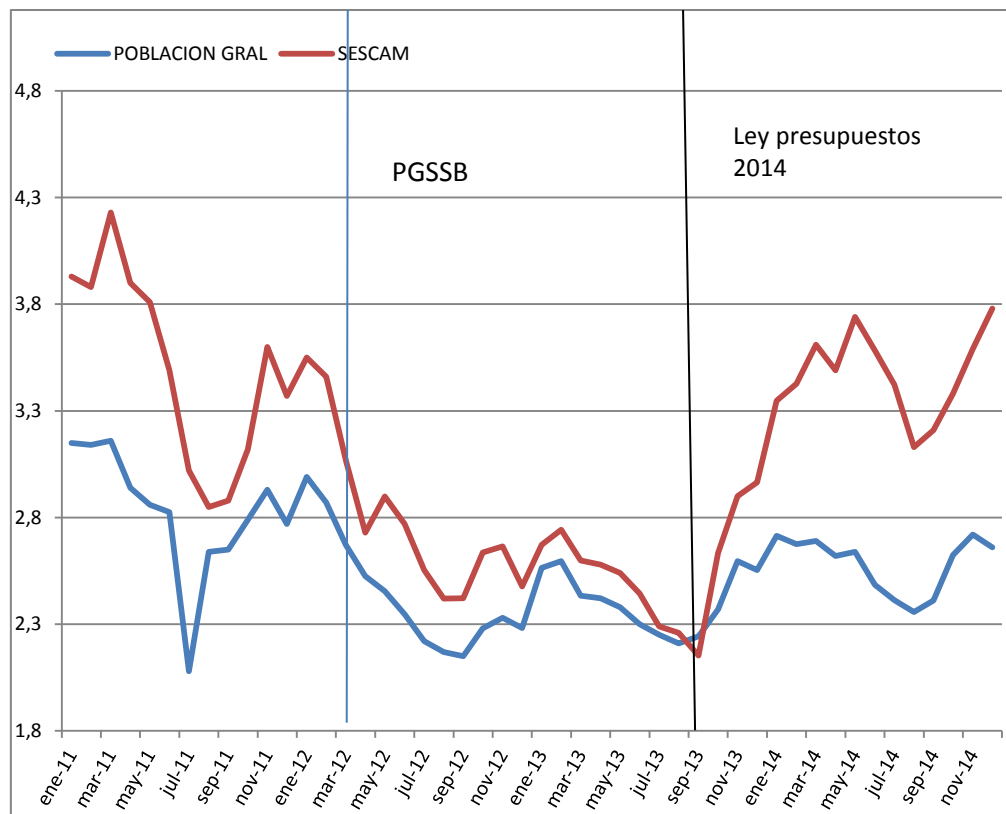


**Ilustración 112: Prevalencia de la Incapacidad Temporal en el SESCAM respecto a la población general. Fuente: Gerencia de Inspección y Evaluación del SESCAM**

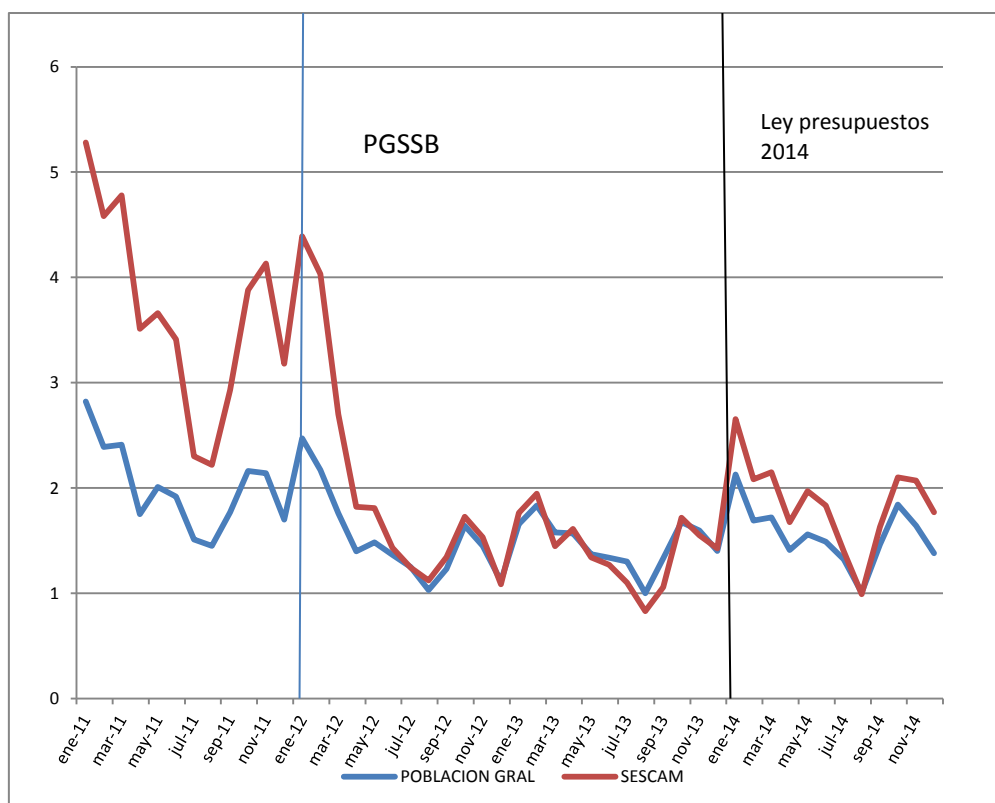


**Ilustración 113: Incidencia de la IT en el SESCAM respecto a la población general. Fuente: Gerencia de Coordinación, Inspección y Evaluación del SESCAM**

El resultado había sido espectacular, la incidencia de la IT después de las medidas no era inferior a la de la población que paga sus impuestos, y tampoco superior. Es un ejemplo claro de cómo un incentivo perverso modifica la conducta de los profesionales, y de cómo al retirar este, la conducta vuelve a los niveles anteriores.

Por desgracia también es un ejemplo de cómo la salida progresiva de la crisis puede hacer revertir las reformas que habían dado buenos resultados en la Administración. La inercia de los que piensan que las medidas adoptadas son sólo un préstamo reintegrable en el tiempo, y no la corrección de gruesos errores de decisiones pasadas es muy importante en la Administración, y pone en riesgo todo lo conseguido con tanto esfuerzo.

El Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, reguló con carácter básico en el artículo 9, unos límites máximos de retribuciones a percibir durante las bajas de IT por contingencias comunes, suavizando las reducciones del complemento que se habían tomado con anterioridad. Adicionalmente, el apartado 5 de dicho artículo 9, establece que “cada Administración Pública podrá determinar, respecto a su personal, los supuestos en que con carácter excepcional y debidamente justificados se pueda establecer un complemento hasta alcanzar, como máximo, el cien por cien de las retribuciones que vinieran disfrutando en cada momento. A estos efectos, se considerarán en todo caso debidamente justificados los supuestos de hospitalización e intervención quirúrgica”.

**Tabla 22: Nuevas prestaciones de incentivo a la IT que introduce el Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio**

| <b>Periodo de la baja</b> | <b>Prestación de la Seguridad Social</b><br>(cálculo sobre la base de cotización) | <b>Complemento por Incapacidad Temporal</b><br>(cálculo sobre las retribuciones fijas) |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Días 1 a 3</b>         | 0%                                                                                | Hasta el 50%                                                                           |
| <b>Días 4 a 20</b>        | 60%                                                                               | Hasta el 75%                                                                           |
| <b>A partir del 21º</b>   | 75%                                                                               | Hasta el 100%                                                                          |

Adicionalmente, el apartado 5 de dicho artículo 9, establece que “cada Administración Pública podrá determinar, respecto a su personal, los supuestos en que con carácter excepcional y debidamente justificados se pueda establecer un complemento hasta alcanzar, como máximo, el cien por cien de las retribuciones que vinieran disfrutando en cada momento. A estos efectos, se considerarán en todo caso debidamente justificados los supuestos de hospitalización e intervención quirúrgica”. Acababan de dejar a los pies de los caballos a las Administraciones Regionales, que se vieron obligadas a incentivar de nuevo las bajas laborales.

Así, la Ley 9/2013, de 12 de diciembre, de Acompañamiento a los Presupuestos Generales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para 2014 introduce en su Disposición adicional séptima un fuerte aumento de los complementos de IT, en la línea de lo legislado para todo el país. A falta de incentivos a la excelencia, volvemos a incentivar las bajas laborales. El resultado fue inmediato, tanto en costes económicos como en impacto directo sobre la actividad asistencial.

En la Ilustración 112 y en la Ilustración 113 podemos ver, a partir de la segunda línea vertical el impacto inmediato de los nuevos incentivos. La prevalencia del absentismo sube de nuevo hasta los niveles anteriores al Plan de Garantías, y la incidencia sube igualmente aunque en menor medida. Los costes económicos fueron muy altos, pagados por todos los ciudadanos.

La Ilustración 114 nos enriquece más la visión de lo acontecido midiendo el número de días de baja por trabajador. En 2012 baja radicalmente hasta abril, desde los 1,06 días hasta los 0,89 de media, con la publicación de la reducción de los incentivos a la IT. Estos valores se mantienen de forma estable mientras permanece la medida. Cuando se suaviza en 2014, los días medios de baja vuelven a los valores anteriores a 2012, e incluso los superan, alcanzando los 1,11 días de baja por trabajador en noviembre de 2014.



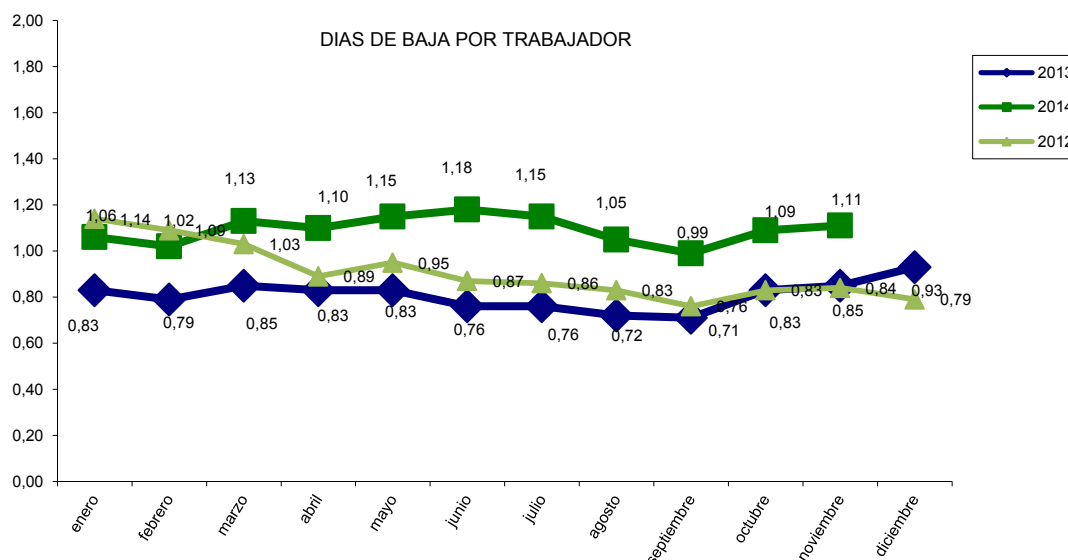


**Ilustración 114: Días de baja por trabajador en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos**

La Ilustración 115 es todavía más explícita, al mostrarnos los resultados comparados con los de la población general. La brecha en días de baja por trabajador vuelve a dispararse. En diciembre de 2014 volvían a ser de 0,66 días por trabajador de media para la población que paga sus impuestos. Para los profesionales del SESCAM de 1,24 días por trabajador. Una lección a aprender por todos.

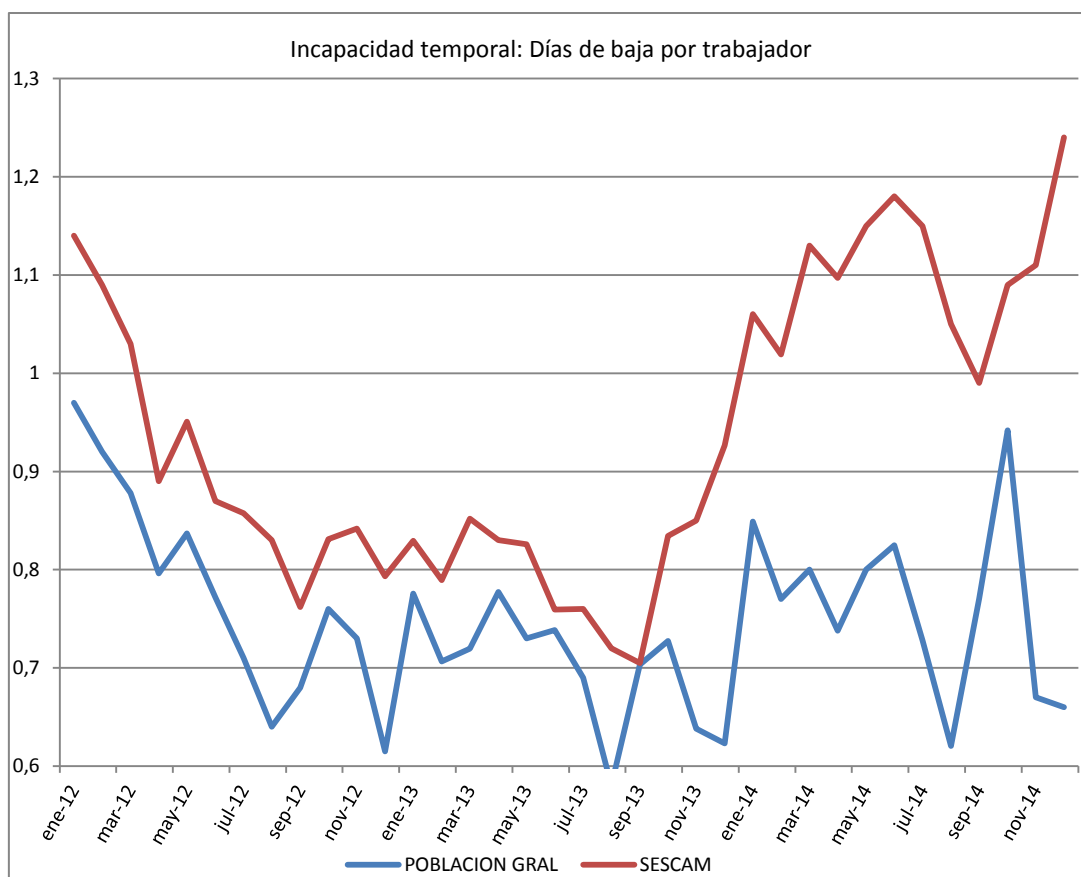


**Ilustración 115:** Días de baja por trabajador en el SESCAM en relación con la población general. Fuente: Gerencia de Coordinación, Inspección y Evaluación del SESCAM

#### 10.1.4 Eliminación de los gastos de Acción Social

Por Orden de 23/12/2011, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, publicada el 26 de diciembre de 2011, se suprimen la mayoría de las ayudas de acción social excepto guarderías, comedor escolar y ayudas a discapacitados del Programa de Ayudas de Acción Social para el personal estatutario del SESCAM.

La disposición derogatoria de la LGSSB (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) establece la derogación del apartado 3.º del título IV, «Acción Social y otras prestaciones», del Acuerdo entre la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y las organizaciones sindicales sobre condiciones de trabajo en la Administración para el período 2008-2011.

Con estos dos pasos, quedaron derogados estos conceptos, con un impacto de 1.700.000 euros anuales.

#### 10.1.5 Reducción de liberados sindicales

La reducción del número de trabajadores liberados sindicales era una exigencia en momentos en los que se pedía un esfuerzo a todos los colectivos profesionales. Estos trabajadores liberados se habían multiplicado en el pasado, y superaban ampliamente las previsiones legales. El Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha acuerda en octubre de 2011 ceñir esta cifra al mínimo legal, pasándose de 275 a 105 liberados.

Se procede en noviembre de ese año a la firma de un Pacto de Interlocución con vigencia hasta el año 2015, algo menos duro pero con una importante reducción de las liberaciones existentes y del nº de horas de permiso sindical, lo que ha supuesto la incorporación de 92 profesionales a la actividad asistencial, evitando la necesidad de los correspondientes sustitutos y de los recursos económicos necesarios para su contratación.

**Tabla 23: Evolución del número de liberados sindicales en la Legislatura 2011-15. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM**

| SITUACION LEGAL EN CADA MOMENTO                          | FECHA DE REFERENCIA    | HORAS MENSUALES | Nº HORAS POR REPRESENTANTE | LIBERADOS EQUIVALENTES |
|----------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|----------------------------|------------------------|
| Pacto interlocución 2008-2011                            | junio-11               | 27550           | 100                        | 275                    |
| Acuerdo Consejo de Gobierno de 13/10/2011 (mínimo legal) | noviembre-11           | 15875           | 150                        | 105                    |
| Pacto interlocución 2011-2015                            | enero-12               | 17825           | 130                        | 137                    |
| Modificación Pacto interlocución 2011-2015               | mayo-13                | 18147           | 130                        | 139                    |
| Previsión tras las elecciones de 05/03/2015              | ABRIL 2015( previsión) | 17747           | 130                        | 136                    |

El ahorro por liberaciones sindicales fue de 2 millones de euros en 2012. Su impacto, ya importante, fue mayor en términos de equidad en el esfuerzo con el resto de profesionales

#### 10.1.6 Reducción de mandos intermedios

Las organizaciones tienen inercia (Martínez, 2001). El cambio es una interrupción ocasional del equilibrio de la organización, en organizaciones de corte tradicional. En el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, al igual que en muchas otras organizaciones burocráticas, se venían acumulando los puestos de responsabilidad como estratos que reflejaban las distintas etapas de gestión. Pero los responsables nombrados anteriormente no perdían todos sus nombramientos cuando se creaban nuevas unidades o enfoques. El miedo acérrimo al conflicto hacía que fuera habitual nombrar nuevos responsables de unidad, pero sin cesar en los cargos a los anteriores. También el crecimiento de nuevas unidades, sin replantear la

utilidad o la aportación que hacían las antiguas. Esto suponía una sobrepoblación de cargos intermedios. En un momento de crisis de sostenibilidad era necesario replantear en base cero las estructuras organizativas, con una idea homogénea de la estructura necesaria, y con impacto desigual sobre cada centro sanitario en función de su situación actual. En términos de gestión del cambio era igualmente importante hacer visible que no sólo se pedían esfuerzos a los profesionales de base, también a los jefes.

Se marcaron criterios de dotación en función del tamaño de cada centro y de su cartera de servicios, y se analizaron casos especiales donde los pudiera haber. Con este principio, el total de mandos intermedios pasó de 1566 en 2011 a 1299 en 2012. Posteriormente, la organización creció hasta los 1452 en 2014, muy por debajo de la cifra de 2011. El crecimiento posterior se debe en parte a la eliminación de cargos intermedios virtuales, que eran reconocidos y pagados habitualmente con productividad fija, y que no sumaban por tanto en los 1566 registrados en 2011. Estos puestos, que en muchos casos estaban justificados, se transformaron en mandos intermedios. Así, la reducción real es mucho mayor que la que muestran los gráficos siguientes.

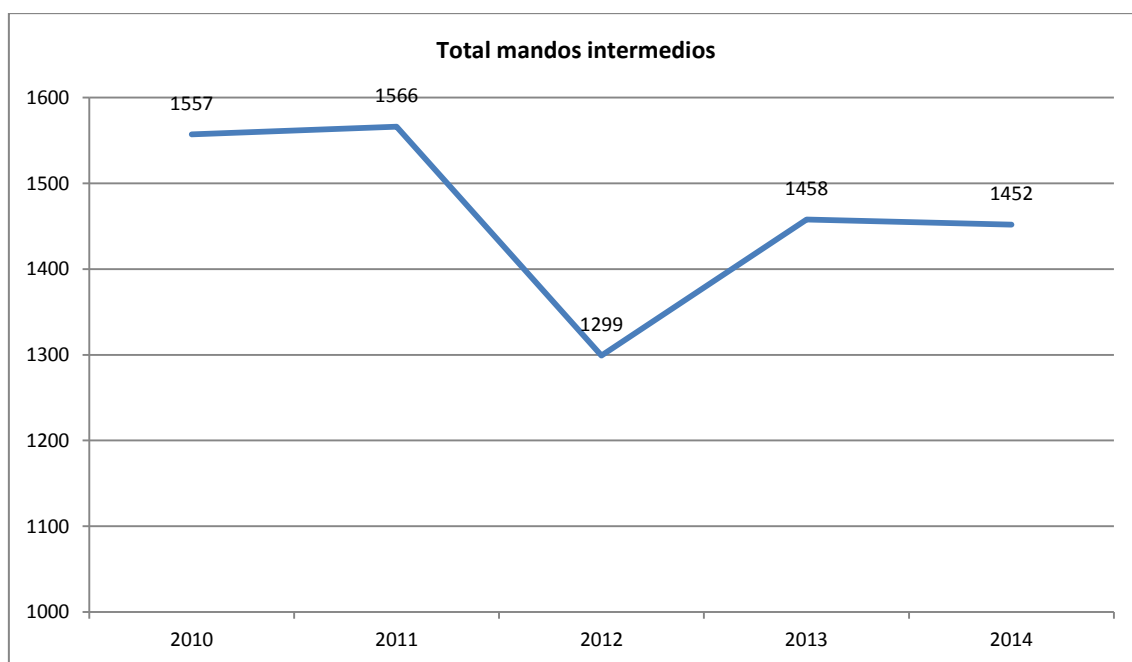


**Ilustración 116: Evolución del número de mandos intermedios en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015**

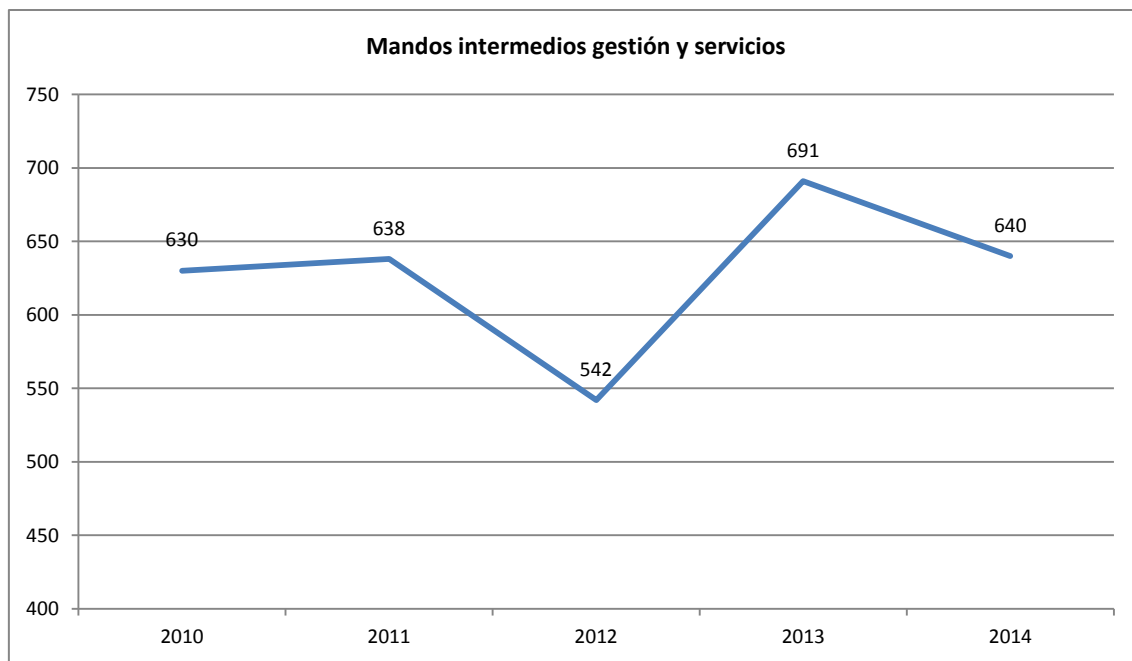


**Ilustración 117: Evolución del número de mandos intermedios del área de gestión y servicios en el SESCAM.**  
Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015

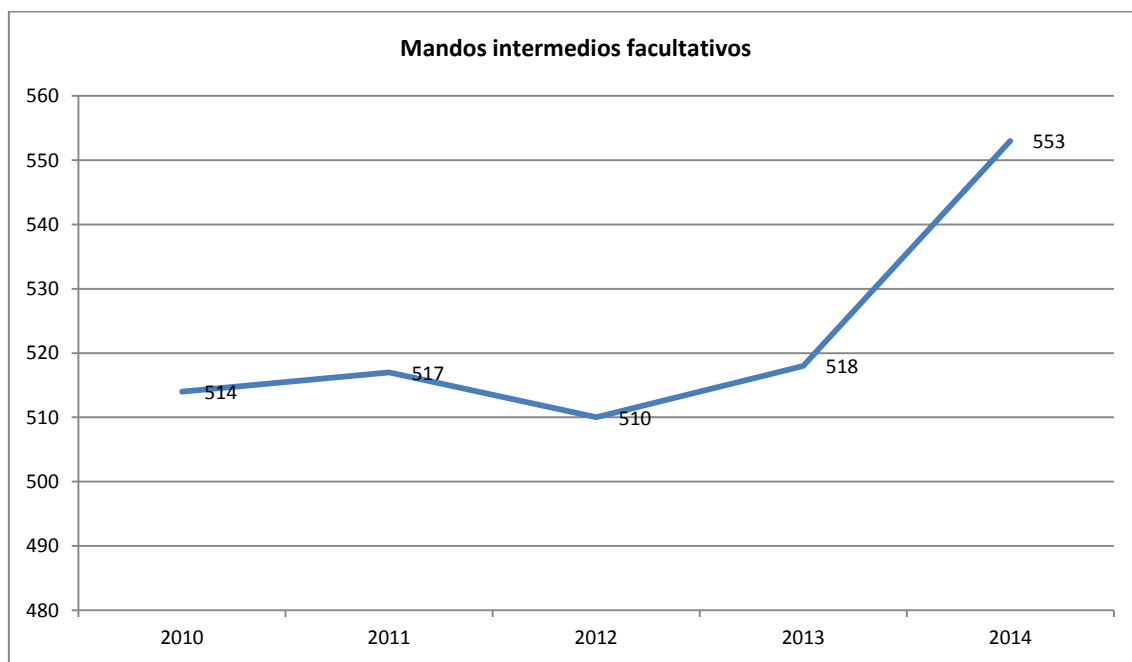


**Ilustración 118: Evolución del número de mandos intermedios facultativos en el SESCAM.** Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015

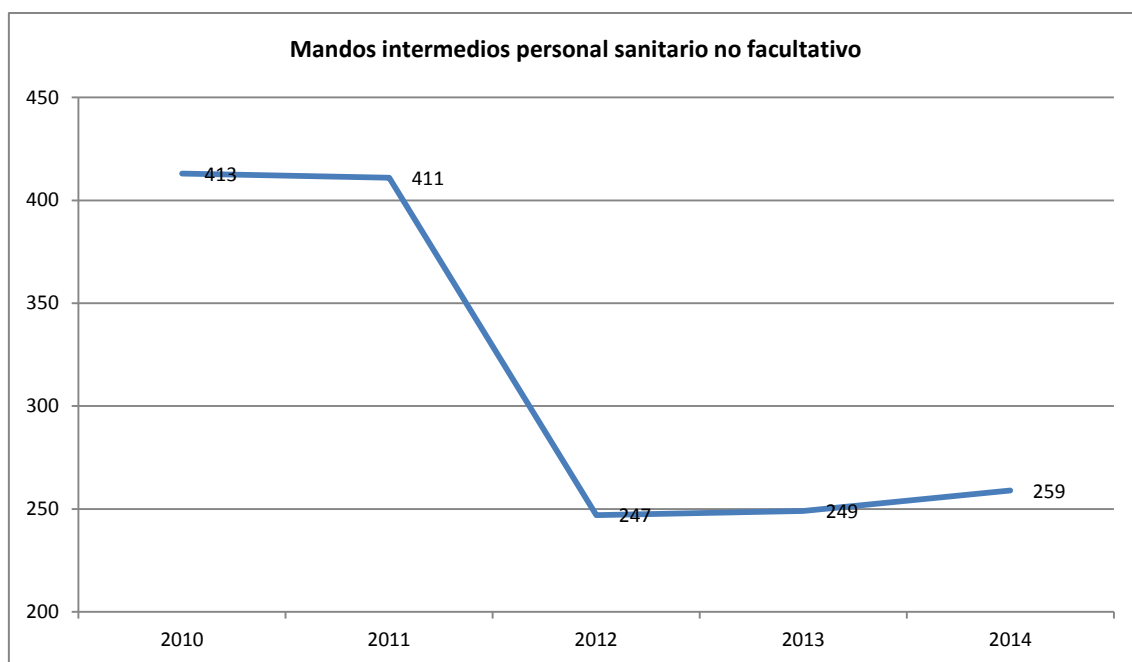


**Ilustración 119:** Evolución del número de mandos intermedios de personal sanitario no facultativo en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015

#### 10.1.7 Reducción de la estructura del SESCAM: Racionalización de Servicios Centrales y de las Oficinas Provinciales de Prestaciones

Otra exigencia en términos de equidad es que las medidas afecten también a las ineficiencias en la estructura central. En 2012 y 2013 se realiza un estudio de necesidades de plantilla de la estructura central del SESCAM. A consecuencia de ello se reduce drásticamente la Relación de Puestos de Trabajo (RPT) de Servicios Centrales, y se pone a disposición de la Junta de Comunidades un número importante de funcionarios con plaza en propiedad para que sean recolocados en otras Consejerías.

Mediante la Orden de 15/02/2013, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, por la que se modifica la Relación de Puestos de Trabajo de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha se llevó a cabo la modificación de la relación de puestos de trabajo reservados al personal funcionario de los Servicios Provinciales de Coordinación e Inspección, con la finalidad de adaptar la plantilla de las extintas Oficinas Provinciales de Prestaciones a las funciones y competencias que serían ejercidas por los nuevos Servicios Provinciales de Coordinación e Inspección. En la Orden citada se incorporaron las siguientes medidas:

- Redistribución de 69 puestos de trabajo, al amparo de lo previsto en el artículo 73 de la Ley 4/2011.
- Supresión de los puestos de trabajo cuya forma de provisión era el concurso general y se encontraban vacantes, así como supresión de los puestos de Coordinador Provincial, Secretario Provincial y Jefe de Servicio de Prestaciones y Usuarios

Se realizaron adaptaciones posteriores, siempre en la línea de adecuar los recursos de apoyo administrativo a las necesidades reales, para permitir dotar de más efectivos en las áreas asistenciales.

**Tabla 24: Evolución de la plantilla del SESCAM en Servicios Centrales (SSCC) y en los Servicios Provinciales de Coordinación e Inspección (SPCI)**

| EVOLUCIÓN PLANTILLA PERSONAL FUNCIONARIO SESCAM |            |            |            |            |            |            |
|-------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                                                 | 2012       | 2013       |            | 2014       |            |            |
|                                                 | DOTADAS    | OCUPADAS   | DOTADAS    | OCUPADAS   | DOTADAS    | OCUPADAS   |
| <b>PERSONAL SS.CC.</b>                          | 230        | 193        | 181        | 167        | 166        | 152        |
| <b>PERSONAL SPCI</b>                            | 253        | 194        | 119        | 117        | 101        | 96         |
| <b>TOTAL</b>                                    | <b>483</b> | <b>387</b> | <b>300</b> | <b>284</b> | <b>267</b> | <b>248</b> |

#### 10.1.8 Reducción de directivos

Una exigencia básica en el cambio organizativo era que las reducciones afectaran igualmente al número de directivos. Quizá un momento como una crisis de la magnitud de la que se vivía en esos meses no era la situación en la que se requieren menos directivos. El informe del King's Fund sobre el futuro del liderazgo directivo en el National Health Service británico (The king's fund, 2011) ya advierte de los riesgos de reducir el número de directivos cuando más falta hacen. Es en momentos de crisis cuando más liderazgo necesita la organización sanitaria, y cuando más personas deben de analizar los procesos para buscar soluciones más productivas y eficaces, y para evitar impactos en la calidad asistencial por cualquier medida adoptada.

En el caso del SESCAM se eligió calidad en vez de cantidad. Siendo conscientes de esta necesidad, se tuvo igualmente en cuenta que la organización no entendería un mantenimiento del número de directivos si el resto de efectivos se reducía. Se optó por la contratación de directivos excelentes, sin perfil político y con marcada experiencia profesional, que pudieran acometer los retos que se presentaban, y a la vez reducir de forma importante el número de directivos. El método seguido fue similar al utilizado para reducir mandos intermedios. Se estandarizaron dotaciones por tipo de centro y cartera de servicios, y se pidió la adaptación de las estructuras existentes, fuertemente desiguales en unos centros respecto a otros, a los estándares acordados, teniéndose en cuenta si existían casos especiales que justificaran alguna excepción respecto al estándar. El resultado lo vemos en la Tabla 25 y en la Ilustración 120. El número de directivos del SESCAM era de 174 en enero de 2011 y de 116 en diciembre de 2014. El impacto económico es significativo, y el impacto en la equidad de la organización fue fundamental, de cara a las medidas que se estaban poniendo en marcha.

**Tabla 25: Evolución anual del número de directivos en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015**

| <b>EFFECTIVOS DIRECTIVOS</b> | <b><i>DICIEMBRE</i></b> |
|------------------------------|-------------------------|
| <b>2011</b>                  | 143                     |
| <b>2012</b>                  | 126                     |
| <b>2013</b>                  | 115                     |
| <b>2014</b>                  | 116                     |



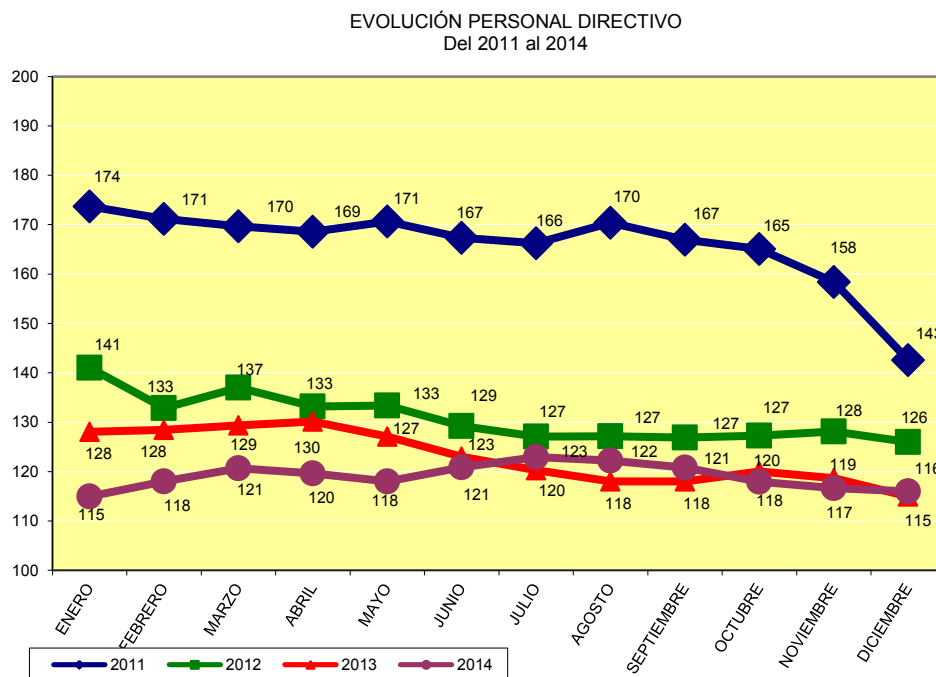


**Ilustración 120: Evolución mensual del número de directivos en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015**

### 10.1.9 Nueva productividad variable

En el epígrafe 3.4.4 Productividad variable e incentivos de la página 101, además de revisar la literatura reciente sobre incentivos en organizaciones sanitarias, vimos los dos problemas que aquejaban a la retribución variable en el SESCAM. Uno era el que su aplicación se había visto muy afectada por pactos sindicales a nivel de centro, y por una práctica de aplicación que alejaba la productividad variable de ser un verdadero motor de la excelencia profesional y del cumplimiento de objetivos por los profesionales. El otro era el que precisamente esta partida había quedado fuera del desenfrenado incremento de los costes laborales en los años siguientes a las transferencias sanitarias, y había tenido un desarrollo muy moderado, como vemos en la Ilustración 87, página 106, perdiendo peso relativo en el sistema retributivo del SESCAM.

La crisis hace todo más complicado. En diciembre de 2011 no pudo pagarse la productividad variable de 2010 dado que no existía liquidez en la Junta de Comunidades para realizar el pago. Fue el momento donde la falta de liquidez sobrepasó todos los capítulos presupuestarios y llegó a la nómina. Las desviaciones presupuestarias existentes en 2011 hicieron ineludible no abonar incentivos ese año a los profesionales del SESCAM, y las cantidades disponibles para Productividad Variable quedaron fuertemente reducidas en los años sucesivos. La presión para su supresión era muy importante, y se consiguió mantener este importantísimo concepto, aun a costa de reducir su cuantía.

El SESCAM, en una situación de colapso financiero como la anteriormente descrita, luchó y consiguió que no desapareciera la productividad variable como consecuencia de la crisis. La

Ley de Medidas para la Garantía de los Servicios Sociales Básicos (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a), en su disposición adicional cuarta, relativa al personal funcionario de la Junta, establecía que ‘Durante el ejercicio 2012 no se asignará cantidad alguna al personal funcionario en concepto de productividad y gratificaciones por servicios extraordinarios, salvo en los supuestos en que exista regulación específica al respecto, en cuyo caso, su cuantía será la vigente a 31 de diciembre de 2011 minorada en un 3%’

En la práctica, los incentivos desaparecieron en Castilla-La Mancha salvo en el SESCAM. La Ley de Presupuestos para 2014 en su artículo 34.2.e establece que ‘e) El incentivo por objetivos, para el que, durante el ejercicio 2014, no se asignará cantidad alguna, salvo lo específicamente previsto para el personal estatutario al servicio de las instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha’.

En cambio, para personal estatutario, el artículo 13 de la Ley establece que ‘A partir de la entrada en vigor de la presente ley, las cuantías a percibir en concepto de Productividad Variable Anual por el personal dependiente de las Instituciones Sanitarias del SESCAM que percibe sus retribuciones conforme al Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del INSALUD, estarán vinculadas en su totalidad al cumplimiento de los objetivos fijados y evaluados por el SESCAM’. Este artículo deroga de hecho todos los acuerdos y costumbres de establecer pagos de incentivos sin un proceso serio de fijación de objetivos y evaluaciones rigurosas de su cumplimiento.

Por tanto, se mantiene la Productividad Variable concepto, se blinda por ley su vinculación a objetivos asistenciales y presupuestarios, y se reducen los fondos disponibles para este concepto de forma muy importante, como vemos en el gráfico siguiente.

EVOLUCIÓN PRODUCTIVIDAD VARIABLE  
IMPORTES ABONADOS 2003-2012

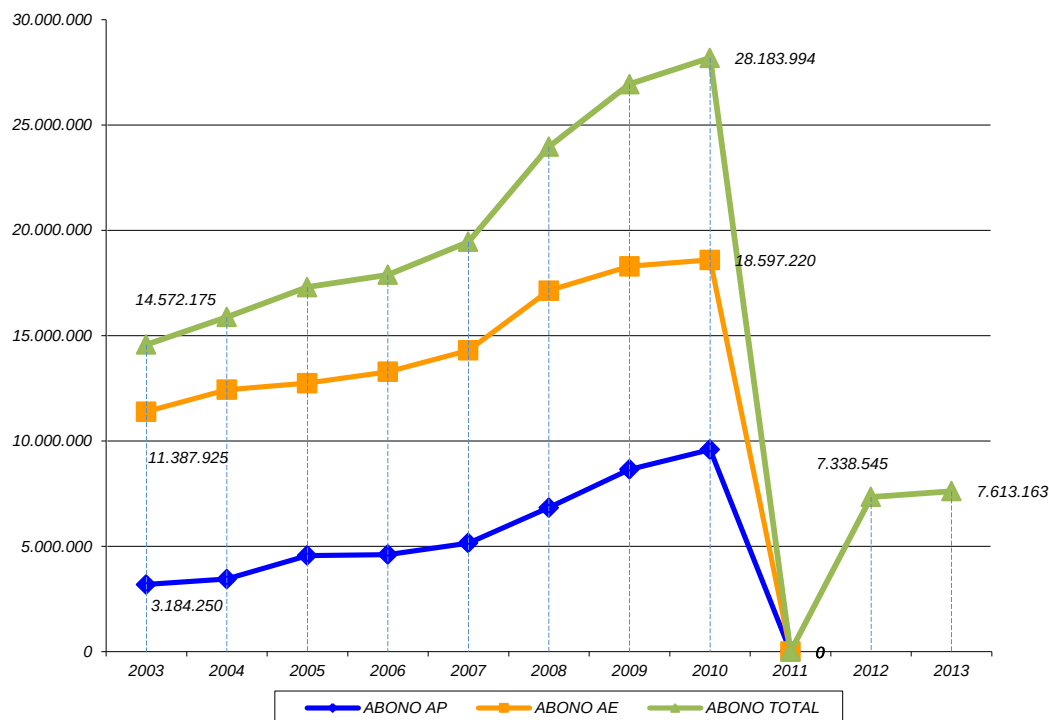


Ilustración 121: Evolución de los pagos por productividad variable en el SESCAM en el periodo 2003 a 2013.  
Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015

Los importes medios abonados a los profesionales por productividad variable son muy modestos, con poca capacidad incentivadora. Se hace un gran esfuerzo de fijación de objetivos y de seguimiento y evaluación de los mismos, pero las cantidades hacen que la potencia del sistema en términos de motivación se pierda en gran parte. Sería deseable que una parte importante de las mejoras salariales que pudieran ser posibles después de la crisis se encauzaran en productividad variable, de manera que la inversión en más retribuciones se retorne al ciudadano en forma de mejores servicios y de premio a los profesionales que más aportan al sistema sanitario.

*EVOLUCIÓN PRODUCTIVIDAD VARIABLE  
IMPORTES MEDIOS ABONADOS 2003-2012*

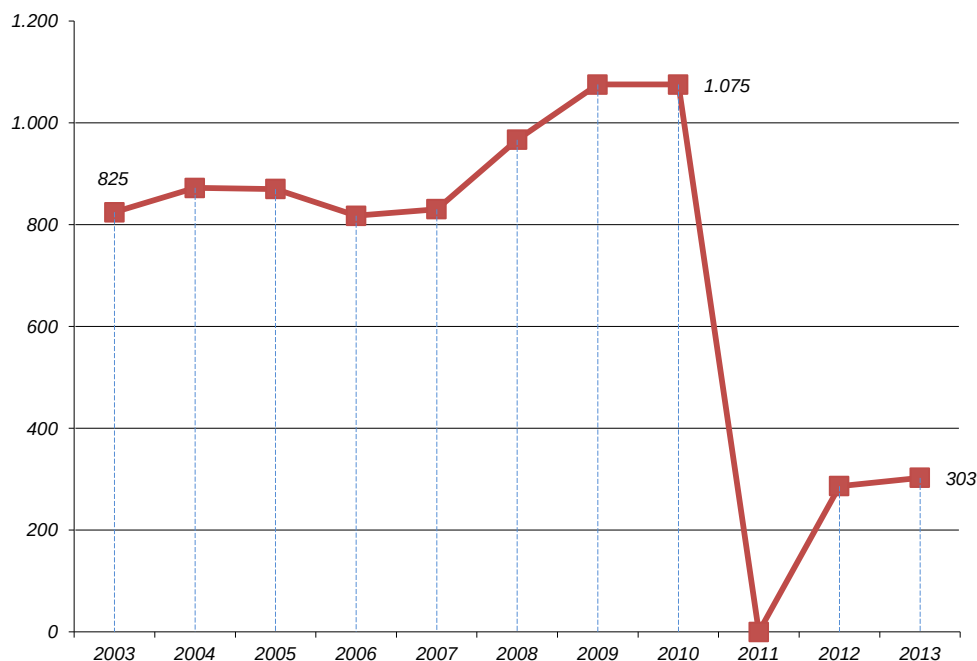


**Ilustración 122: Evolución de las cantidades medias percibidas por trabajador en concepto de productividad variable en el SESCAM en el periodo 2003 a 2013. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015**

### 10.1.10 Jubilaciones a los 65 años

En una situación de crisis de sostenibilidad como la vivida durante estos pasados años, es muy importante buscar los caminos menos traumáticos para aplicar los ajustes necesarios. La realización de ajustes de plantilla por la vía de la jubilación de las personas que han llegado a la edad de 65 años y van a pasar a disfrutar de un merecido retiro es infinitamente menos traumática que la reducción por la vía de la amortización de plazas. Además, en los casos en los que la persona que se jubila ocupa un puesto necesario, el flujo de jubilaciones permite la incorporación al sistema de profesionales jóvenes que de otra manera verían imposible su paso al mundo asistencial.

De acuerdo con el Estudio sobre la evolución laboral de los especialistas egresados de la Formación Sanitaria Especializada entre 2009 y 2012 (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2014), en el año 2012 había un 13,5% de especialistas con la formación recién terminada en desempleo, frente a un 5,2% en 2009. De estos, la peor parte se la llevan los biólogos, químicos, farmacéuticos y enfermeros, mientras que los médicos recimantienen en 2012 un 6,9% de desempleo.

La jubilación a los 65 años era un requisito fundamental en 2012, y el marco legal para hacerlo siempre ha sido ambiguo y confuso. Como ocurre con mucha legislación sanitaria, se cae en la ambigüedad calculada en la redacción de los preceptos, con el fin de contentar a todos los grupos de presión. Esto hace que en la práctica la aplicación de la Ley sea compleja, y dada a la interpretación de los jueces, que suelen fallar a menudo en este ámbito en contra de la Administración.

El artículo 26.2 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud establece con carácter general, la edad de jubilación forzosa del personal estatutario a los 65 años de edad y prevé el régimen de prolongación de su permanencia en el servicio activo, hasta cumplir como máximo la edad de 70 años, que tendrá lugar previa autorización de esta prolongación por el Servicio de Salud, en función de las necesidades de la organización, articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos.

El 30 diciembre de 2011, se publicó la Resolución de 21/12/2011, de la Dirección Gerencia del SESCAM, por la que se dispone la publicación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos, en el ámbito de la jubilación por el que se establece que no se concederán prórrogas de jubilación, a partir de 1 de enero de 2012, salvo que existan necesidades organizativas o asistenciales.

La Ley 6/2012, de 2 de agosto, de acompañamiento de la Ley 1/2012, de 21-2-2012, de Medidas Complementarias para la Aplicación del Plan de Garantías de Servicios Sociales Básicos de Castilla-La Mancha, como medida de contención del Gasto Público estableció en su artículo 1.1 una prohibición de concesión o renovación de solicitudes de permanencia al servicio activo aplicable a todo el personal al servicio de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha no sometido a la legislación laboral, que regiría durante los dos años siguientes a la entrada en vigor de esta Ley, y cuya vigencia en el ámbito del SESCAM ha sido prorrogada por las sucesivas leyes de presupuestos.

En el ámbito de los facultativos, que son los profesionales que suelen pedir la prórroga en el servicio una vez cumplidos los 65 años, los datos sobre el número de jubilaciones realizadas son los siguientes:

**Tabla 26: Número de jubilaciones de facultativos al año desde 2012 en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015**

| <b>Año</b> | <b>Número de jubilaciones</b> |
|------------|-------------------------------|
| 2012       | 183                           |
| 2013       | 93                            |
| 2014       | 87                            |
| <b>Año</b> | <b>Previsión</b>              |
| 2015       | 63                            |

### 10.1.11 Quitar libranza de sábados y vísperas de festivos

Uno de los retos a asumir de cara a la recuperación del Servicio de Salud era volver a niveles de productividad adecuados. Una gestión permisiva y acomodaticia como la acometida en España en la primera década de este siglo iba pactando reducciones de jornada efectiva con una alegría inusitada. Unas veces eran días de asuntos propios, otras libranzas, otras licencias por asuntos variopintos, y otras puras y simples reducciones de jornada. El resultado era una pérdida de productividad galopante, que tenía que ser compensada con incentivos perversos e inequitativos como son las peonadas, y que poco a poco iba arruinando la capacidad del sistema sanitario de dar un nivel de actividad sanitaria acorde con las necesidades de la población, e impidiendo a los buenos profesionales poder hacer su trabajo.

El caso de la libranza de sábados y vísperas de festivos es un buen ejemplo de ello. La libranza de la guardia es un concepto totalmente razonable y de sentido común, llevada al más completo absurdo al aplicarse las reglas de la administración y de la política. Un profesional sanitario que hace guardia y trabaja durante 24 horas seguidas no está en condiciones de prestar asistencia al día siguiente, esto es algo claro. Este descanso nunca ha supuesto legalmente una reducción de jornada, sino una flexibilidad organizativa a la hora de articular esta, de manera que el saliente de guardia pueda descansar después de esta y hacer su jornada en otro momento. Pero en la práctica hacía años que no era así, y el descanso del día después de la guardia no se recuperaba en la práctica, con la consiguiente pérdida de productividad. Esta picaresca se hace costumbre, y se considera un tema de conflicto el supervisar el cumplimiento de la jornada en este sentido.

La segunda derivada de esta situación es todavía más absurda. Dado que el saliente de guardia descansa y hace de hecho menos jornada, aunque sea ilegalmente, el que hace guardia en víspera de fiesta o en sábado se siente discriminado, al no poder aprovechar esta situación de hecho. Y en aras de la paz social, los políticos negocian acuerdos sindicales para dar días de libranza a posteriori a los profesionales que hagan guardias en estos días. Nada más absurdo. En la práctica esto supone que los lunes en los hospitales y centros de atención primaria del SESCAM, no sólo faltan al trabajo los profesionales que han hecho guardia el domingo, sino también los del sábado. En muchos casos, salvo plantillas sobredimensionadas, esto dificultaba hasta el extremo la posibilidad de programar actividad asistencial en ese día. Había que solucionar este absurdo.

Los Arts. 51, 52, 54, 55, 56 y 58 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Estatutario, establecen el tiempo de trabajo y descansos del personal estatutario. Los periodos de descanso diario y semanal y los descansos alternativos (días de libranza tras la guardia) no tienen la consideración de trabajo efectivo, ni podrán ser considerados para el cumplimiento de la jornada ordinaria de trabajo (Véase art. 58.2 Estatuto Marco).

Con la aplicación de la LGSSB (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) las Instrucciones de Programación Funcional dictadas por el Gerente, con carácter general para la Atención Primaria y Especializada, establecen que las guardias en sábados en los que posteriormente se disfrute del descanso semanal de 36 horas, no generan derecho a un día

adicional de descanso, absorbiendo este descanso semanal al descanso generado por la guardia.

Del mismo modo, respecto al descanso por una guardia realizada en día prefestivo al que no se acumule el descanso semanal, se considera que el descanso en este día festivo recoge las 12 horas de descanso obligatorio entre jornadas (art. 51.2 EM), por lo que el trabajador no tendría derecho a la libranza de un día adicional por la guardia realizada, debiendo incorporarse al trabajo al día siguiente al festivo.

Sería deseable que la gestión de los descansos después de la guardia fuera un tema autorregulado por los profesionales, mediante acuerdos de gestión clínica, en vez de dejarlo a la negociación sindical y al mantenimiento de la paz social.

La regulación de la libranza de los lunes ha sido otro factor fundamental para el aumento de la actividad asistencial en jornada ordinaria del SESCAM.

#### **10.1.12 Cambios en la exención de guardias a mayores de 55 años**

La exención de guardias a profesionales mayores de 55 años tiene una lógica dentro del sistema sanitario público. La penosidad de la guardia se hace mayor cuando la edad es más avanzada, y parece más razonable que esta tarea sea realizada por profesionales más jóvenes, que pueden sacar un rédito formativo mayor de la guardia. Los profesionales senior podrían sustituir por otra actividad la actividad de guardias para no perder retribuciones. Hasta aquí, algo plenamente lógico y positivo. El problema es que la gestión complaciente de la primera década de este siglo ‘olvidó’ pedir a los profesionales la realización de esta actividad, o bien pactó como actividades sustitutivas otras actividades no asistenciales, con la consiguiente pérdida de capacidad asistencial del sistema sanitario.

La LGSSB (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) en su artículo 15, recoge los requisitos que tendrán que reunir los profesionales que quieran hacer esta actividad sustitutoria, la base para el cómputo de los módulos a realizar, y establece en el punto 2.4 del citado artículo que ‘La programación de los módulos de actividad adicional tendrá carácter anual, distribuyéndose de acuerdo con las necesidades asistenciales y consistirá, preferentemente, en la realización de actividad asistencial ordinaria y atención domiciliaria en horario de tarde o los sábados por la mañana’. De esta manera, se asegura que se añade un volumen importante de actividad asistencial por esta vía.

Se ha procedido a la revisión de la actividad que se realiza en los módulos, de tal forma que se garantice que el derecho a la exención de guardias no conlleve un menoscabo en la actividad asistencial, que responda a la necesidades asistenciales y a la mejora de la atención a los usuarios y que consista, preferentemente, en la realización de consultas en horario de tarde o sábados por la mañana

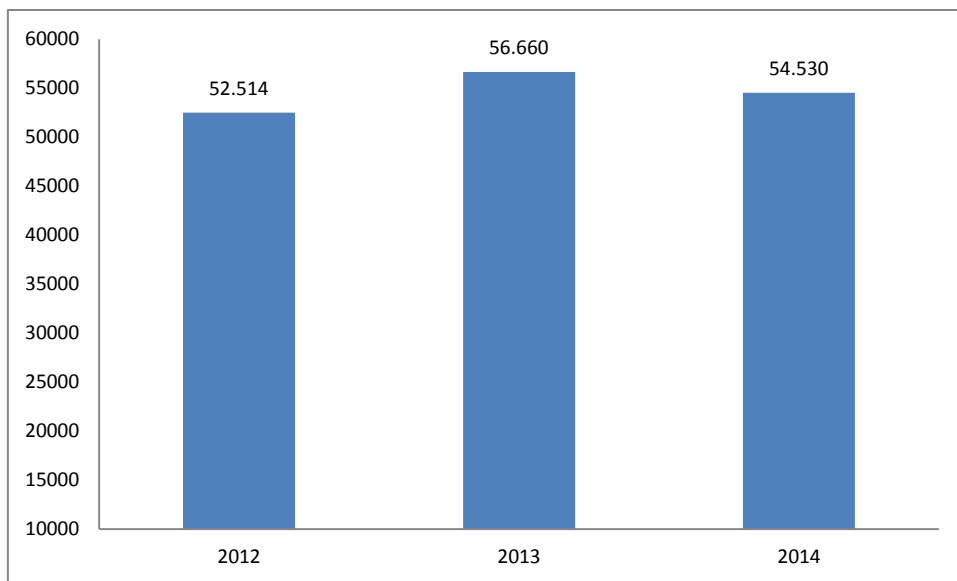


**Ilustración 123:** Actividad realizada en consultas externas por módulos sustitutivos de la guardia en profesionales mayores de 55 años. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad

Como podemos apreciar en la ilustración anterior y en la siguiente, la actividad en consultas externas y en intervenciones que añade la nueva regulación es muy significativa. En este caso, no se trata de una medida de ahorro, sino de mejora de la productividad de los recursos empleados. Se produce un descenso de actividad por los módulos de forma paulatina, probablemente por la renovación generacional que produce la jubilación de los facultativos a los 65 años.

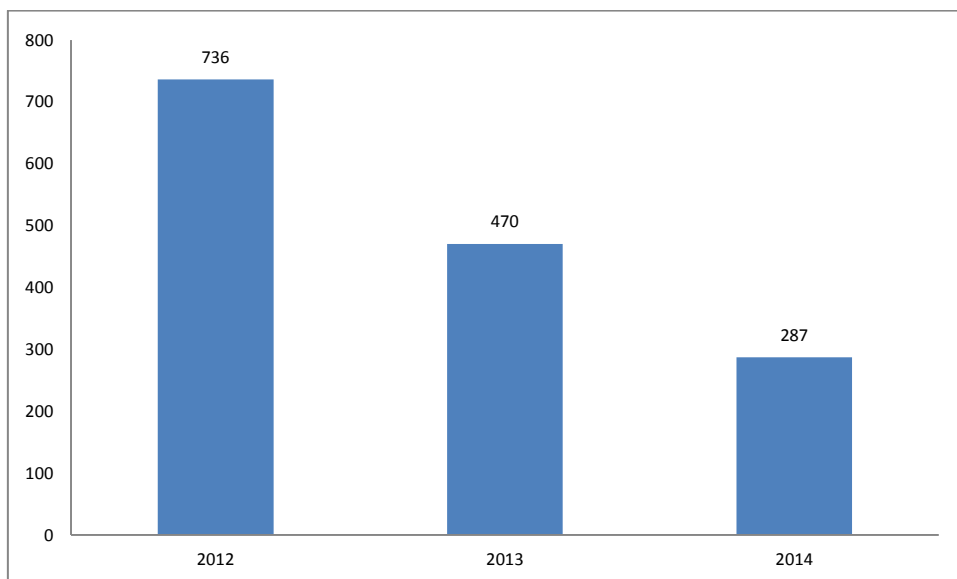


**Ilustración 124:** Actividad realizada en intervenciones quirúrgicas por módulos sustitutivos de la guardia en profesionales mayores de 55 años. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad



En 2013 se produce un descenso acusado del coste de estos módulos. Podría deberse principalmente a la jubilación de profesionales, y complementariamente a que algunos en activo renunciasen a los módulos de actividad al requerir estos un trabajo efectivo en la asistencia.

**Tabla 27: Coste de los módulos de actividad sustitutoria para profesionales mayores de 55 años. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM**

| AÑO  | COSTE     |
|------|-----------|
| 2012 | 7.057.465 |
| 2013 | 5.577.509 |
| 2014 | 5.769.396 |

Se trata de una medida complementaria con el aumento de jornada, en cuanto a la generación de horas adicionales de trabajo efectivo de los profesionales de cara a la realización de actividad asistencial. Si analizamos su impacto conjunto respecto a la actividad total del SESCAM en consultas externas hospitalarias y en intervenciones quirúrgicas, tenemos lo expresado en los siguientes gráficos.

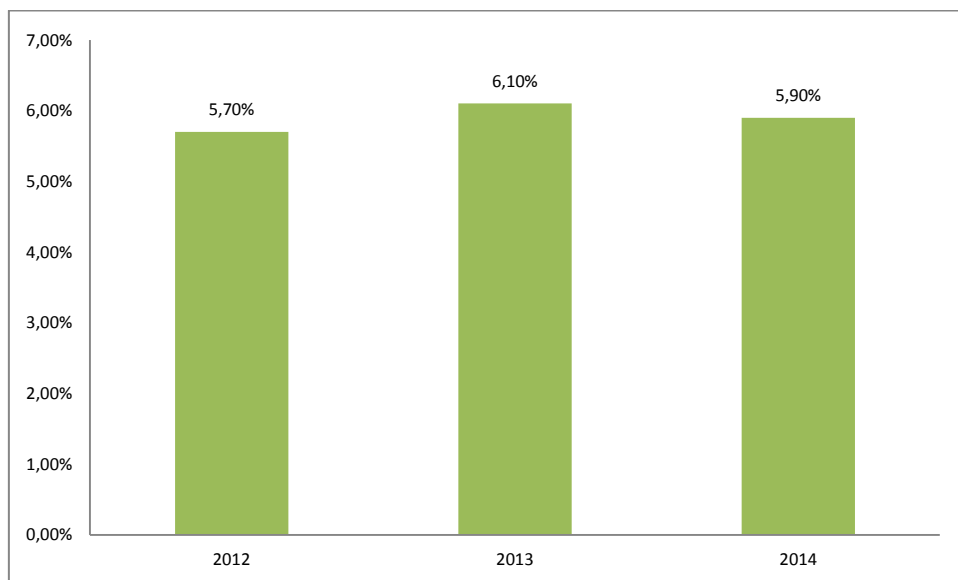


**Ilustración 125: Porcentaje de la actividad total realizada en consultas externas hospitalarias correspondiente a ampliación de jornada y a módulos sustitutivos de la guardia en profesionales mayores de 55 años. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad**

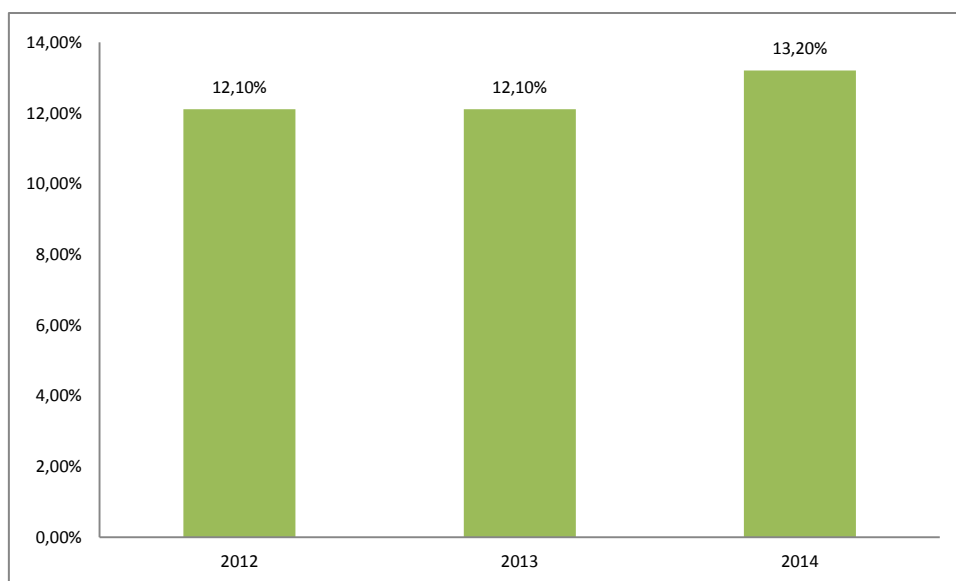


**Ilustración 126: Porcentaje de la actividad total realizada en intervenciones quirúrgicas correspondiente a ampliación de jornada y a módulos sustitutivos de la guardia en profesionales mayores de 55 años. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad**

Como vemos, no se trata de cifras anecdóticas. Un 13,2% de las intervenciones quirúrgicas y un 5,9% de las consultas externas realizadas en el SESCAM, se producen actualmente gracias a las dos medidas comentadas. Esta es una de las claves por las que se ha podido mantener la actividad total suprimiéndose la actividad extraordinaria o peonadas.

En Atención Primaria las horas se utilizaron para cubrir ausencias y permisos de los profesionales disminuyendo el grado de sustitución necesario. En algunas especialidades y equipos en los que no era precisa una mayor actividad disminuyeron las horas de atención continuada. Todo ello hizo necesario desarrollar agendas y sesiones tipo de actividad y controlar la actividad realizada y programada de acuerdo a estándares.

### 10.1.13 Reducción salarial del 3%

El artículo 5 de la LGSSB ya preveía la reducción de los salarios de forma generalizada en un 3% para el conjunto de trabajadores públicos de la Junta de Comunidades, excluido el SESCAM. Se entendía que, las medidas que ya adoptaba el SESCAM en la misma Ley suponían un esfuerzo que superaba con creces el que suponía este 3%. No obstante, se generó un problema de agravio comparativo en el conjunto de la Junta, no ya con médicos, enfermeros y resto del personal que hacía el trabajo a turnos, sino con las categorías que no se habían visto afectadas por las medidas anteriores, y quedaban en mejor situación que otros trabajadores públicos de la Junta de Comunidades.

Para eliminar esta inequidad, la Ley de Acompañamiento a la LGSSB (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012b), incorpora en su disposición adicional quinta una reducción salarial general en tres tramos:

- Para el personal que no hace guardias ni turnos, una reducción del 3% en el salario
- Para el personal que hace turnos y no guardias, una reducción del 1,5%
- Para el personal que hace guardias en presencia física, ninguna reducción

De esta manera, una medida que era generalizada se hace selectiva, pidiendo un esfuerzo a algunos colectivos menos afectados por los ajustes salariales anteriores.

#### **10.1.14 Eliminación de la paga extra de diciembre 2012**

Se trata de una medida puramente de reducción de costes, muy extrema, como era la situación de España en diciembre de 2012. Se trató de un último intento del Gobierno de España de alcanzar el objetivo de déficit, clave para recuperar la confianza en los mercados y para salir, como así fue, del temporal financiero en el que había quedado sumida la economía española y su sector público en particular.

El impacto de la medida en el SESCAM fue de 40,51 millones de euros en 2012. Este menor gasto, al no ser recurrente, tuvo que ser recuperado en 2013 y sucesivos mediante mejoras en la eficiencia procedentes de otras acciones, sobre todo de reorganización asistencial.

### **10.2 Medidas relacionadas con la organización de la asistencia**

#### **10.2.1 No realización de actividad programada en puentes**

Se trata de sustituir una práctica de gestión poco comprometida, como es la de dar libertad a todos los profesionales para que tomen sus días libres cuando lo consideren, sin atenderse a las necesidades del servicio. Esto hacía que en días laborables de periodos como Navidad o Semana Santa, o bien en puentes, los dispositivos más críticos como quirófanos, gabinetes o consultas externas, se encontraran parcialmente dotados de profesionales. Esta dotación parcial era profundamente ineficiente, al no generarse apenas actividad, pero sí el coste laboral de tener abiertos los dispositivos aunque sea con la plantilla mermada. Cualquier empresa productiva evita estas situaciones por sistema, y no hacerlo supone una profunda irresponsabilidad de los gestores, o esa complacencia indolente que inundó muchas partes de nuestro sistema sanitario público en los primeros años de este siglo.

La medida va en la línea de tener en cuenta este aspecto en las programaciones funcionales de las unidades, pudiéndose suspender el funcionamiento de algunos dispositivos asistenciales en puentes o periodos especiales si se estima que la productividad asociada a los mismos va a ser baja por la falta de efectivos, ya sea en estos, o en otros dispositivos de apoyo diagnóstico o terapéutico. Así, el artículo 12.2 de la LGSSB (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) establece, en referencia a los planes funcionales de los centros sanitarios, que 'En dichas instrucciones se incluirán los días en que, atendiendo a la menor demanda asistencial,

se podrán disfrutar los permisos por asuntos particulares, días adicionales por antigüedad y los de compensación o reajuste horario, dado que su disfrute está supeditado, en todo momento, a las necesidades del servicio.’ Con esta flexibilidad, el gestor sanitario y en su caso el jefe de servicio clínico puede organizar de forma efectiva la jornada en el tiempo para garantizar un uso eficiente de la plantilla de profesionales.

Se trata de condicionar el disfrute de los días de libre disposición del personal y de los días de reajuste o compensación de jornada en días de menor actividad (por festivos entre semana, puentes, etc.) establecidos en la programación funcional de los centros, por lo que no resulta necesaria la sustitución.

### 10.2.2 Reducción de personal temporal no necesario

Como vimos en el epígrafe 3.2- Evolución de plantillas, página 67, en la primera década de este siglo se produjo un aumento vertiginoso de las plantillas de los centros sanitarios públicos, en el conjunto de España y en Castilla-La Mancha. La Ilustración 54 en la página 72 nos muestra cómo los incrementos anuales, siendo muy altos, lo fueron mucho mayores en Castilla-La Mancha que en el conjunto de España.

Para garantizar la sostenibilidad del Servicio de Salud fue necesario ajustar las plantillas de profesionales, que tanto habían crecido, a las necesidades sanitarias reales y a las posibilidades que nos daban los recursos existentes. Fue una de las medidas más difíciles y a la vez una de las más necesarias para sacar del colapso el Servicio de Salud. Era necesario revisar las plantillas del SESCAM en dos sentidos:

- Por una parte, para adaptar la dotación de recursos a las necesidades asistenciales en cada momento. Esto es, para tener en cada momento funcionantes los dispositivos que eran necesarios, sabiendo que la asistencia sanitaria tiene un fuerte componente estacional, con necesidades máximas en invierno y mínimas en los meses de verano. Una gestión complaciente como la que sufrimos en España en la primera mitad de siglo supone no realizar los ajustes de capacidad necesarios, dejando los dispositivos con baja ocupación pero con toda la plantilla en los meses de menor necesidad asistencial. Esto es un enorme despilfarro del dinero que pagan los ciudadanos con sus impuestos. Hacerlo bien, esto es, adaptar la capacidad productiva, supone eso sí una fuerte crítica sindical, dado que supone contratar menos personal temporal para cubrir vacaciones.
- Por otra parte, era necesario analizar de forma crítica la dotación de plantilla de cada centro, servicio y unidad. Se confeccionaron plantillas horizonte de servicios, unidades y centros de salud, con el fin de conocer cuáles eran las necesidades reales de plantilla en cada uno de estos ámbitos. Después se comparaban las necesidades reales con la dotación existente:
  - Si la dotación era mayor a las necesidades, se reducía la plantilla de personal temporal, eventual o interino

- Si la dotación era mayor a las necesidades pero no había personal temporal, se mantenía la situación hasta el momento en el que se produjeran movimientos naturales de plantilla, como traslados o jubilaciones, para corregir los desequilibrios
- Si la dotación era menor a las necesidades, se priorizaba para autorizar contrataciones de personal temporal

Parece que hablamos del ABC de la gestión, de lo mínimo exigible para gestionar un Servicio de Salud, pero se trata de una novedad en el contexto de lo vivido en la primera década de siglo.

En lo que se refiere al primer punto, el efecto esperado es el de la reducción del volumen de eventuales y sustitutos contratados en los meses de verano, en Navidad, y en Semana Santa, por una mejor distribución de los recursos.

Como podemos ver en la Ilustración 127 de la página 185, en el año 2011 el volumen de efectivos del SESCAM, sumando personal fijo y temporal y haciendo la equivalencia a jornada completa, seguía la curva típica que se producía en todos los servicios de salud. Mayores presencias en invierno, y una gran panza en los meses de verano, coincidiendo con las sustituciones por vacaciones. La curva para el año 2012 empieza a ser distinta en enero. Se van aplicando revisiones de necesidades de camas y plantillas, con las correspondientes reducciones de capacidad excedente, que se van manifestando de manera progresiva, mes a mes, con una brecha creciente respecto al mismo mes del año anterior. En verano, el aumento de efectivos por vacaciones es mucho menor, al haberse optimizado los recursos disponibles a las necesidades asistenciales, y al haberse concedido las vacaciones de la manera más conveniente para mantener la actividad asistencial. El resultado es una curva mucho más plana en verano, que sigue alejándose después del verano conforme se van aplicando medidas de meso y microgestión para la adecuación de las plantillas. En 2013 y 2014 se mantienen las cifras de efectivos y la forma de la curva anual de los mismos.

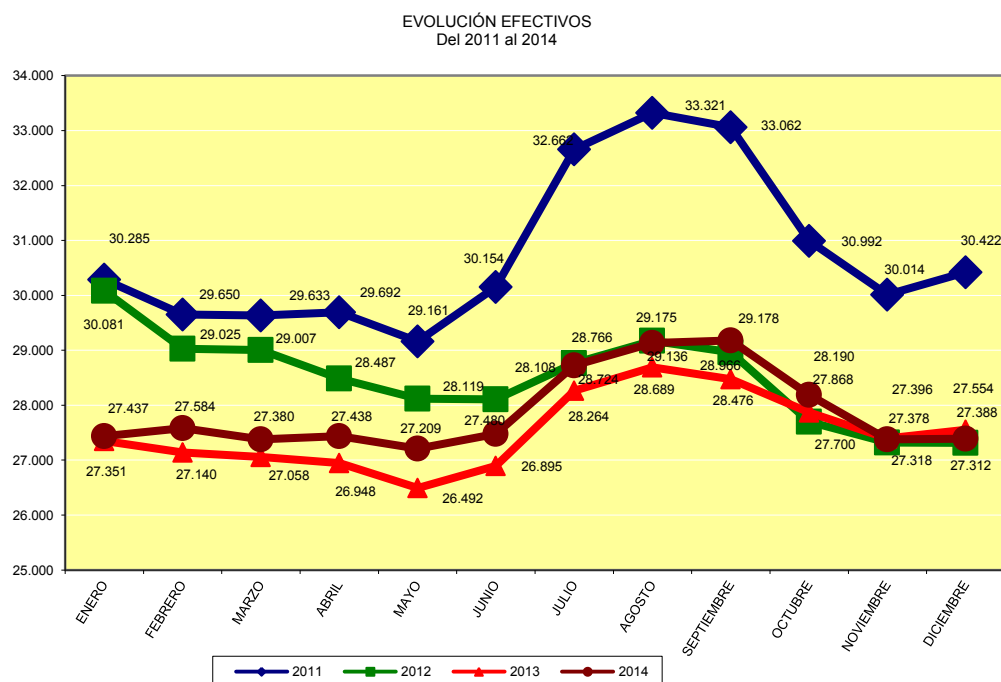


**Ilustración 127:** Evolución mensual del número de efectivos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

**Tabla 28:** Evolución anual del número de efectivos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

| TOTAL EFECTIVOS CON DIRECTIVOS Y FORMACION | Diciembre |
|--------------------------------------------|-----------|
| <b>2011</b>                                | 30.422    |
| <b>2012</b>                                | 27.312    |
| <b>2013</b>                                | 27.554    |
| <b>2014</b>                                | 27.388    |

En el caso de personal facultativo, no se produce la estacionalidad de las unidades con trabajo a turnos. Se puede observar cómo en 2012 se produce un descenso en el número de médicos, al aplicarse las medidas de eficiencia, y en 2013 y 2014 la cifra de estos ha aumentado progresivamente, al poderse dotar poco a poco nuevas contrataciones donde la plantilla horizonte era mayor que la dotación.

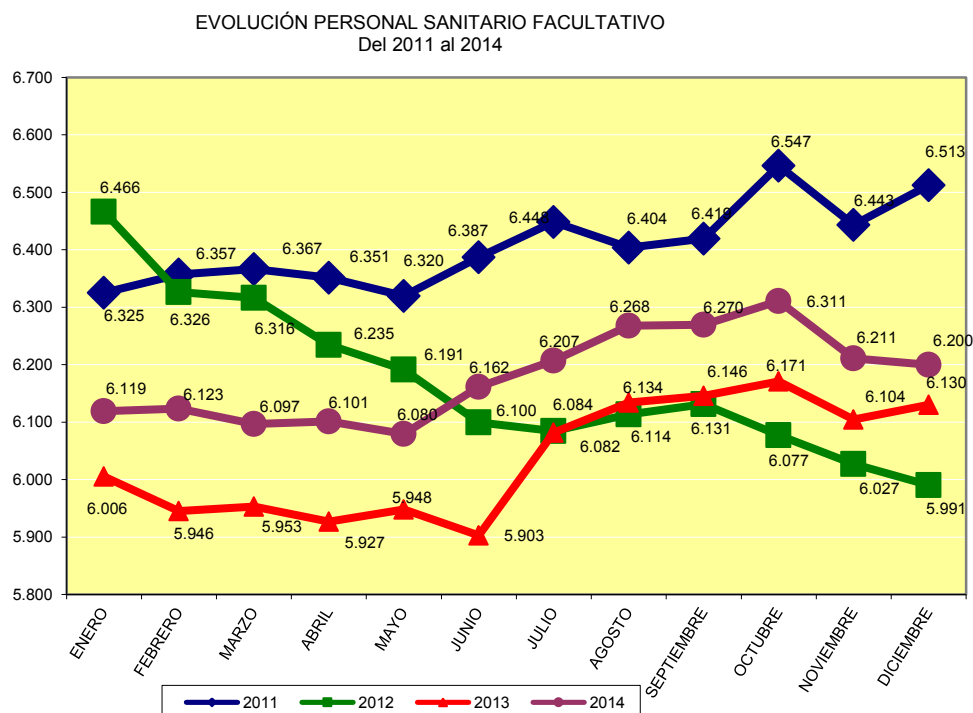


**Ilustración 128:** Evolución mensual del número de efectivos de personal facultativo en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

**Tabla 29:** Evolución anual del número de efectivos de personal facultativo en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

| EFFECTIVOS PERSONAL<br>SANITARIO FACULTATIVO | DICIEMBRE |
|----------------------------------------------|-----------|
| <b>2011</b>                                  | 6.513     |
| <b>2012</b>                                  | 5.991     |
| <b>2013</b>                                  | 6.130     |
| <b>2014</b>                                  | 6.200     |

El personal de enfermería, que tiene un trabajo mayoritariamente a turnos, es el que tiene mayores oscilaciones estacionales, y su comportamiento es parecido al de facultativos, con una suave recuperación en 2013 y 2014.

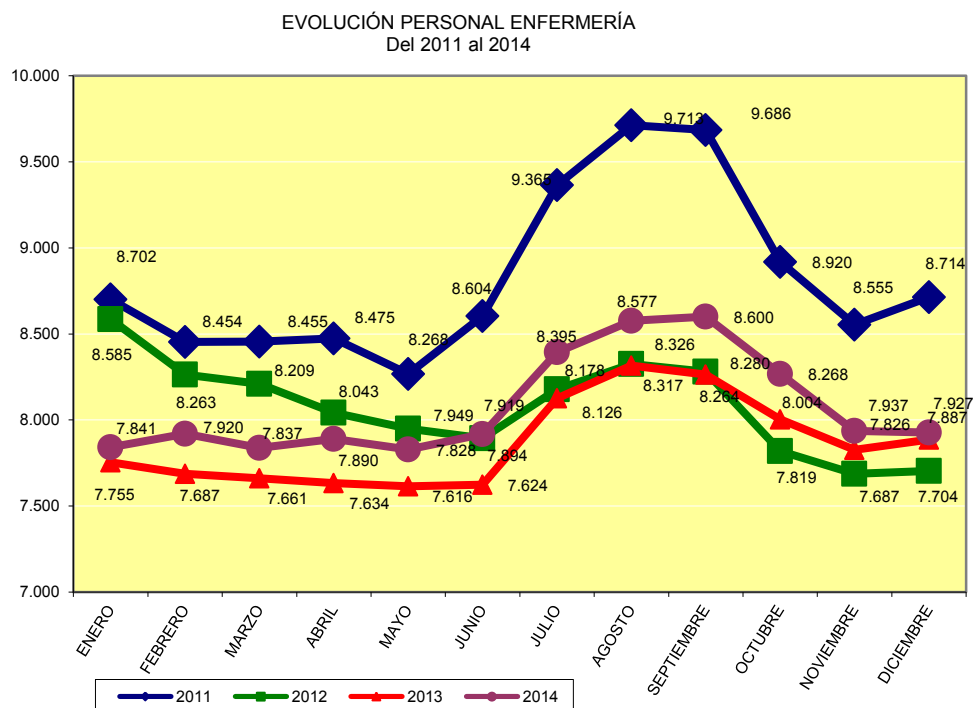


**Ilustración 129:** Evolución mensual del número de efectivos de personal de enfermería en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

**Tabla 30:** Evolución anual del número de efectivos de personal de enfermería en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

| EFFECTIVOS PERSONAL ENFERMERIA | DICIEMBRE |
|--------------------------------|-----------|
| 2011                           | 8.714     |
| 2012                           | 7.704     |
| 2013                           | 7.887     |
| 2014                           | 7.927     |

El resto de personal sanitario sigue una evolución similar al de la enfermería:



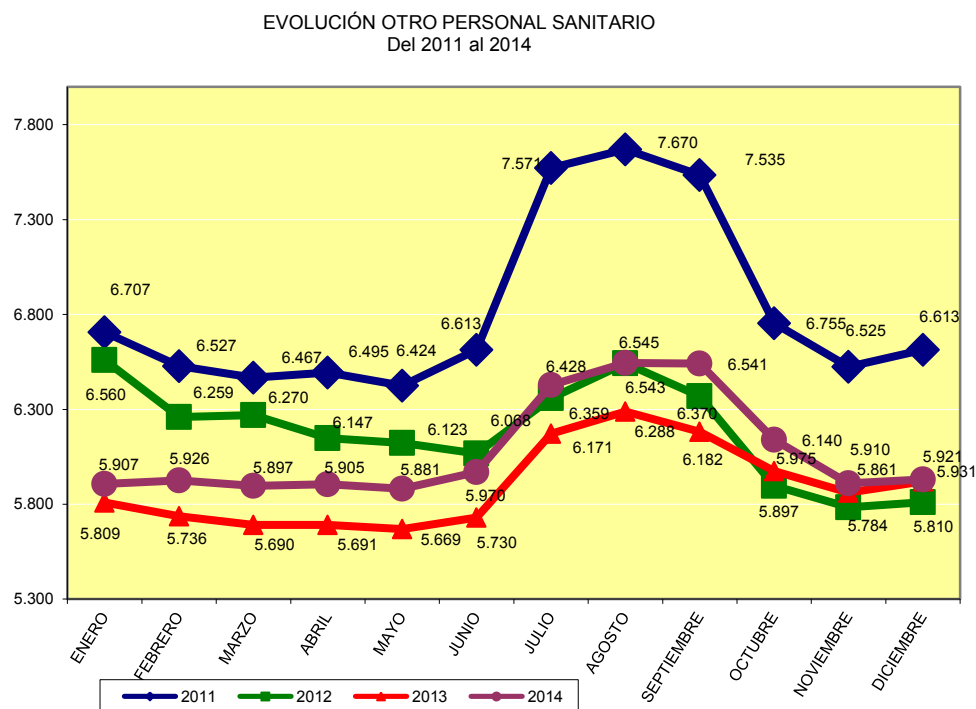


**Ilustración 130: Evolución mensual del número de efectivos del resto de personal sanitario en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014.** Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

**Tabla 31: Evolución anual del número de efectivos del resto de personal sanitario en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014.** Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

| EFFECTIVOS OTRO PERSONAL SANITARIO | <i>DICIEMBRE</i> |
|------------------------------------|------------------|
| <b>2011</b>                        | 6.613            |
| <b>2012</b>                        | 5.810            |
| <b>2013</b>                        | 5.921            |
| <b>2014</b>                        | 5.931            |

En cambio, en personal no sanitario, la reducción del número de efectivos sigue produciéndose en 2013 y 2014. Se van priorizando los nuevos recursos en el trabajo directo con el paciente, y mejorándose los procesos para hacer más eficiente la plantilla de personal no sanitario.

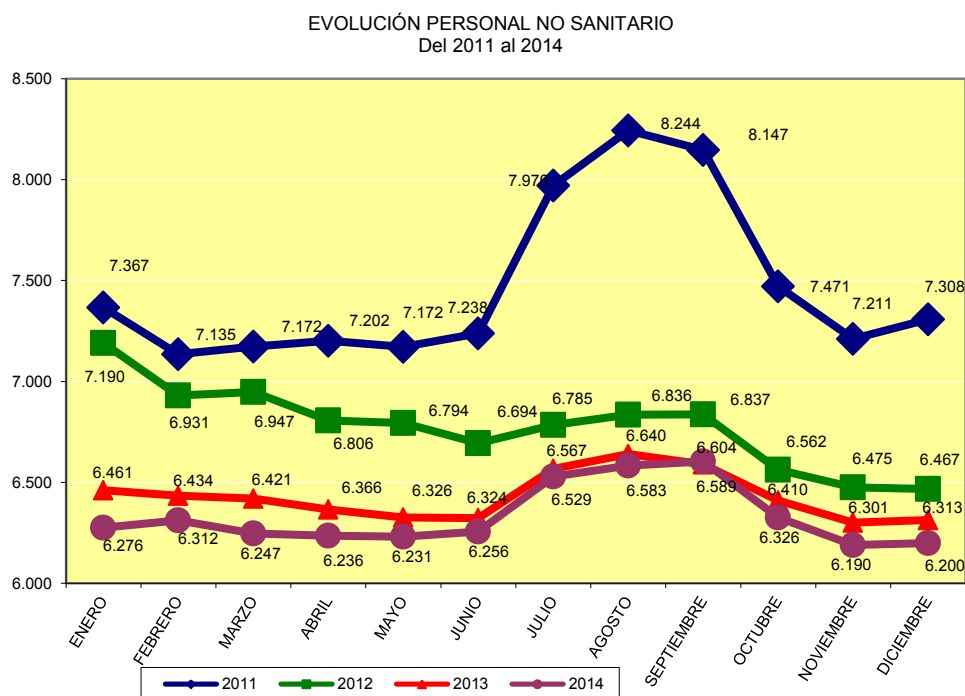


**Ilustración 131: Evolución mensual del número de efectivos de personal no sanitario en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM**

**Tabla 32: Evolución anual del número de efectivos de personal no sanitario en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM**

| EFFECTIVOS PERSONAL NO SANITARIO | DICIEMBRE |
|----------------------------------|-----------|
| 2011                             | 7.308     |
| 2012                             | 6.467     |
| 2013                             | 6.313     |
| 2014                             | 6.200     |

De igual manera, en personal directivo se mantiene una tendencia decreciente hasta 2013 y un mantenimiento de la cifra desde entonces

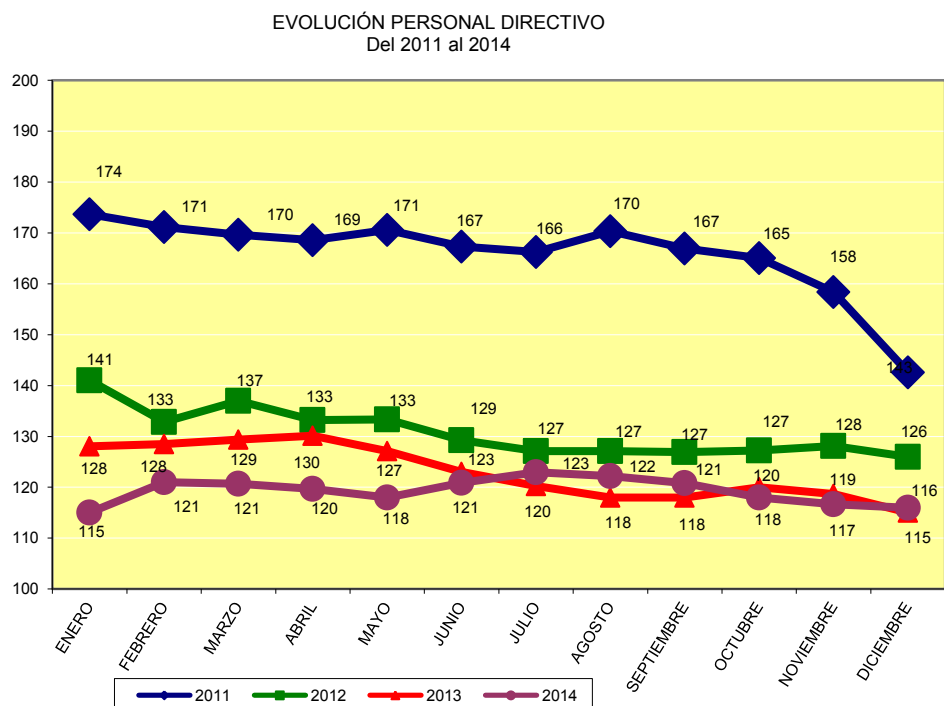


**Ilustración 132:** Evolución mensual del número de directivos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

**Tabla 33:** Evolución anual del número de directivos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM

| EFFECTIVOS DIRECTIVOS | <i>DICIEMBRE</i> |
|-----------------------|------------------|
| <b>2011</b>           | 143              |
| <b>2012</b>           | 126              |
| <b>2013</b>           | 115              |
| <b>2014</b>           | 116              |

El impacto económico de esta ordenación de plantillas es muy alto, como vemos en la Ilustración 133. Los resultados son fruto en gran parte de la reordenación asistencial realizada y que explicaremos en el apartado 10.2.4 Reordenar procesos asistenciales clave de la página 195.

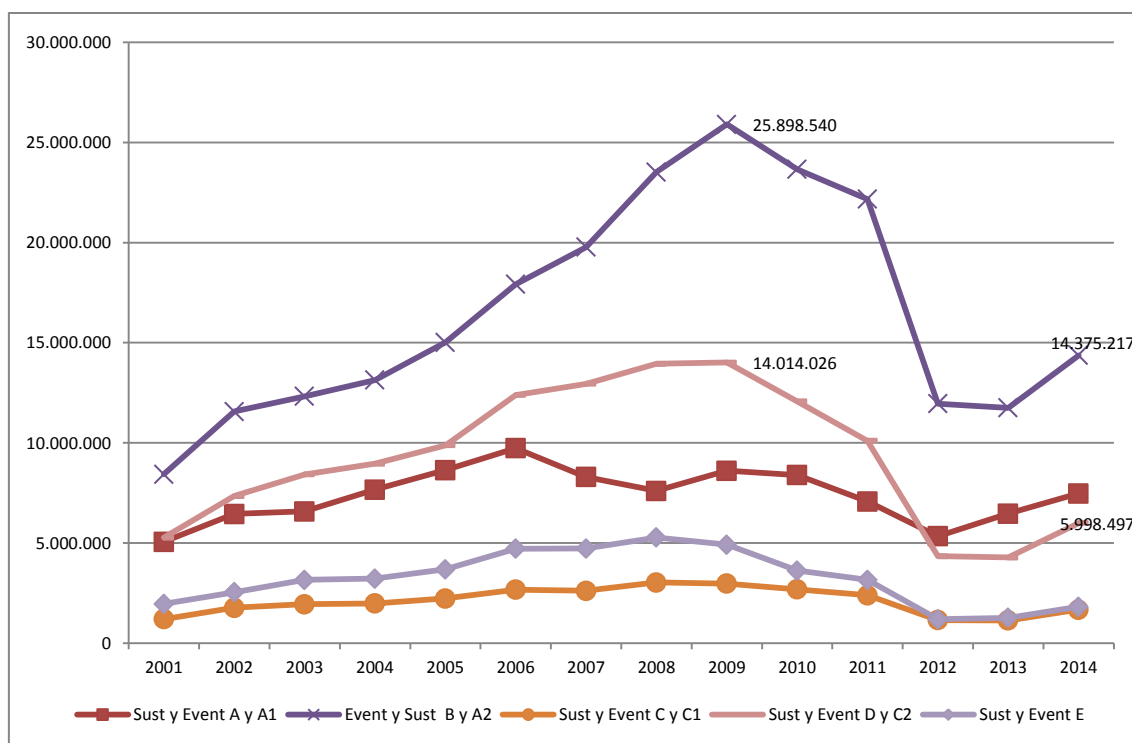


**Ilustración 133: Evolución del gasto en personal sustituto y eventual hasta 2014. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

El impacto en sustituciones y eventualidades fue mayor en enfermeros y auxiliares en términos cuantitativos, dado que son estos colectivos los que más sustituciones y refuerzos realizan. La reducción del número medio de camas funcionantes que veremos en Ilustración 137 es muy importante para hacer posible estos resultados.

La Ilustración 134 nos muestra la evolución del pago de salarios por categorías en el SESCAM. Llama la atención la evolución paralela de la masa salarial en todas las categorías, lo que nos muestra el esfuerzo realizado por mantener en todo momento la equidad en el esfuerzo aportado por todos los profesionales para hacer viable la institución.

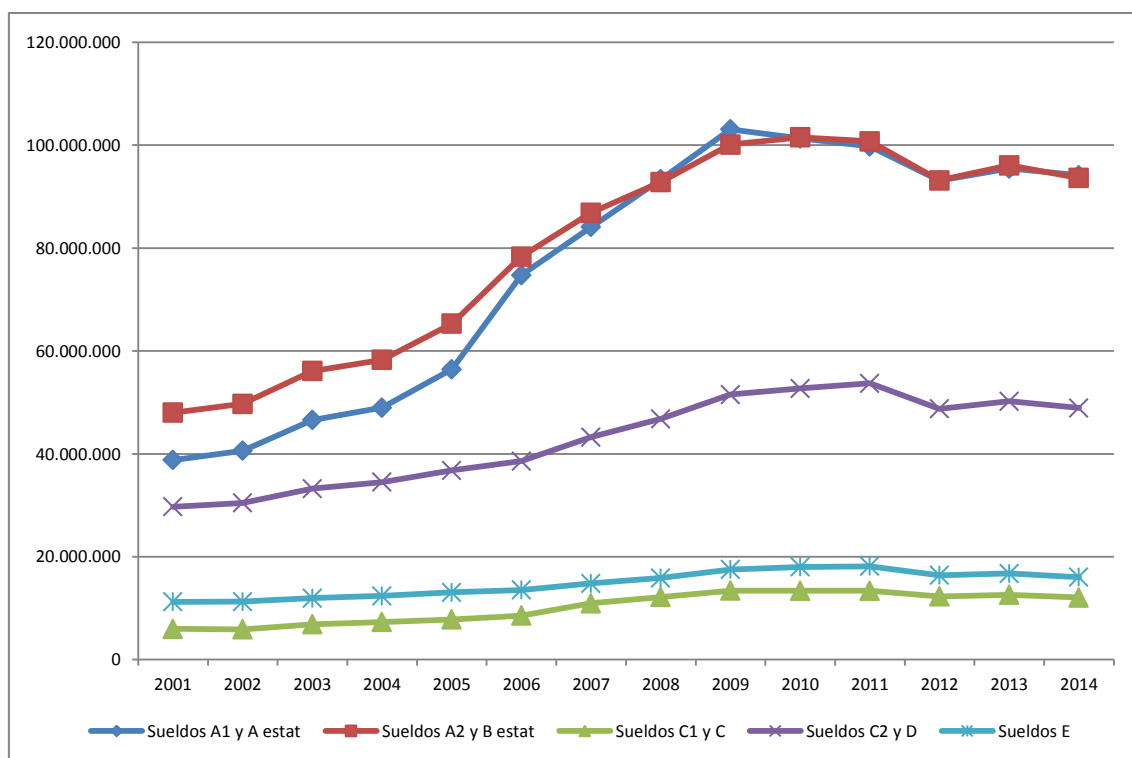


**Ilustración 134: Evolución del gasto en sueldos y salarios por categorías hasta 2014. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

### 10.2.3 Medidas sobre la atención continuada

En el apartado 3.4.3 Costes de las guardias del personal asistencial en la página 98, analizamos la evolución del precio de la hora de guardia en el Servicio de Salud en los años posteriores a las transferencias sanitarias. Vimos que el precio por hora de guardia en facultativos casi se triplicó entre 2002 y 2010, sin que se hayan registrado mejoras del servicio ni de productividad asociadas a estos incrementos. Analizando la Ilustración 85 en la página 100, vemos como además el precio por hora de guardia era en 2011 el más alto de España. Algo chocante en la comunidad con una situación económica más delicada. O quizá no tan chocante, probablemente una muestra de por qué se encontraba la región en esa situación. Claramente se había producido un exceso a la hora de pactar condiciones de trabajo que había generado un coste elevadísimo para la Comunidad Autónoma. Mediante el Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos se planteó un ajuste necesario: poner el precio de la hora de guardia en la media nacional, lo que suponía realizar una reducción del 15%.

Así, la LGSSB (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) en su artículo 14 establece que, respecto al complemento de atención continuada en jornada complementaria, '1. Desde la entrada en vigor de la presente ley, se minorará en un 15%, respecto del valor existente a 31 de diciembre de 2011, el valor de los complementos de atención continuada en jornada complementaria, que serán determinados reglamentariamente.

2. Desde la entrada en vigor de la presente ley, se suprime el incremento en el valor hora previsto a partir de la quinta guardia mensual en el acuerdo de fecha 13 febrero de 2008, sobre el incremento del valor hora del complemento de atención continuada por la realización de guardias en jornada complementaria de trabajo en los centros e instituciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha’.

Como vemos, además de reducirse en el citado 15% el valor de la hora de la guardia, se suprime una cláusula adicional, que todavía encarecía más el precio de la guardia, y que suponía un aumento de su precio a partir de la quinta guardia realizada.

Con los aumentos realizados, la evolución del precio de la guardia quedó como sigue:

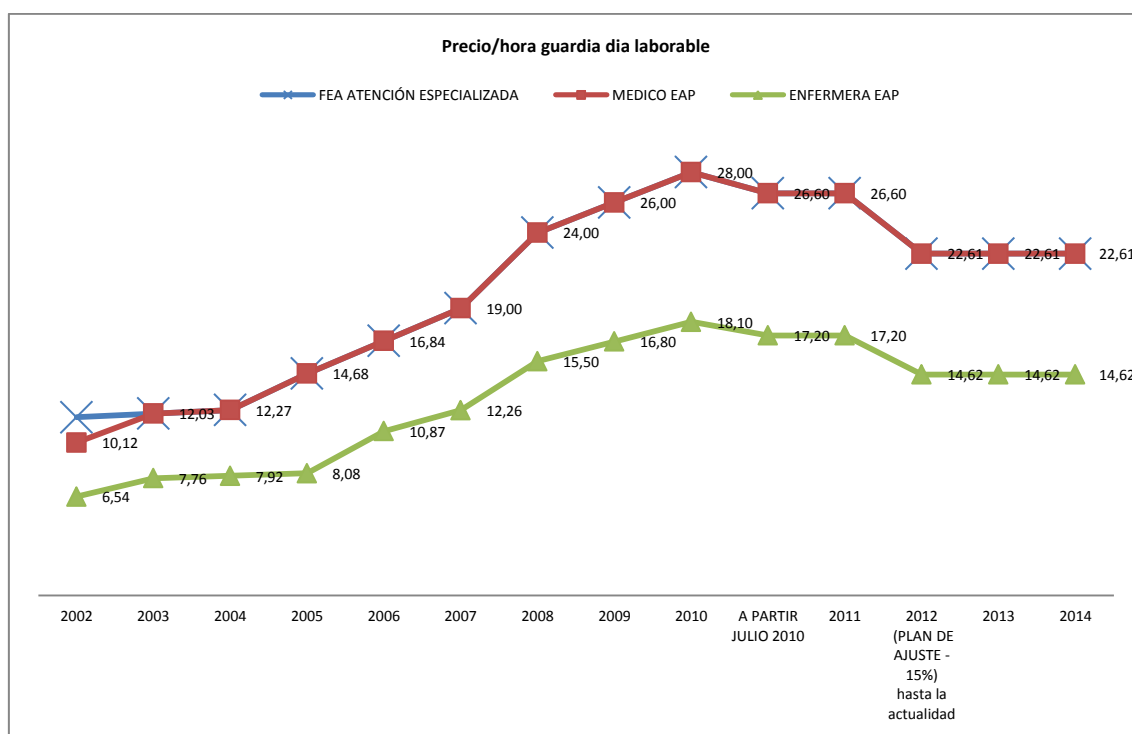


**Ilustración 135: Precio/hora guardia día laborable en Castilla-La Mancha para médicos y enfermeros hasta 2014.**  
Fuente: Servicio de Costes de Personal del SESCAM

Aún con la reducción realizada, el precio por hora de guardia en el SESCAM ha sufrido un aumento del orden del 100 al 139% desde las transferencias sanitarias, sin que haya venido acompañado este cambio por mejoras en la atención ni en el volumen de actividad asistencial realizada en las guardias. Las mejoras retributivas podrían haber incorporado diferencias en función de la penosidad de la guardia, del volumen de actividad realizado en la misma, de la configuración o no de guardias multicentros, de los resultados asistenciales obtenidos, o de la satisfacción de los pacientes atendidos. Las posibilidades eran muy grandes, pero no se realizó ninguna aportación en este sentido.

**Tabla 34: Incrementos en el precio-hora de la guardia para distintas categorías desde las transferencias hasta 2014**

|                               | Laborables | Festivos |
|-------------------------------|------------|----------|
| Médico Atención Especializada | 91,77%     | 105,47%  |
| Médico Atención Primaria      | 123,42%    | 105,47%  |
| Enfermera Atención primaria   | 123,55%    | 139,53%  |

Como medida adicional de eficiencia, se incorpora como laborable el horario de los sábados de 8 a 15 horas eliminando el pago como festivo en este horario para el personal estatutario a turnos.

A lo largo de la legislatura, se procede igualmente a realizar una revisión en profundidad de las necesidades de atención continuada en los centros, desde un punto de vista estrictamente sanitario. Se reorganizan guardias que se habían ido implantando por motivos meramente sindicales o retributivos.

El resultado en términos de evolución del gasto en atención continuada ha sido el siguiente:

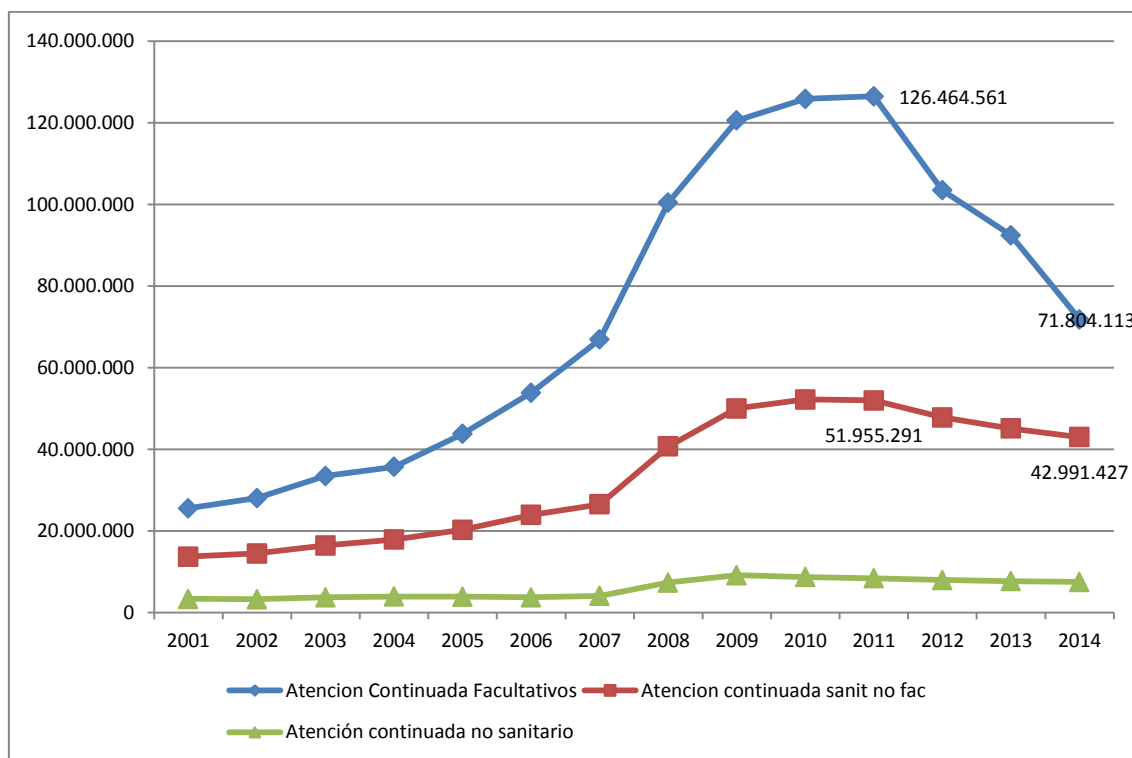


**Ilustración 136: Evolución del gasto en atención continuada en el SESCAM por categorías. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras**

Destaca especialmente la reducción realizada en la atención continuada de los facultativos. La eliminación de guardias innecesarias no sólo tiene un peso importante en el coste económico de la partida, sino que además y de forma no menos importante, se incorporan nuevos médicos a la actividad productiva, que estarían librando cada día por su permanencia en tareas de atención continuada. Además, de esta manera se libera a los profesionales sanitarios de

una actividad penosa como es la guardia médica. Adicionalmente, la eliminación del autoconcierto, que de forma no adecuada se pagaba en parte a través de guardias médicas, ha debido de influir igualmente en el gasto por guardias médicas de facultativos.

#### 10.2.4 Reordenar procesos asistenciales clave

Era una de las reformas a corto plazo más importantes, dado que no se trataba sólo de bajar el gasto, sino de mejorar los procesos asistenciales para que la ineficiencia no fuera a la vez asociada con mermas en la calidad.

Peiró (Salvador Peiró, Artells, & Meneu, 2011) coordina un grupo de 13 expertos con el fin de proponer medidas para reducir el derroche y el gasto innecesario en el sistema nacional de salud. Las medidas propuestas se valoraron en función de su impacto presupuestario, factibilidad, tiempo necesario para su implantación, posibilidad de efectos negativos sobre la salud, y valoración global. Se clasificaron las propuestas en un conjunto de áreas temáticas, entre las que están áreas de acción que se acometieron en profundidad en el rediseño de procesos asistenciales en Castilla-La Mancha:

- Concentración de servicios y optimización del tamaño del hospital
- Medidas asistenciales y preventivas
- Gestión de la demanda
- Cartera de servicios y evaluación de tecnologías y medicamentos
- Refuerzo del papel de la atención primaria y coordinación entre niveles

Se realizó un análisis en profundidad de la organización asistencial. Analizamos desde la Dirección de Asistencia Sanitaria y Calidad (DGASYC) del SESCAM las especialidades, actividad y cartera de servicios y nos encontramos disparidades que difíciles de explicar de forma razonable. Las decisiones no estaban tomadas en función de la actividad a desarrollar o la necesidad detectada sino más del interés político o profesional en un momento determinado y en un centro concreto. No existían criterios, objetivos y estándares que permitieran objetivar profesionalmente la distribución de actividades y prestaciones por centros. La cartera de servicios no tenía en cuenta las especialidades y centros que había en la Comunidad, tampoco algo básico: la población asignada a cada centro y la evidencia de que se precisa un mínimo de actividad para obtener unos resultados de calidad aceptable. El mejor cirujano puede tener malos resultados si no puede realizar un mínimo de intervenciones en las técnicas que maneja. Hubo que explicar a los profesionales que en algunos centros no se podían realizar determinados procedimientos porque los resultados no eran los adecuados.

Oliva (Oliva, Peiró, & Puig-Junoy, 2013), de cara a la eliminación del despilfarro, plantea atacar la subutilización de servicios cuando existe evidencia de que estos pueden evitar el agravamiento de algunas enfermedades. También hay que luchar contra la sobreutilización, con la indicación de pruebas, tratamientos y técnicas no soportados por la evidencia. Otros puntos de la agenda serían la seguridad de los pacientes, la financiación selectiva de



prestaciones en función de la evidencia, y la selección de estas por criterios de efectividad y eficiencia.

Ordenar la cartera de servicios nos permitió establecer circuitos de referencia y derivaciones tanto dentro de la Comunidad, como hacia y desde otras. Se empezó a derivar pacientes de unos centros a otros en función de la cartera de servicios asignada, y aquellos centros sanitarios públicos con mayor nivel de recursos asumieron la actividad de mayor complejidad sin discriminar el área sanitaria de la que procediera. El resultado fue que los centros sabían lo que hacían, lo que se les derivaba y desde donde y lo que tenían que derivar y a donde. Este rediseño también justificaba sus recursos y financiación, y ha supuesto un gran impulso, no solo para la eficiencia, sino para la calidad.

Se analizaron por la DGASYC los procedimientos a realizar en todos los ámbitos y especialidades para adecuar la actividad a las necesidades y homogeneizar la asistencia para evitar la variabilidad no justificada de la práctica clínica. Sin embargo, no se eliminó ninguna especialidad. Es más, sí que se añadieron aquellas que se consideraban necesarias por nivel y ámbito de asistencia.

Para que esto fuera posible, se trabajó en dos sistemas de derivación: SIFCO de ámbito nacional y GOA de ámbito comunitario. Se necesitaba un sistema de información que facilitara la situación de los flujos de derivación de forma periódica para analizar la actividad de referencia realizada y para canalizar adecuadamente lo que surgía fuera de los criterios establecidos para darle una solución y establecer nuevos criterios. Las aplicaciones existían pero su uso había sido nulo en el pasado.

Por otra parte, casi un 70% de los pacientes que habitualmente eran derivados fuera de la Comunidad lo eran para atenciones que se podían realizar dentro y con un nivel de calidad semejante o mejor. Además, había que tener en cuenta que el fondo de cohesión que financiaba estos flujos había pasado a ser un fondo de compensación por el que se hacía un balance entre pacientes emitidos y recibidos y donde cada Comunidad pagaba en sus presupuestos el saldo de ese balance.

Se establecieron por la DGASYC especialidades médicas y cartera de servicios por nivel de centro así como la atención continuada a prestar. Se determinó el nivel de responsabilidad, servicio/sección, en cada especialidad según determinados parámetros, como número de facultativos, actividad a desarrollar, cartera de servicios, nivel del centro, docencia de grado, postgrado, y formación de residentes entre otros. Era el inicio para otro de los retos que teníamos que acometer. Teníamos que asegurar que se ponía en marcha el sistema de derivaciones y referencias de y hacia los centros con criterio y de forma estructurada, y que estos disponían de los recursos necesarios para ello, y no más de los que necesitaban.

Los cambios realizados en la organización, además de una mejora en la calidad, supusieron un importante impulso a la eficiencia. Ordenar la actividad y adaptar la oferta de camas funcionantes a las necesidades en cada momento supuso necesitar una media anual de camas funcionantes mucho menor, que ha supuesto, como vemos en la Ilustración 137 un impacto económico muy importante en términos de mejora de la eficiencia de los recursos disponibles.

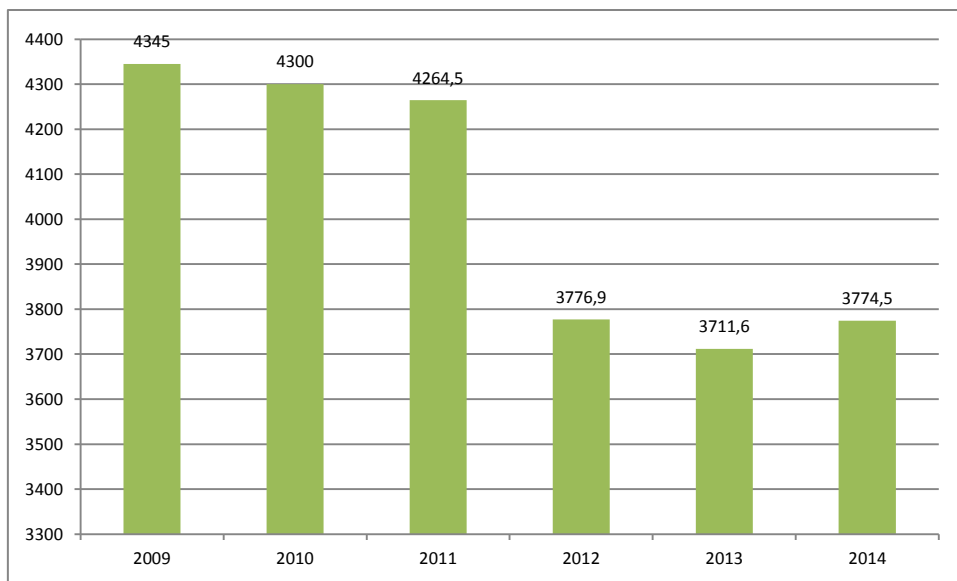


**Ilustración 137: Evolución del número de camas funcionantes en el SESCAM. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada**

En este proceso de rediseño se han incrementado respecto a 2010 el número de quirófanos funcionantes, y sobre todo, como vemos en la Ilustración 138, el número de horas disponibles en quirófanos. La eliminación del autoconcierto en 2012 redujo de forma importante el número de horas de quirófanos disponibles, con el inmediato impacto negativo en listas de espera. En 2013 y 2014, con la apertura de nuevos quirófanos y con la adaptación de la jornada asistencial a las necesidades, se ha conseguido aumentar la disponibilidad en horas quirúrgicas por encima de las existentes en 2011.

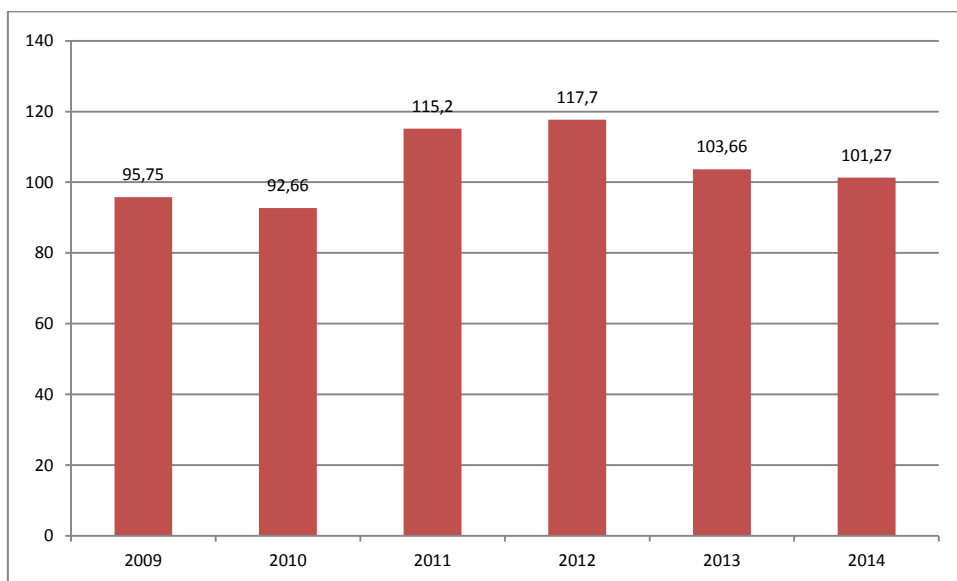


**Ilustración 138: Evolución del número de quirófanos funcionantes en el SESCAM. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada**

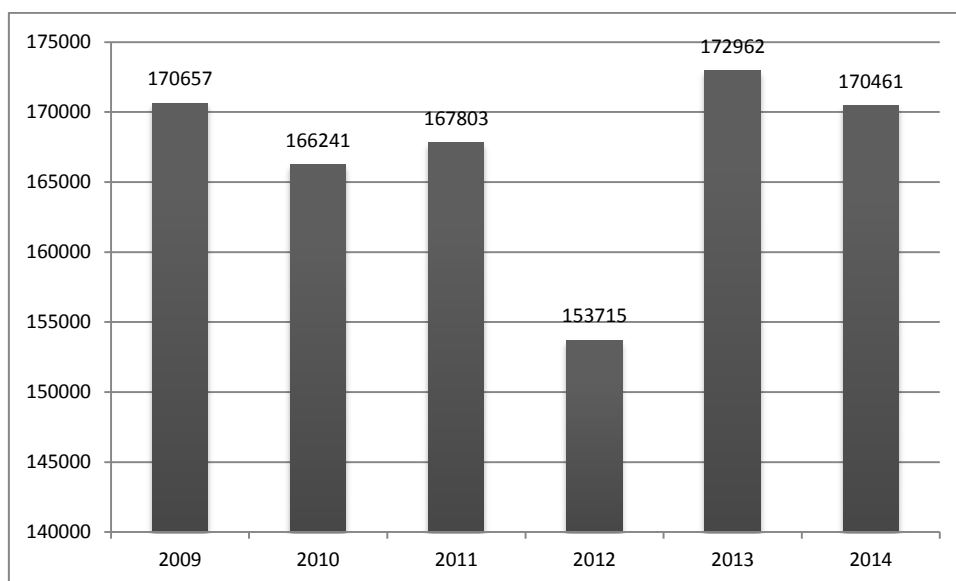


**Ilustración 139: Evolución del número de horas de quirófanos disponibles en el SESCAM. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada**

En Atención Primaria las actuaciones se centraron en revisar la cartera de servicios existente por cada zona básica de salud, y el acceso existente a derivaciones hospitalarias y a pruebas diagnósticas de laboratorio o imagen. Se trabajó por establecer estándares en tasas de derivación y especialidades hospitalarias de referencia homogéneas, así como el acceso normalizado a pruebas diagnósticas. Se analizaron igualmente, con el objetivo de desburocratizar la asistencia, las tareas administrativas realizadas por los médicos de familia y el personal de soporte existente. Se revisaron también las tasas de frecuentación, muy superiores en el medio rural a los estándares de frecuentación en España.

En Atención Primaria se procedió a actualizar igualmente el valor de los índices de dispersión geográfica (artículo 16 LGSSB) (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) y a adecuar las retribuciones por mayor carga de trabajo, recogido en el artículo 17 LGSSB (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a). Anteriormente, en los casos de ausencia de profesionales de atención primaria, y ante la falta de sustitutos, otro profesional del EAP se hace cargo de su agenda, normalmente en el mismo horario que el suyo, percibiendo retribución doble por cada día de ausencia. Con esta medida cuando la sustitución se realiza en el mismo horario que el del sustituto, únicamente se percibe el importe del complemento por capitación del profesional sustituido.

#### **10.2.5 Reordenar los Puntos de Atención Continuada sin sentido asistencial**

En este contexto de necesidad de racionalización del gasto sanitario, y en el marco del plan de medidas para hacer viable el SESCAM, se analizan las coberturas y horarios de los 182 Puntos de Atención Continuada de Castilla la Mancha.

De estos 182 PACs, se decide modificar los horarios de 21 de ellos, a partir de un detallado estudio de necesidad sanitaria realizado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM. Se detectó una oportunidad de mejora de la eficiencia de los dispositivos de atención a urgencias y emergencias, vinculada a la baja frecuentación en determinadas franjas horarias y a la existencia de alternativas adecuadas para la atención sanitaria a distancias adecuadas.

Los criterios utilizados en la reorganización de los horarios de los PAC fueron:

1. La atención continuada de una zona básica se realizará dentro del área de salud a la que pertenece.
2. Las poblaciones correspondientes a zonas básicas urbanas no modifican horarios.
3. Las poblaciones localizadas en zonas rurales de más de 11.000 TIS no modifican horarios
4. La población actualmente atendida por puntos de atención permanente de una zona básica se atenderá en el PAC al que pertenece.
5. Las zonas básicas que tengan núcleos de población, es decir, localidades de más de 3.500 TIS dispondrán de un PAC con horario de atención 24 horas.
6. Cuando un PAC presente una presión asistencial total inferior a 20 pacientes durante el horario de apertura de 15 a 8 horas y la presión asistencial sea inferior a 3 pacientes en horario de 20 a 8 horas, se podrá modificar el horario de atención hasta las 15 o 20 horas.
7. Para la determinación del horario de apertura del PAC se tendrán en cuenta las cronas de los desplazamientos de los pacientes y de los desplazamientos de los medios móviles de urgencias y emergencias que deben ser cercanos a 30 minutos como máximo

Además, se analizó la conveniencia de incorporar dos medidas adicionales:

- Poner en marcha el servicio Sanidad Responde. Este nuevo servicio público permite abrir una nueva puerta de entrada telefónica al ciudadano, a fin de facilitar información y consejo sanitario al 100% de la población. Este servicio, atendido por profesionales sanitarios, se integra con el 1-1-2 para detectar posibles urgencias a fin de movilizar el recurso más idóneo para el problema de salud que refiere el paciente, dirigirlos al centro más adecuado, o bien solucionar consultas sanitarias que no necesitan movilizar recursos sanitarios. Este servicio supone una mejora para otras muchas áreas rurales de la Comunidad que carecen de PAC, y está orientado a aportar mejoras tanto en la utilización adecuada de los recursos sanitarios como en la mayor celeridad en la movilización de recursos para situaciones emergentes no detectadas por el paciente

- Resituar las ambulancias del servicio de emergencias, ubicando una ambulancia en todas las localidades donde se han producido cambios de horarios en los Puntos de Atención Continuada

Se dimensionaron los Puntos de Atención Continuada y los módulos de guardia en función de la dispersión y la actividad diaria. Dicha actividad se analizó por facultativo y personal de Enfermería, día de la semana y mes, tramo horario de la jornada, en función de si los días eran laborables o festivos, encontrando hechos poco explicables. También se analizó la distribución de la población por tramos de edad y su composición en función del grado de consumo de los recursos.

Se establecieron criterios homogéneos sobre los Puntos y los recursos. Los equipos directivos lo entendieron aunque sabíamos que era una medida muy complicada. La regularización del personal de guardia en función de la actividad y dispersión se pudo poner en marcha. Sin embargo, el ajuste del número de Puntos de Atención Continuada fue fuertemente politizado hasta el punto de que se propició por vía judicial una paralización cautelar de la medida a requerimiento de varios ayuntamientos. Desde el Gobierno se valoró con buen criterio que no era adecuado perpetuar un conflicto durante meses y se pospuso su aplicación.

La medida de adecuación de los horarios de algunos PAC era un primer paso para racionalizar la estructura de urgencias y emergencias de la Comunidad, que ha quedado en muchos casos obsoleta con la mejora de las comunicaciones y con el desarrollo de los dispositivos de emergencias, que son los encargados de atender las urgencias vitales en colaboración con todo el sistema sanitario. Reestructurar los dispositivos asistenciales es una obligación para poder resituar los recursos donde más pueden aportar a los ciudadanos, pero la instrumentación política de las decisiones sanitarias a todo precio hizo aconsejable buscar un momento de mayor consenso para aplicar cambios que mejoren globalmente los servicios de urgencias.

#### **10.2.6 Eliminación de incentivos perversos por autoconcierto (peonadas)**

En el epígrafe 3.4.5 Retribuciones por autoconcierto (peonadas) de la página 106 vimos los efectos perversos sobre la organización que pueden tener las retribuciones por autoconcierto, y el fuerte impacto económico que tuvo su implantación.

Había que tener en cuenta que en años anteriores se realizaba una importante actividad concertada a centros privados y otro volumen importante era realizada fuera de jornada ordinaria en concepto de autoconcertación. De un primer análisis se observó que una parte importante de la actividad llevada a cabo fuera de la jornada y enviada a empresas concertadas se podía hacer en nuestros centros en jornada ordinaria. Esto suponía una importante eficiencia del sistema y ayudaba a la sostenibilidad del mismo. Se estudió la oferta y la demanda, se observó cómo ésta influía en aquella y cómo la autoconcertación era distorsionante ya que influía en una mayor demanda. Además, la autoconcertación se

establecía en los servicios más ineficientes y en los que mayor lista de espera generaban. En vez de premiar la excelencia, se premiaba en muchos casos la ineficiencia.

Las listas de espera se autoperpetuaban para mantener las “peonadas”, con el consiguiente desaliento por parte de los servicios y unidades eficientes y que no realizaban actividad en jornada extraordinaria. El control sobre las mismas era discutible ya que si había algunos pactos de actividad asociados a la realización de actividad extraordinaria, éstos no se controlaban y en la mayoría de las ocasiones no existían. Se hacía actividad de tarde remunerada, lo que establecía grandes desigualdades salariales y diferencias inversamente negativas en base al grado de responsabilidad y compromiso con la organización. Nadie iba a adaptar su jornada a las necesidades si no era a cambio de sustanciosos ingresos, el precedente ya estaba creado.

Desde el 1 de enero de 2012 se suspendieron todos los programas y pagos por autoconcierto en el ámbito del SESCAM, procediendo a programar actividad ordinaria en horario de tarde en la programación funcional de los Centros.

El impacto en el gasto fue inmediato, directamente por la vía de la supresión de las partidas de gasto correspondientes a autoconcierto, como vemos en el gráfico siguiente, e indirectamente por la reducción del importe de guardias médicas.

En el epígrafe sobre actividad y lista de espera analizaremos las consecuencias de esta supresión.

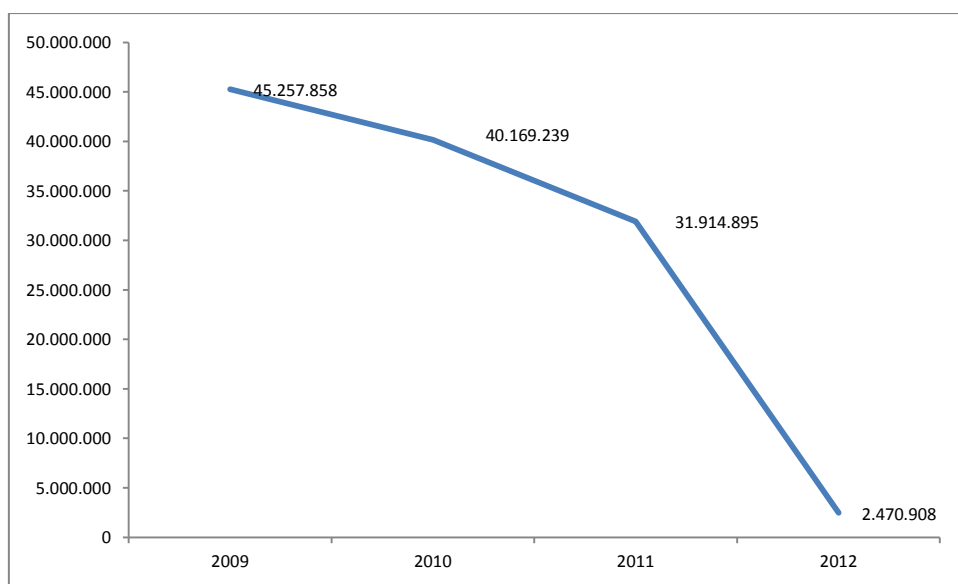


**Ilustración 140: Evolución de las retribuciones específicas por autoconcierto en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM**

### 10.2.7 Replanteamiento del transporte sanitario

Un problema en la contratación de servicios externos en los años pasados había sido la supeditación de los pliegos de cláusulas administrativas a las exigencias sindicales. Un ejemplo

claro de esto había sido el concurso de transporte sanitario. Se realizó un nuevo concurso, manteniendo las prestaciones, modernizando las dotaciones internas de las ambulancias y mejorando la tecnología, pero con especificaciones que incrementen la capacidad de las empresas que concursan de dar un servicio de calidad y a la vez eficiente. El resultado fue una reducción de más del 16% del coste del transporte, con un ahorro medio estimado de 17 millones de euros al año. La curva de costes de transporte sanitario concertado es la siguiente:

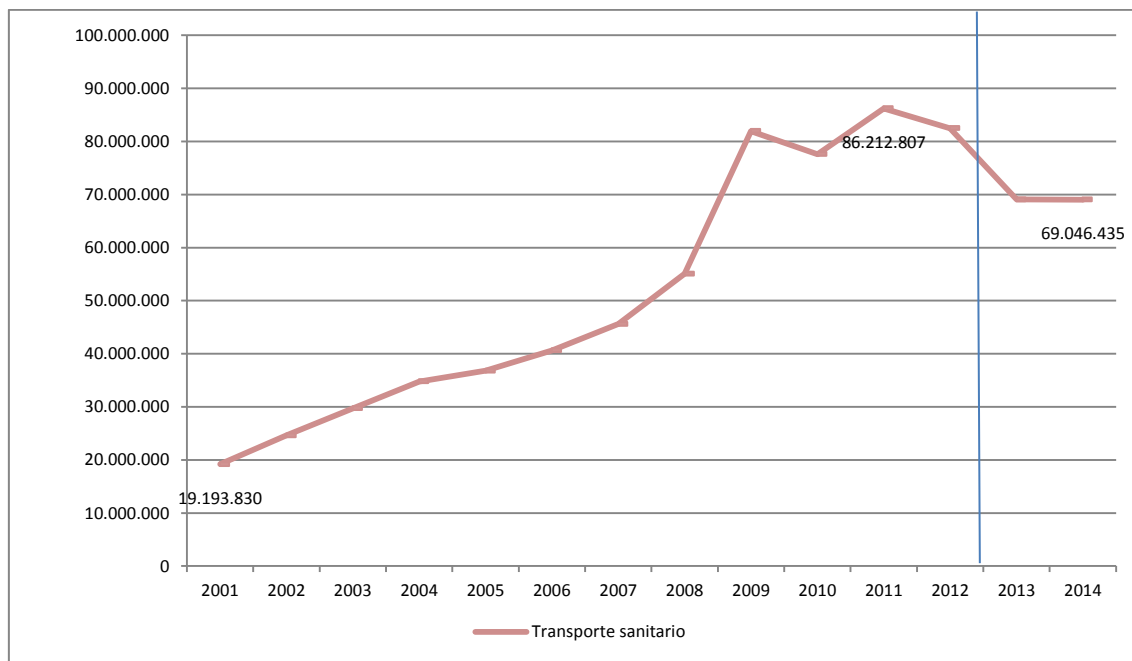


**Ilustración 141: Coste anual del concierto de transporte sanitario. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

Una parte de esta mejora de eficiencia se consiguió igualmente por el rediseño efectuado de los transportes internos entre hospitales del SESCAM, que permitió utilizar mejor los recursos de transporte urgente, reducir guardias innecesarias, y liberar vehículos para ser utilizados en la atención a emergencias.

### 10.2.8 Revisión de la estrategia de conciertos

En Castilla-La Mancha existía un gasto desenfrenado en conciertos sanitarios a entidades privadas. Podemos encontrar dos motivos básicos, fuertemente relacionados entre sí:

- La fuerte politización con la que se habían manejado las listas de espera había llevado a generar fuertes necesidades de concertación, tanto desde los centros sanitarios como desde las estructuras provinciales creadas para ofrecer un centro concertado a cualquier paciente que pasados los cortos plazos de garantía de lista de espera quisiera solicitarlo

- Los altos precios vigentes en la concertación, fruto de esa fuerte presión por aceptar pacientes y de un mercado con poca competencia en algunos ámbitos asistenciales.

Estos dos componentes habían configurado un gasto en conciertos hospitalarios en una tendencia creciente y continuada en el tiempo, que alcanzaba cifras preocupantes y fuera de las posibilidades del Servicio de Salud en 2012.

La LGSSB en su artículo 34, introduce una modificación legal sobre la antigua ley de garantías, que se orienta a conseguir dos resultados:

- Se orienta la ejecución de garantía de lista de espera a que sea ejercida en un centro público y no privado, como ocurría anteriormente.
- La reclamación sobre exceso de tiempo de garantía se ejerce ante el hospital público correspondiente, que podrá optar por programar de inmediato la intervención quirúrgica del paciente, en vez de ejercerse una derivación automática hacia un hospital concertado, como se hacía anteriormente.

La priorización de la actividad pública sobre la privada, tuvo como efecto la reducción drástica del gasto en actividad concertada, como vemos en la gráfica siguiente:

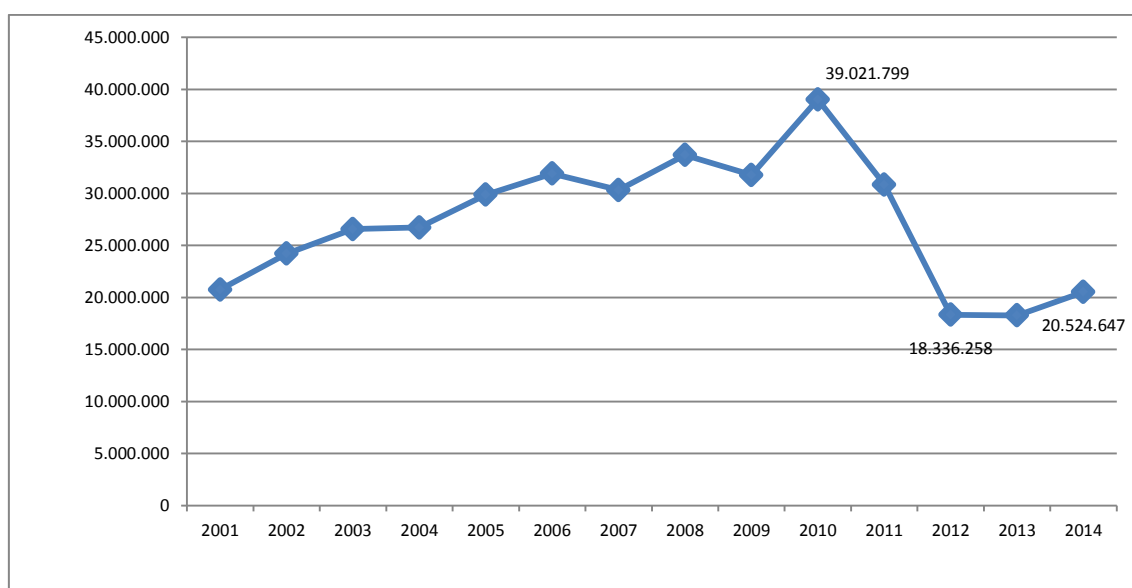


**Ilustración 142: Gasto en conciertos con entidades privadas especializadas. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

El gasto en hemodiálisis y terapias respiratorias no sufre grandes cambios, dado que se trata de conciertos plurianuales, y los ahorros deberán notarse una vez se adjudiquen los concursos en curso. Sí se produce un descenso importantísimo del concepto de Otros Conciertos, que agrupa diversas actividades concertadas.



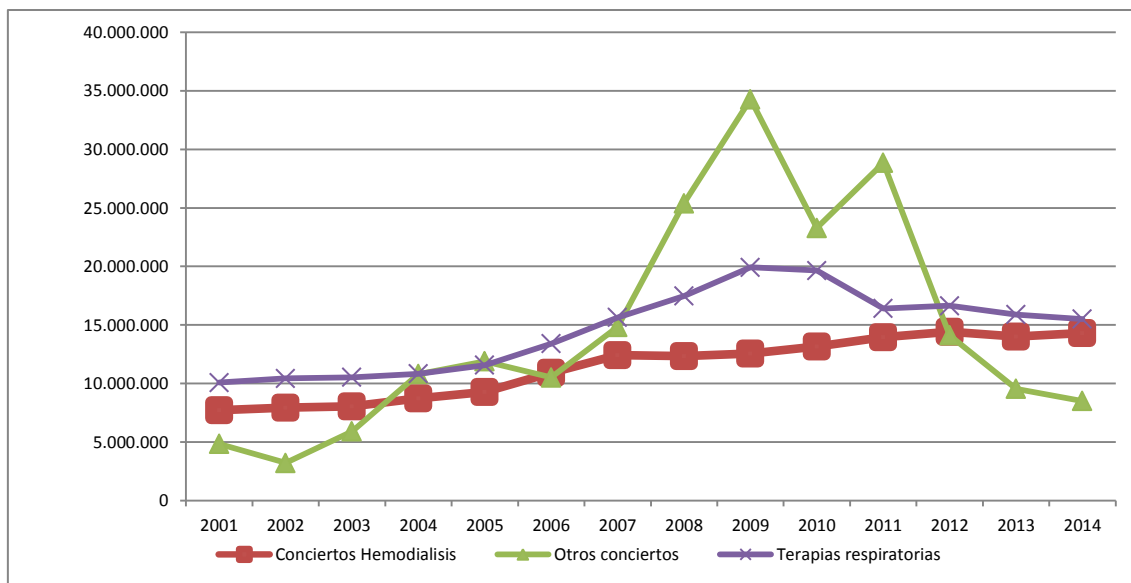


**Ilustración 143: Gasto en conciertos con entidades privadas especializadas en Hemodiálisis, Terapias Respiratorias, y Otros Conciertos.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

El gasto en concertación de diagnóstico por la imagen ya estaba en descenso desde el año 2006, descenso que se acentúa en 2011 y 2012, hasta llegar a una cifra mínima en la que se estabiliza en 2013 y 2014. La actividad concertada en Rehabilitación y Fisioterapia también sufre un importante descenso.

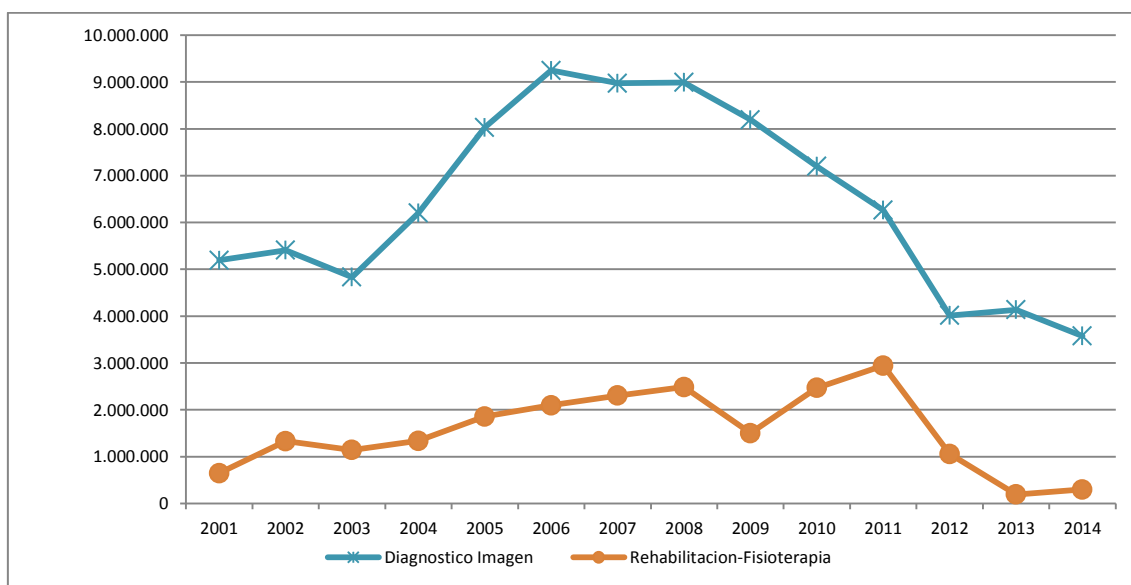


**Ilustración 144: Gasto en conciertos con entidades privadas especializadas en Diagnóstico por la Imagen y Rehabilitación y Fisioterapia.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

Los conciertos con otras entidades públicas descienden de forma muy importante al procederse a la integración en la red pública del SESCAM del Hospital Provincial de Toledo, hasta entonces contratado por un concierto público.

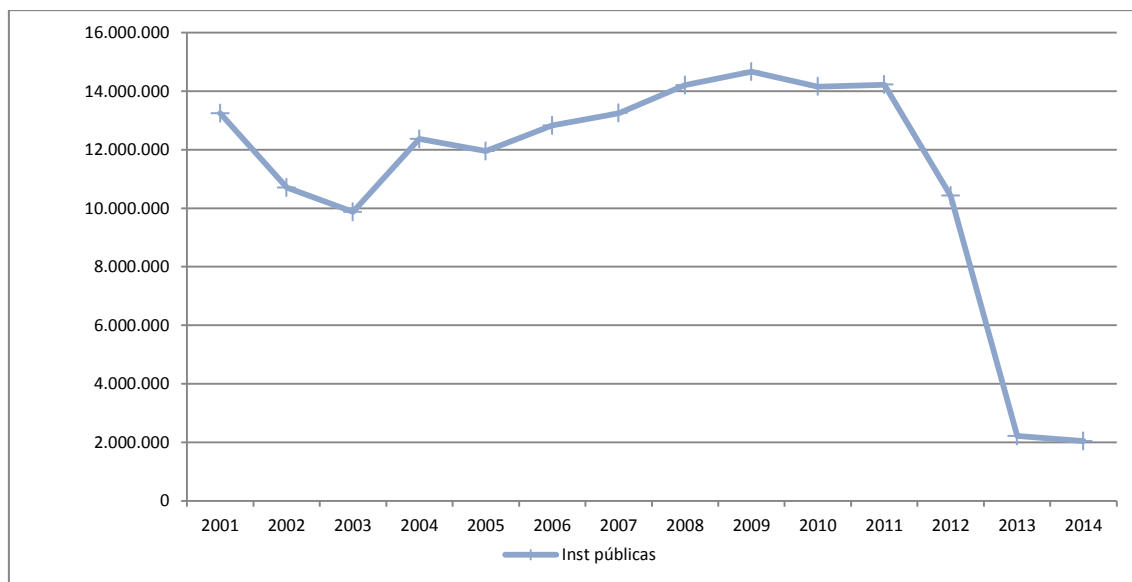


**Ilustración 145: Gasto en conciertos con instituciones sanitarias públicas.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

### 10.3 Medidas sobre el gasto en bienes y servicios

Se han acometido un conjunto de acciones para el control del gasto en bienes y servicios. Las líneas básicas de actuación han sido:

- Revisión a fondo de los contratos de servicios vigentes, con renegociación y licitación de los distintos servicios y mejora de los precios de los mismos
- Incorporación del SESCAM a los concursos centralizados a nivel nacional promovidos por INGESA
- Creación de una central de compras distribuida entre los centros del SESCAM, en la que cada centro se encarga de tramitar concursos específicos para toda la red, consiguiéndose mejores condiciones al aprovecharse las ventajas en volumen que supone este tipo de compra
- Revisión de las duplicidades existentes en algunos servicios para reducir su precio
- Creación de grupos de trabajo específicos para la mejora de la prescripción farmacéutica en hospitales, involucrando a los profesionales de farmacia y a los médicos en las políticas de uso racional del medicamento en hospitales

En la gráfica siguiente podemos ver los resultados del proceso en las partidas de implantes, material de laboratorio y otro material sanitario. Si analizamos la evolución del gasto, en la partida más importante económicamente, la de otro material sanitario, se produjo una fuerte disminución entre 2010 y 2012. En 2013 y 2014 esta partida vuelve a crecer, pero queda en 65,2 millones de euros de gasto en 2014, frente a los 76,9 en 2010.

El material de laboratorio hace igualmente un punto de inflexión en 2011, pero el gasto se estabiliza en 2013 y 2014 sin volver a subir. Ha pasado de 47,8 millones al año en 2011 a 41,9 en 2014.

En cambio, el gasto en implantes baja de manera pronunciada en 2012, pero se recupera en 2013 y 2014, igualando el gasto de 2014 al de 2012. Claramente es una partida con innovaciones constantes que aumentan los precios y que suponen una fuerte presión al alza en los costes sanitarios.

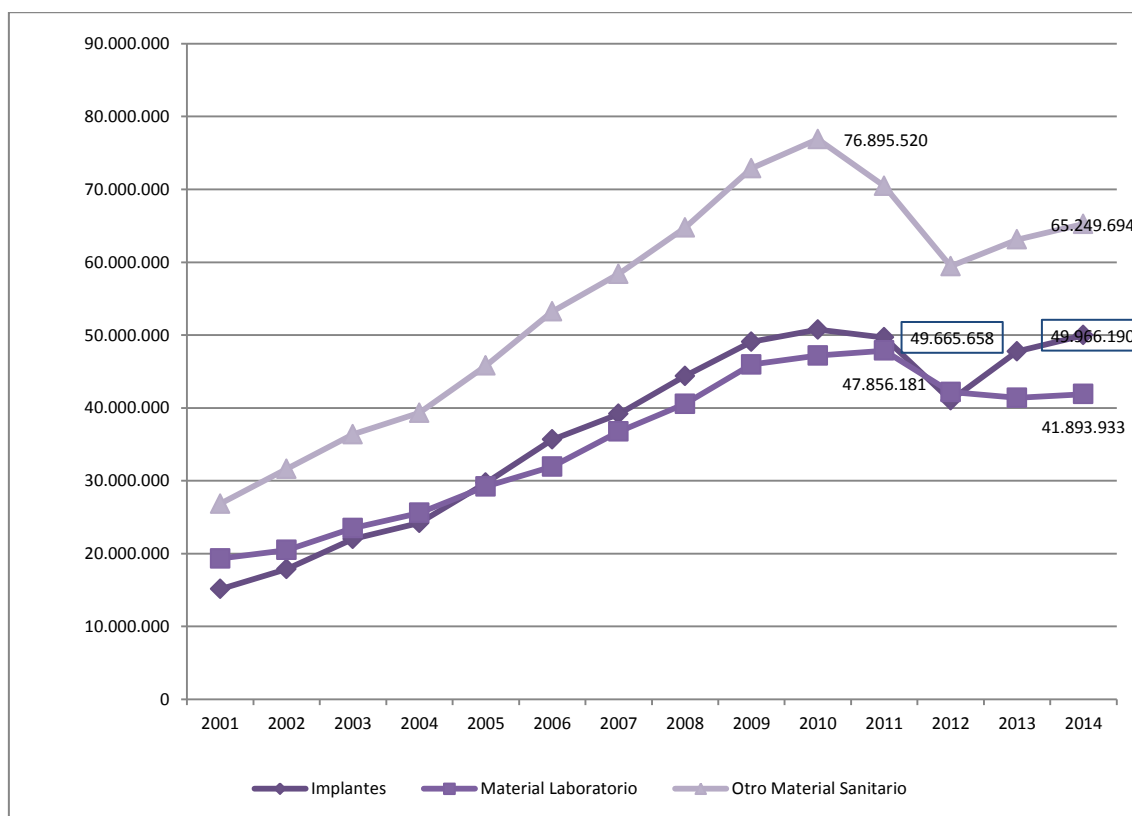


**Ilustración 146: Evolución del gasto en implantes, material de laboratorio y otro material sanitario. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

Más acusada es esta presión de la innovación en el apartado de farmacia hospitalaria y hemoderivados. La crisis y los esfuerzos por controlar el gasto realizado sólo sirvieron para detener el gasto entre 2010 y 2012, pasando de 190,6 millones anuales a 187 millones de euros. Pero a partir de 2013 se reanuda la tendencia alcista y llega en 2014 a los 205 millones

de euros. Claramente se puede ver como la innovación farmacéutica no ha dejado de ser utilizada en el SESCAM a pesar de la fuerte reducción en el gasto total registrada.

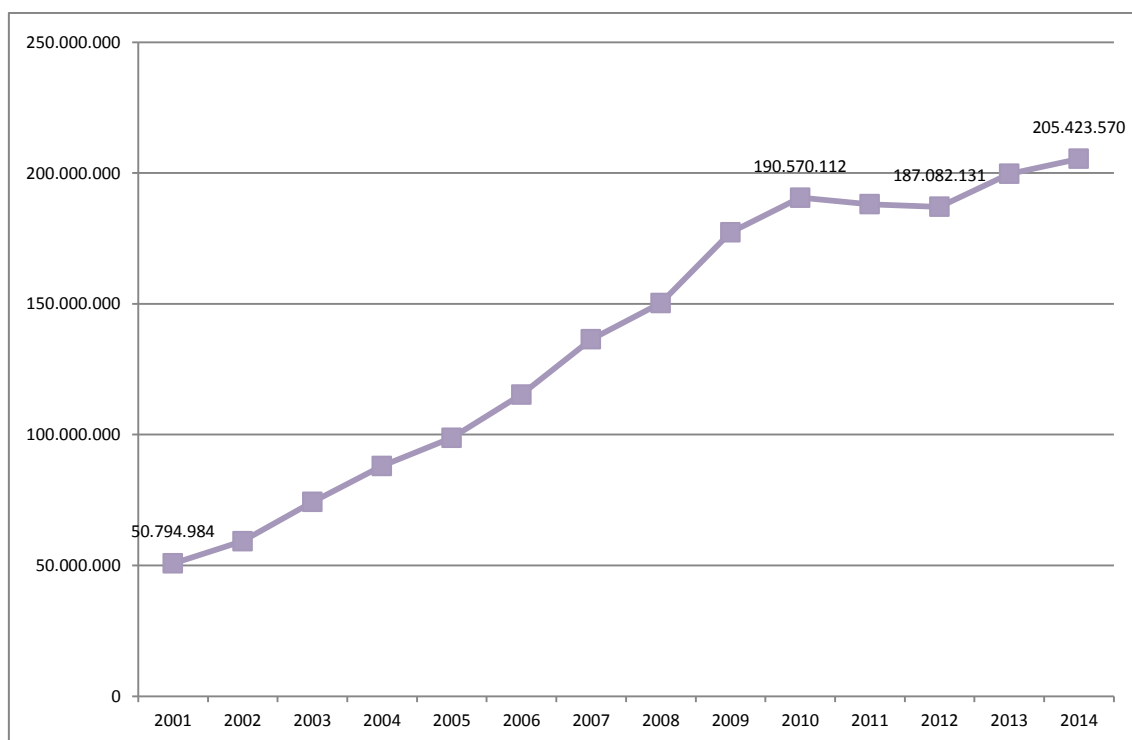


**Ilustración 147: Evolución del gasto farmacia hospitalaria y hemoderivados. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

El gasto en suministros energéticos hace una curva un poco distinta. Crece de forma más acusada en 2012, fruto de los altos precios en el mercado energético mundial y de los retrasos en el pago en el SESCAM, e inicia una senda de descenso en 2013 y 2014 la electricidad y en 2014 el gas, años en los que los precios se han moderado en el mercado laboral y los pagos de facturas son puntuales en el SESCAM.

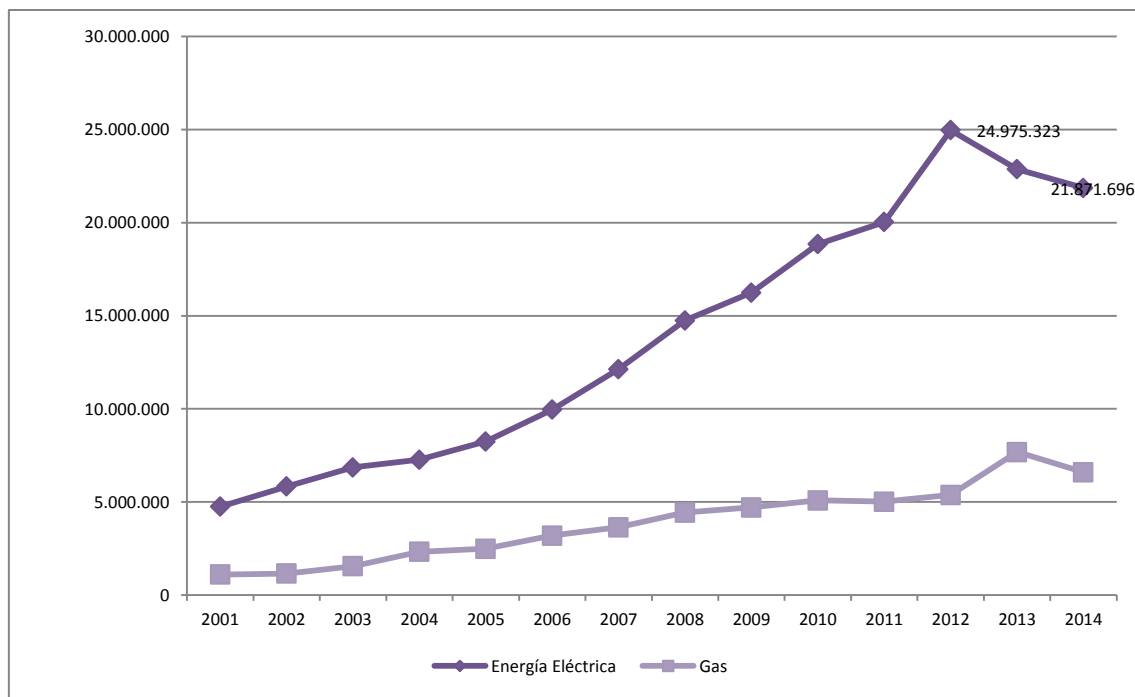


**Ilustración 148: Evolución del gasto en suministros de energía eléctrica y gas.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

En el ámbito de los servicios generales, se pasó de una situación inicial muy difícil, en la que las empresas habían perdido toda liquidez por los retrasos en los pagos y por la falta de crédito bancario, a un momento posterior en el que, recuperada la liquidez, se realiza un esfuerzo por adecuar prestaciones y ajustar precios.

En limpieza, el gasto inicia una senda de descenso desde 2011, año en el que el gasto fue de 49,4 millones de euros. En 2014 fue de 41,3 millones de euros.

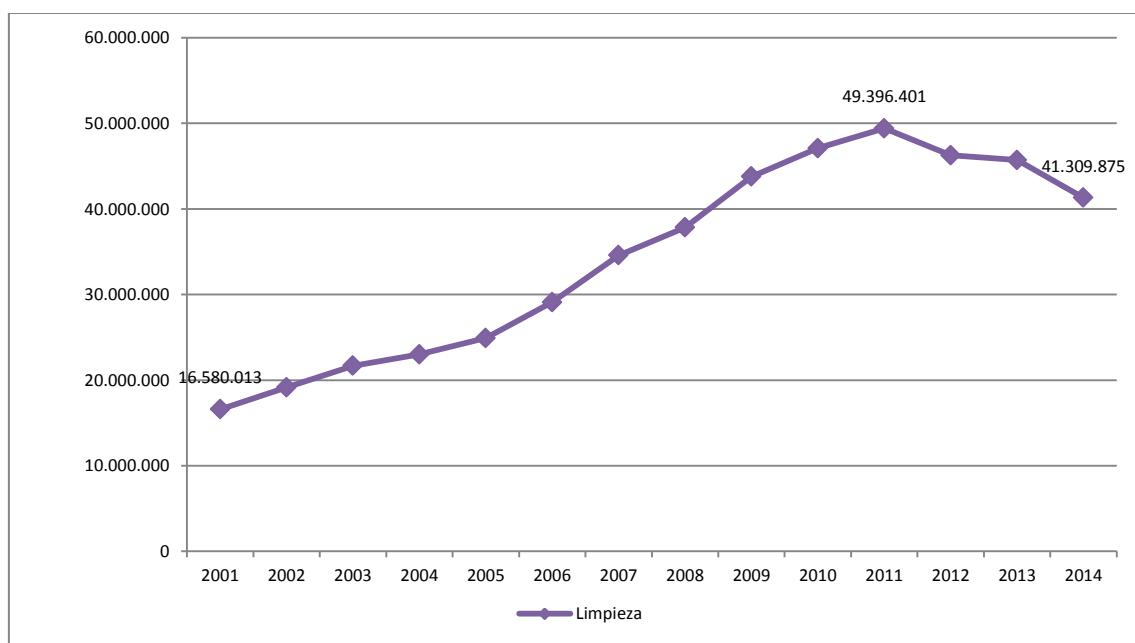


**Ilustración 149: Evolución del gasto en contratación de servicios de limpieza. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

En alimentación y seguridad se produce igualmente un máximo de la curva ascendente en 2010, con un descenso de los costes de los dos servicios y una tendencia a la estabilización en 2014.

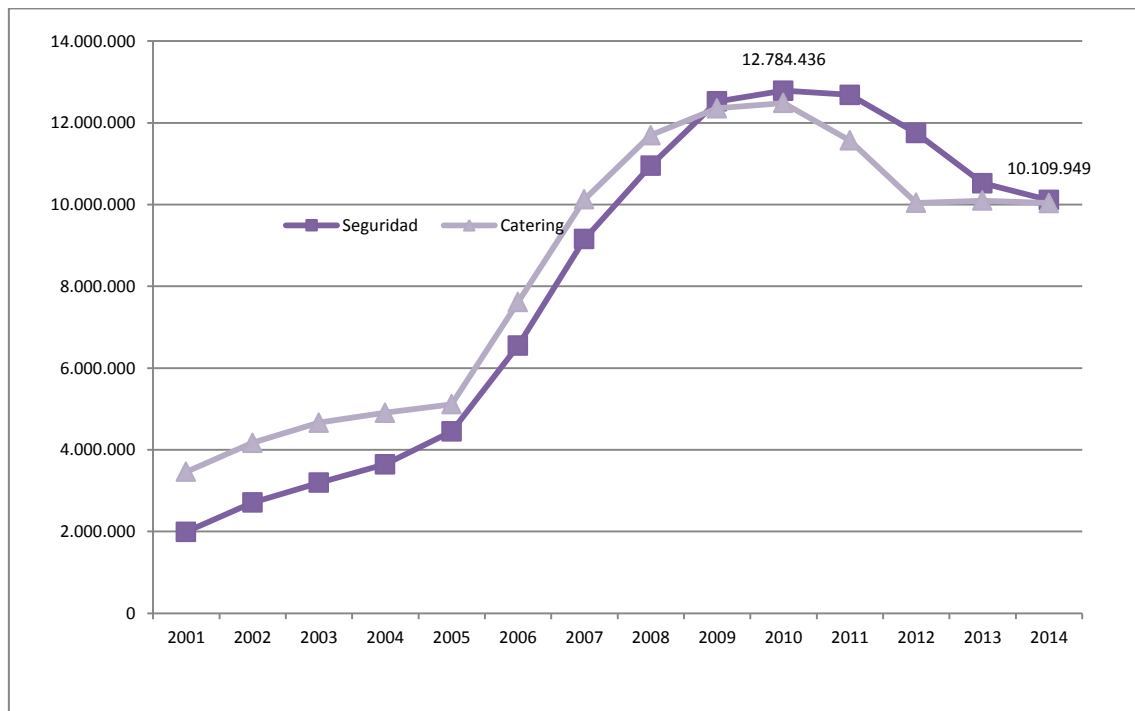


**Ilustración 150: Evolución del gasto en seguridad y servicios de catering. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**



## Capítulo IV: Impacto de las medidas en el gasto, en la producción asistencial y en las listas de espera

---



## 11. Resultado de la aplicación del plan de reducción de gasto

El resultado de las políticas aplicadas para la mejora de la eficiencia en términos de reducción del gasto fue el de la consecución de los objetivos planteados, que no eran otros que devolver el gasto del SESCAM a una situación de viabilidad.

Se ha conseguido una reducción en el gasto anual de 707,27 millones de euros, consolidada en el tiempo desde 2013, lo cual supone una inyección importantísima de viabilidad y de capacidad de acción al sistema sanitario público de la región. Hacer las cosas con eficiencia significa eliminar los despilfarros que se habían incorporado a muchos rincones del Servicio de Salud, y nos da la oportunidad de, una vez aumente la financiación del sistema, invertir los recursos adicionales que se reciban, de forma lógica y coherente.

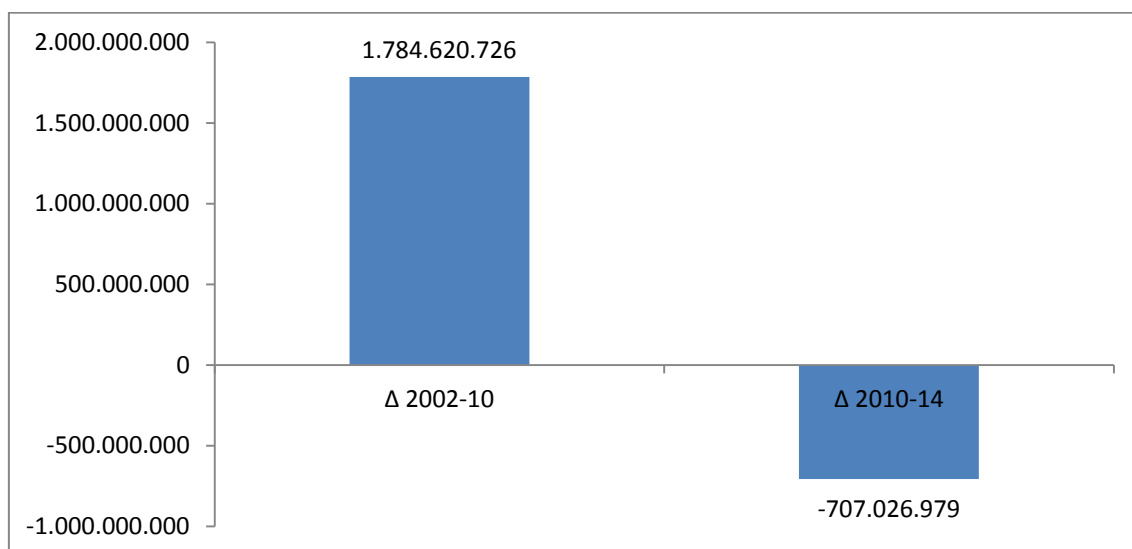


**Ilustración 151: Variación del gasto real del SESCAM en los periodos 2002-10 y 2010-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

La curva del gasto total del SESCAM cambia de sentido a partir de 2011. De un incremento anual permanente y muy acusado, que hemos analizado a lo largo de este capítulo, a un decrecimiento en 2011-12, que se modera en 2013 y se estabiliza en 2014. Una vez aplicada esta reducción, los márgenes ahora para reducir el gasto son muy reducidos desde la macro y la mesogestión, y están mucho más en manos de la capacidad de los profesionales sanitarios de gestionar los recursos a nivel micro, capacidad que tienen y que con seguridad pueden demostrar si les dotamos del entorno organizativo y las herramientas de gestión adecuadas.

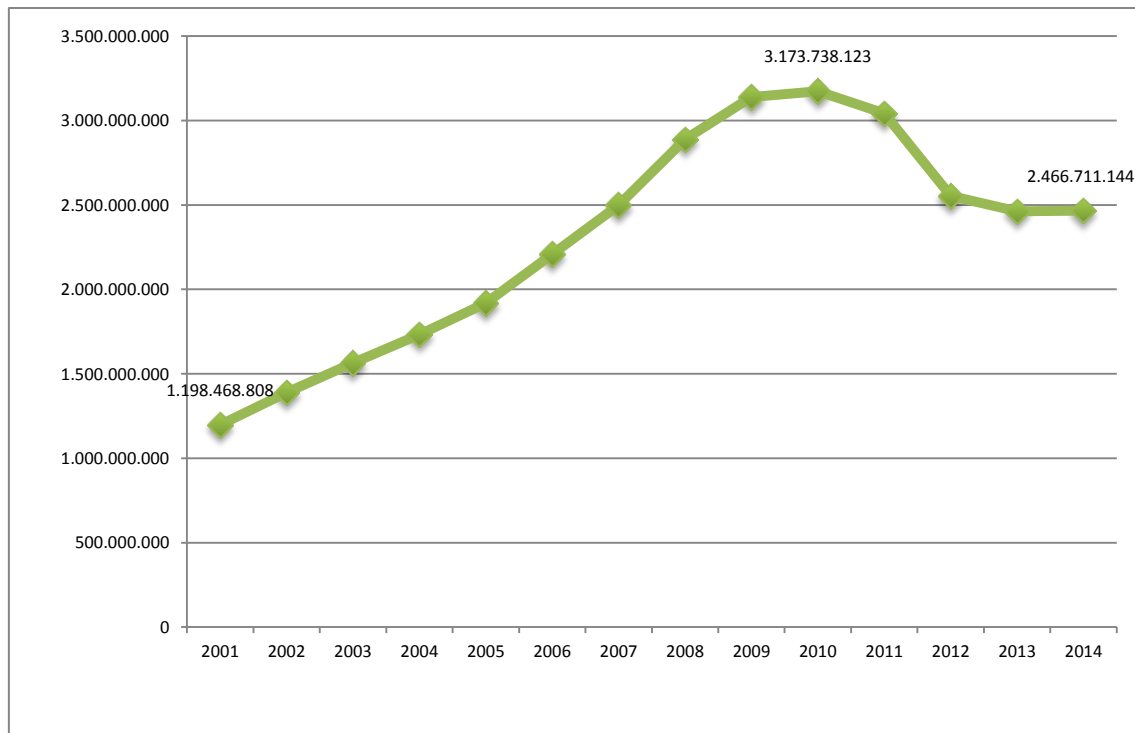


**Ilustración 152: Evolución del gasto total del SESCAM 2001-14.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

La tremenda brecha que se creó entre presupuesto inicial y gasto real se ha cerrado. Incluso la tímida distancia que se ve en 2013 y 2014 no es preocupante por ahora, dado que las diferencias entre presupuesto inicial y gasto real han sido cubiertas anualmente con remanentes presupuestarios de la Junta de Comunidades, por lo que no se ha acumulado deuda sanitaria hacia el futuro. La situación económica, financiera y de tesorería ha quedado plenamente saneada.

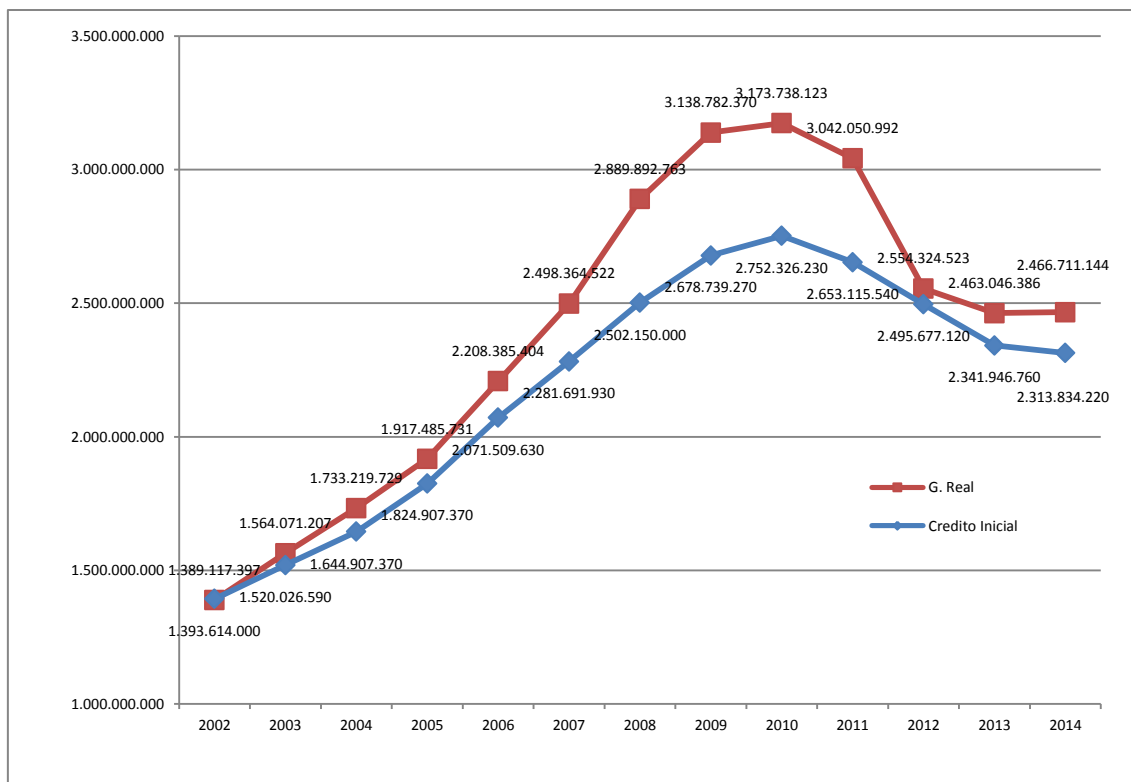


**Ilustración 153: Evolución del gasto total del SESCAM 2002-14 en relación con el presupuesto. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

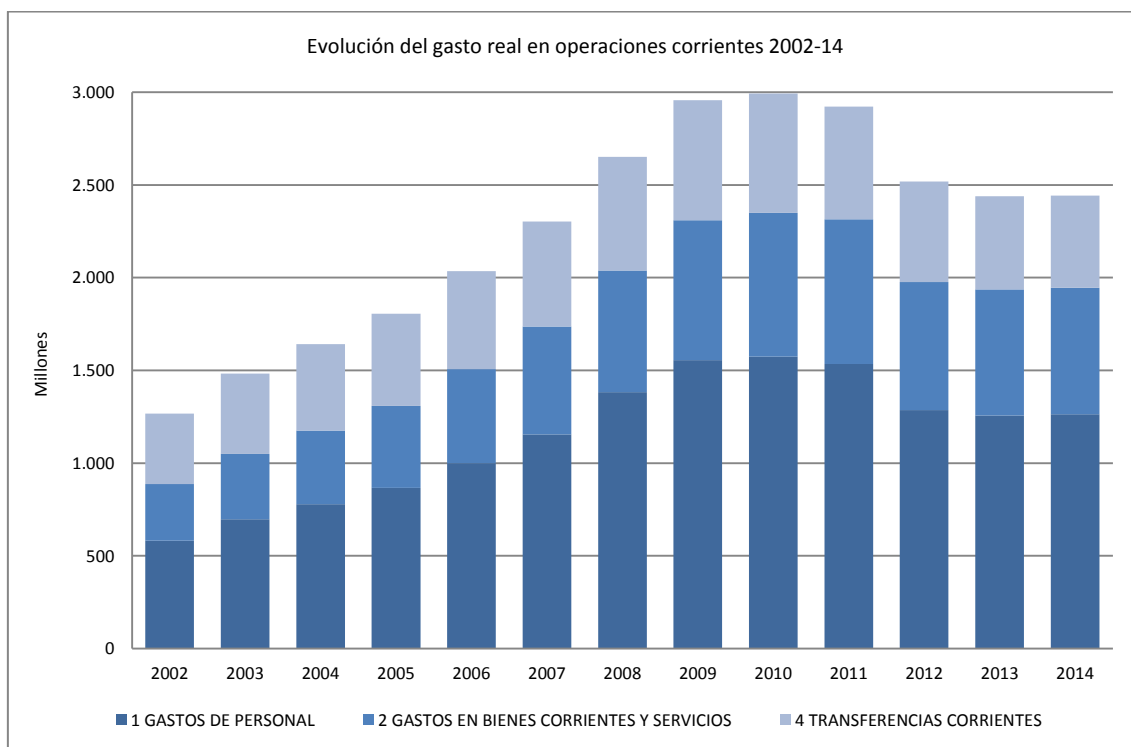


**Ilustración 154: Evolución del gasto real en operaciones corrientes 2002-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

En los epígrafes 2 al 5 vimos cómo se fue generando, en los años posteriores a las transferencias sanitarias, una espiral de incremento del gasto sanitario fuertemente ligado a intereses políticos más que a una mejora sustancial del sistema. El fuerte crecimiento económico y la politización de la gestión sanitaria alejaron las instituciones sanitarias públicas de una senda de eficiencia. Cuando llegó la crisis, el sistema colapsó, especialmente en Castilla-La Mancha, donde los problemas antes mencionados se mostraban al máximo de intensidad.

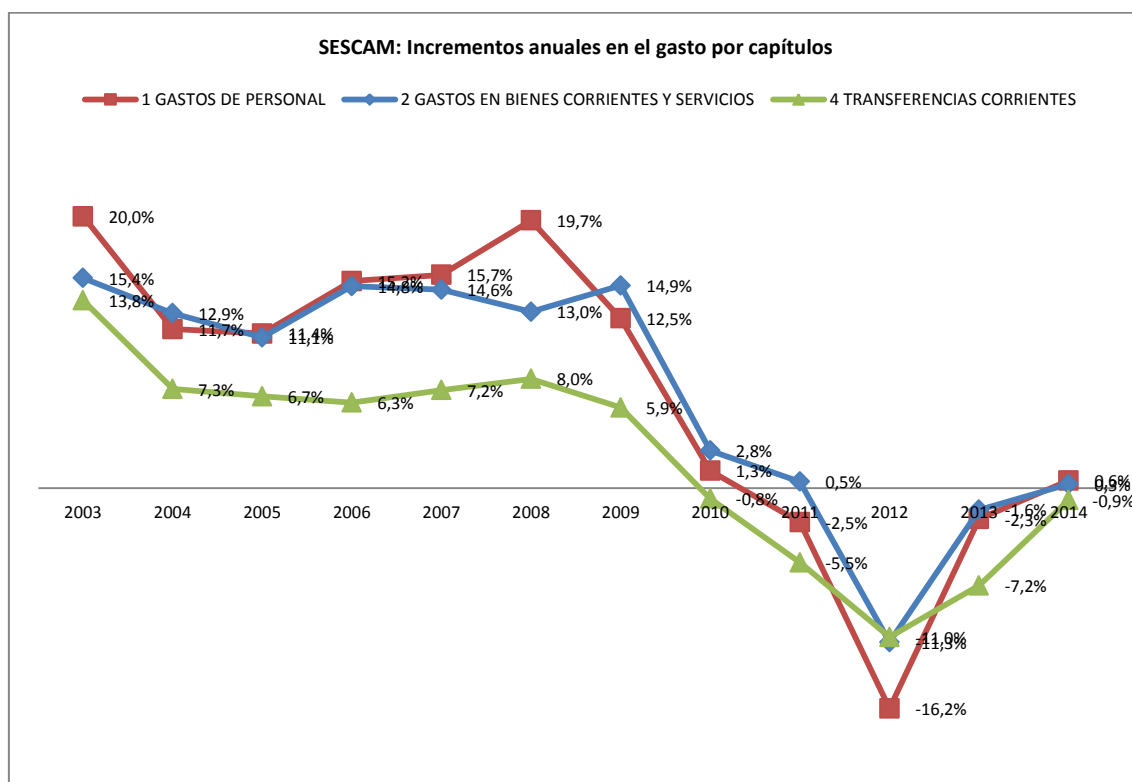


**Ilustración 155: Evolución de los porcentajes de incremento del gasto corriente por capítulos 2003-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

Como vemos en la Ilustración 155 y en la Ilustración 156, el colapso financiero del SESCAM genera un cambio de ciclo en el gasto, que debe ser reducido para hacer viable el sistema sanitario. Por suerte, esto era posible al existir fuertes ineficiencias incorporadas al sistema sin tener que afectar a la cartera de servicios ni a los copagos, ni por supuesto a la calidad de la asistencia. Las medidas adoptadas, que hemos descrito minuciosamente a lo largo de este capítulo, se centraron en 2011 en la receta farmacéutica, en 2012 en los gastos de personal, y en 2013 de nuevo en receta. 2014 fue un año de consolidación de los cambios y de cambio organizativo, y el presupuesto se estabilizó en las cifras de 2013.

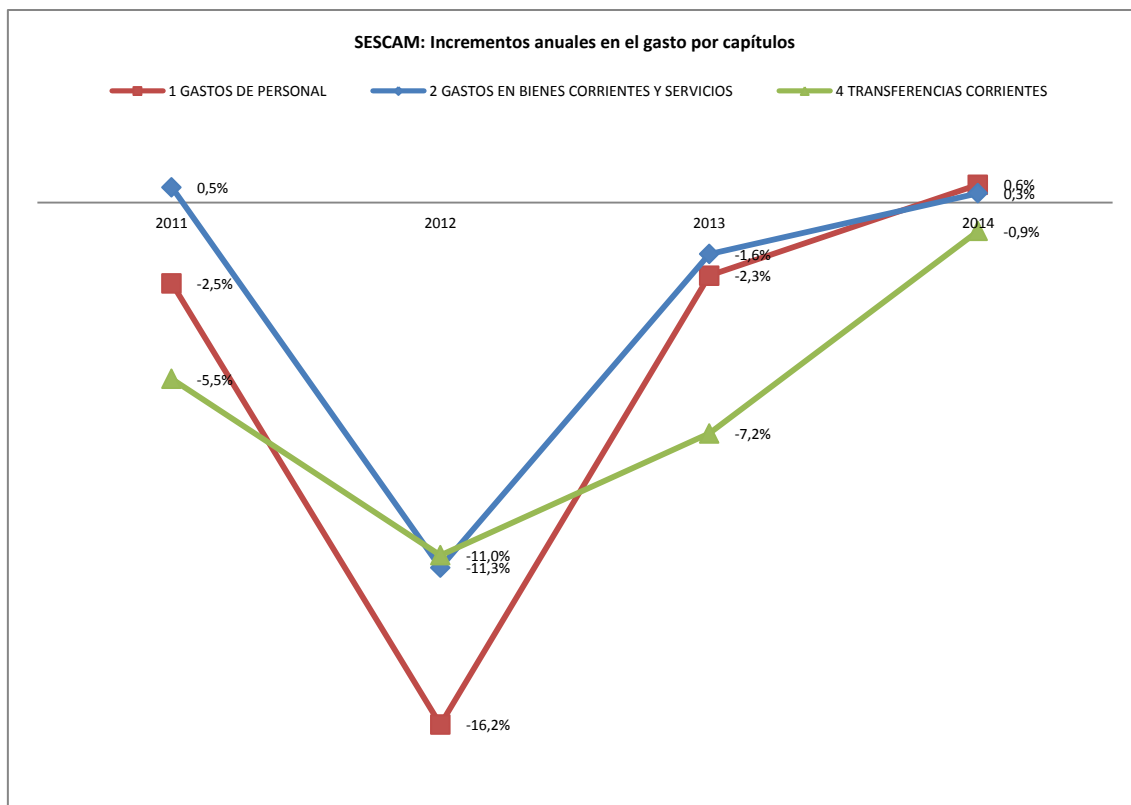


**Ilustración 156: Evolución de los porcentajes de incremento del gasto corriente por capítulos. Detalle 2001-14.**  
Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

Si nos atenemos a los datos de gasto público por criterio de devengo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Castilla-La Mancha fue la segunda comunidad autónoma que más redujo su gasto sanitario entre 2010 y 2013, sólo superada por Baleares. El porcentaje de reducción del gasto en ese periodo fue del 21,48%.

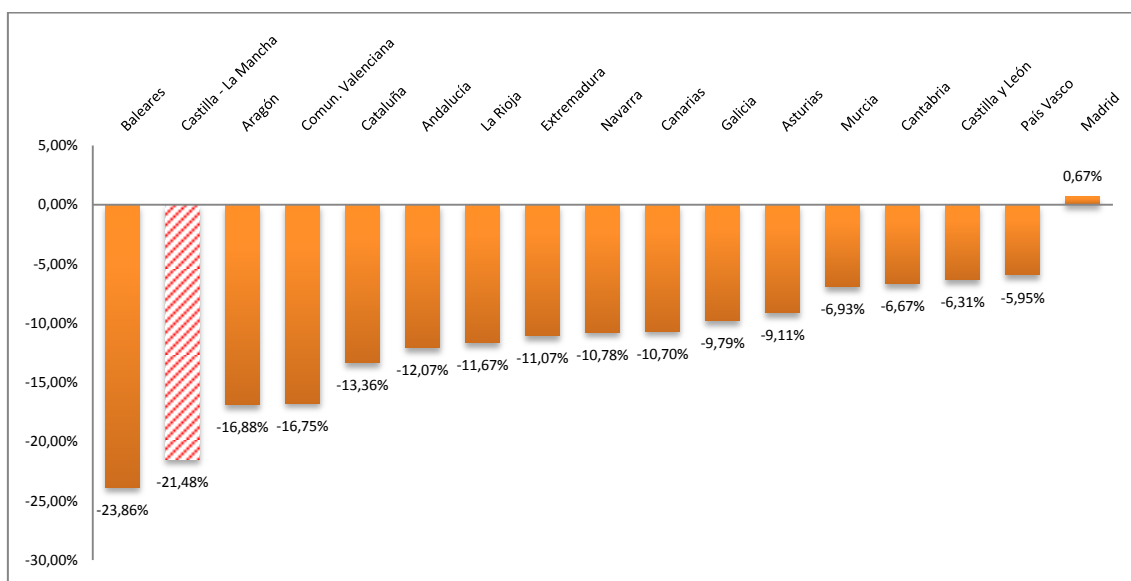


**Ilustración 157: Variación del gasto sanitario autonómico por comunidades autónomas 2010-13.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015

No obstante, y siguiendo la misma fuente, el gasto sanitario per cápita en Castilla-La Mancha fue de 1209 euros, algo superior al de Madrid y Baleares e inferior al de Canarias, Aragón y Cataluña. El más alto fue el del País Vasco y el más bajo el de Andalucía.

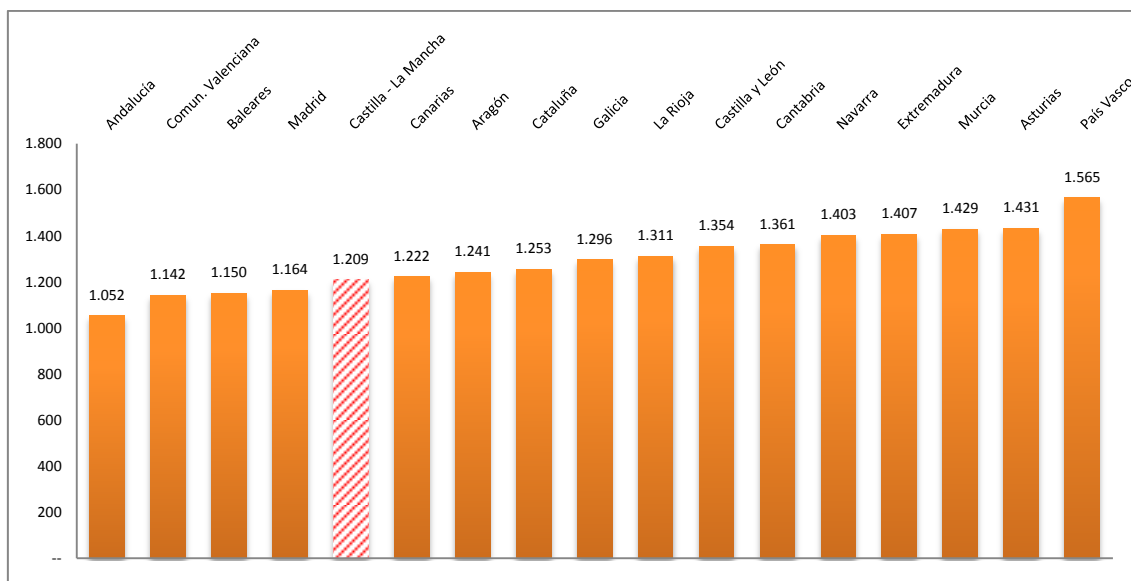


**Ilustración 158: Gasto sanitario autonómico per cápita por comunidades autónomas en 2013.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015

En variación del gasto sanitario per cápita, Castilla-La Mancha también fue la segunda comunidad en mayor descenso entre 2010 y 2013, por detrás de Baleares. Madrid fue la única comunidad que no redujo el gasto per cápita en ese periodo, con una subida del 0,19%.

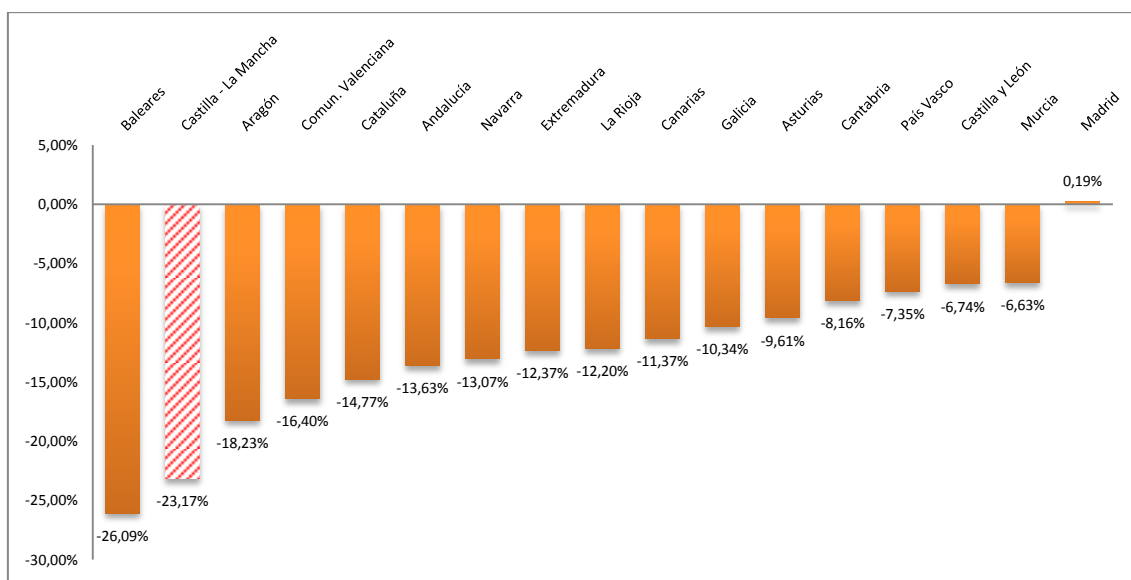


**Ilustración 159: Variación del gasto sanitario autonómico per cápita por comunidades autónomas 2010-13.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015

La curva de evolución del gasto de personal es muy similar a la del gasto total, con un descenso especialmente acusado en 2012, año en el que se ponen en marcha el grueso de las medidas de ajuste en el ámbito de los recursos humanos.

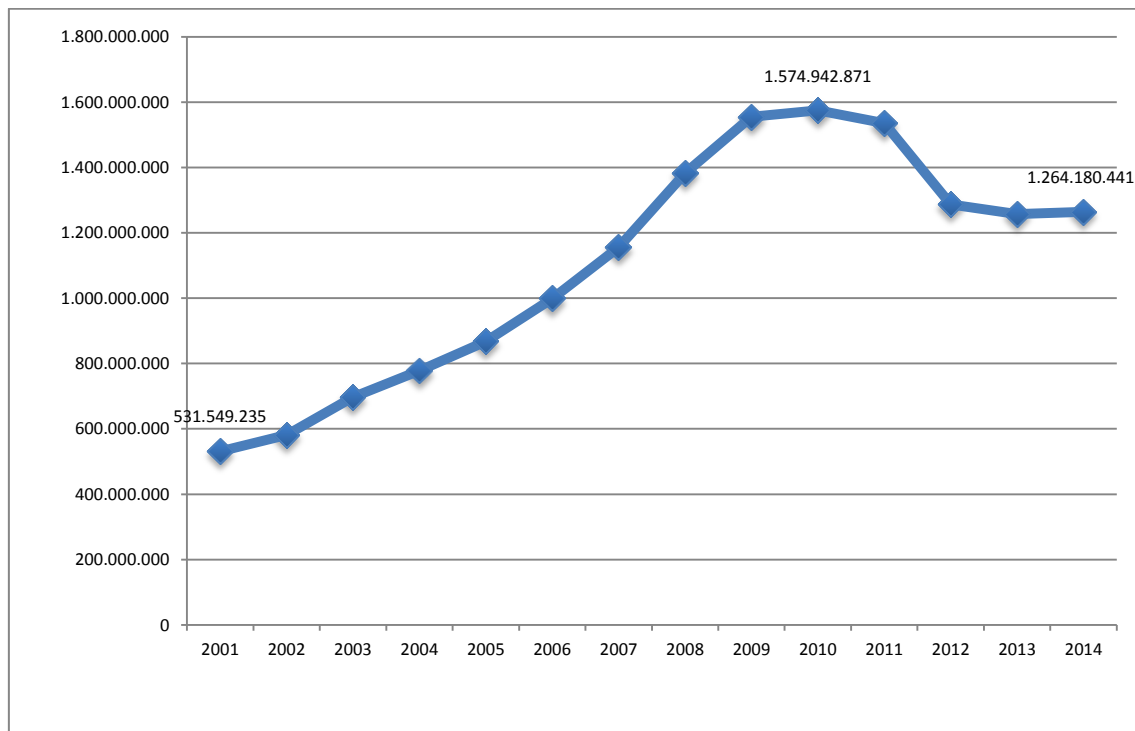


**Ilustración 160: Evolución del gasto en Personal del SESCAM 2001-14.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

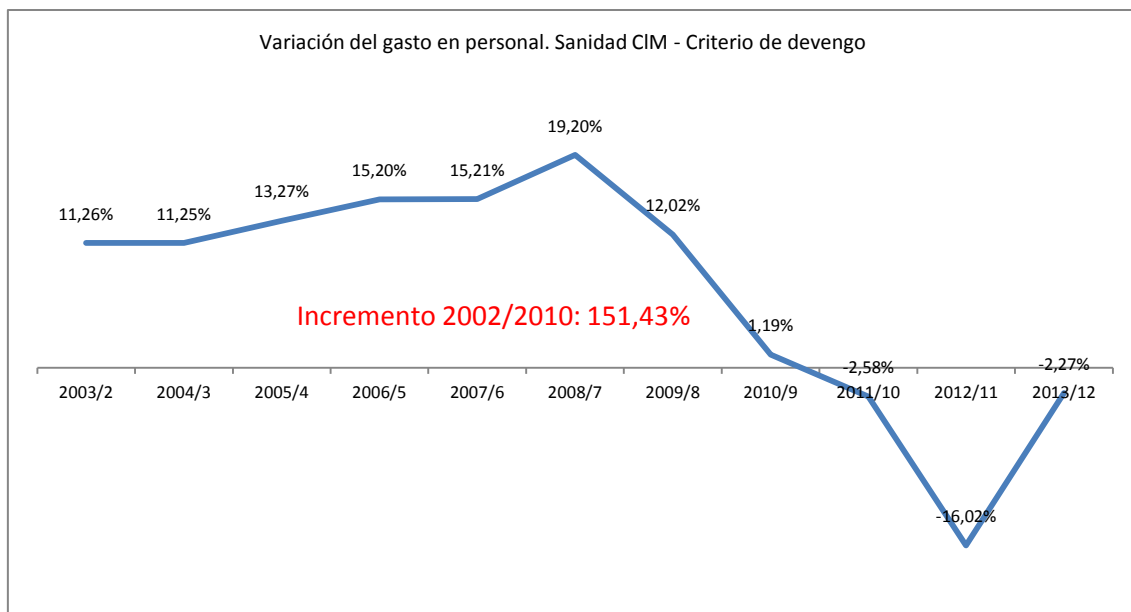


**Ilustración 161: Evolución del gasto en Personal de la sanidad de Castilla-La Mancha 2002-13, en incrementos porcentuales anuales. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015**

Castilla-La Mancha es la comunidad con mayor descenso en los gastos de personal, con un 20,04% de reducción entre 2010 y 2013. Le siguen a cierta distancia Cataluña y Andalucía. Las de menor reducción en esta partida son Navarra y el País Vasco.

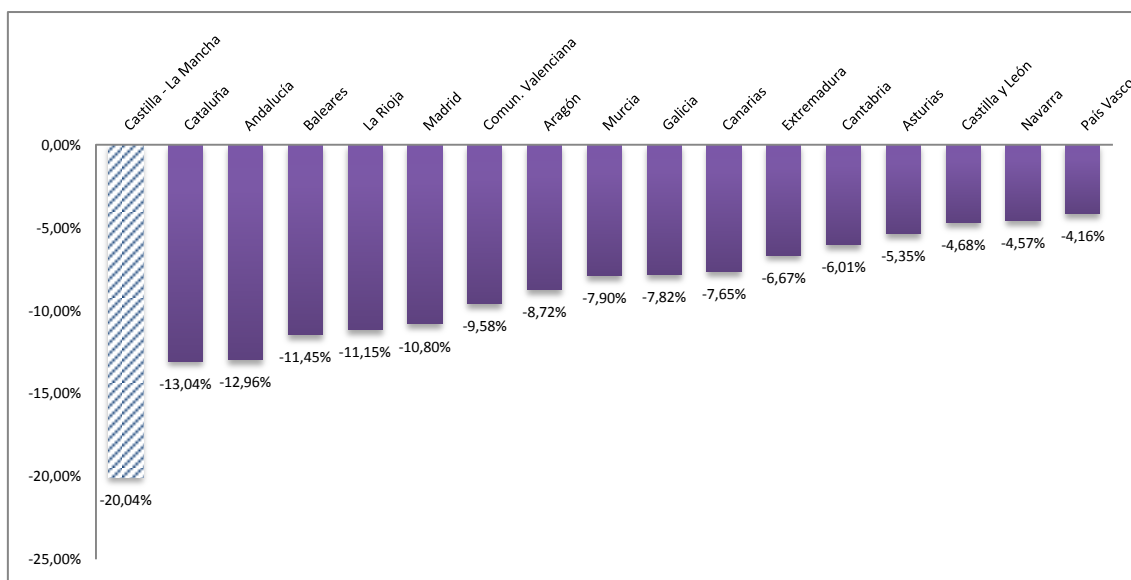


**Ilustración 162: Variación del gasto sanitario autonómico en personal por comunidades autónomas 2010-13. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015**



El gasto en compra de bienes y servicios se reduce sustancialmente en 2012, pasando después a mantenerse en 2013 y 2014. Al ser un coste variable, este es muy sensible al volumen de actividad, que creció en estos dos años.

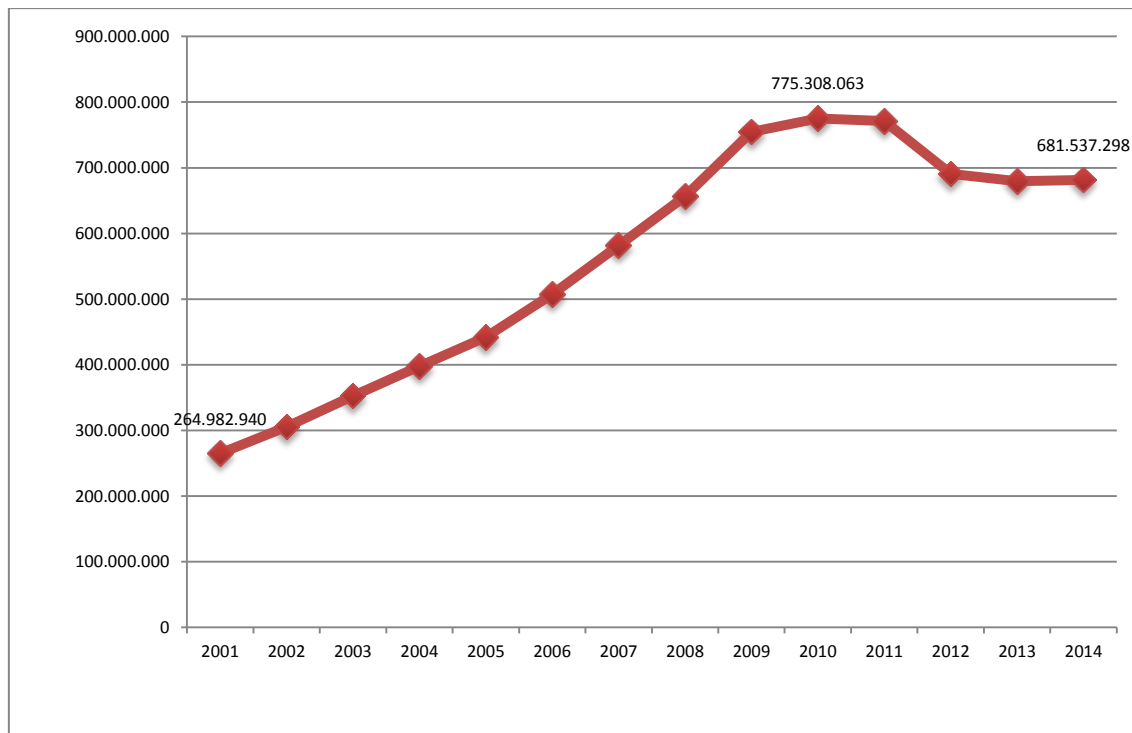


**Ilustración 163: Evolución del gasto en compra de bienes y servicios del SESCAM 2001-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

La comunidad autónoma con mayor reducción de gastos en compra de bienes y servicios fue Baleares, aunque la cifra probablemente se deba en parte a una reclasificación contable respecto a conciertos, probablemente por el paso de servicios generales antes subcontratados a un régimen concesional. Castilla-La Mancha tiene un descenso más modesto, de un 4,06%, que la deja en una zona intermedia entre Cataluña y La Rioja.

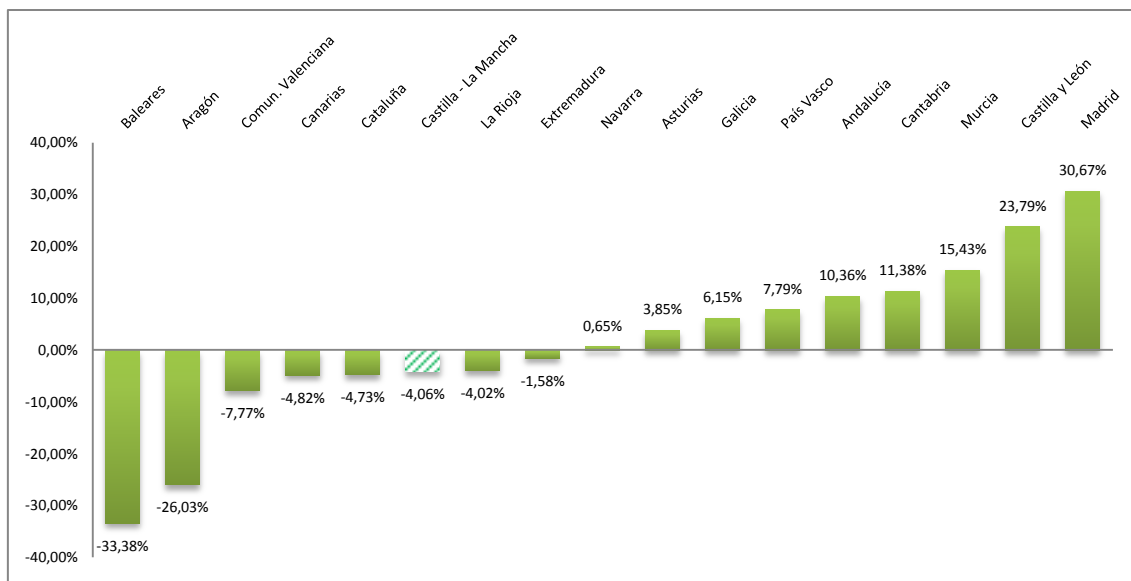


**Ilustración 164: Variación del gasto sanitario autonómico en consumo de bienes intermedios (compra de bienes y servicios, salvo conciertos) por comunidades autónomas 2010-13. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015**

En conciertos con empresas sanitarias externas, Castilla-La Mancha es la Comunidad Autónoma que más descendió en España en este periodo. Después de una campaña intensa en la que se lanzaba a los cuatro vientos la privatización de la sanidad de la región, esta es la que más apostó por la gestión pública en el periodo con diferencia, y la que más redujo la facturación de servicios externos. No por ningún motivo ideológico a favor o en contra de la subcontratación, sino por el ejercicio de reducir primero en apoyos externos antes que en el núcleo del servicio de salud.

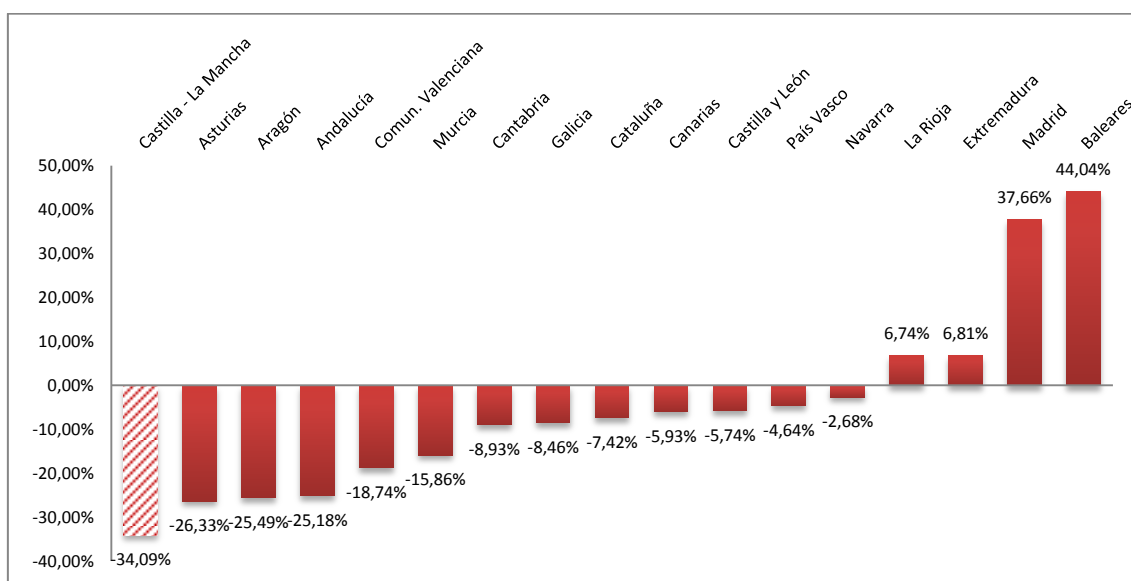


**Ilustración 165: Variación del gasto sanitario autonómico en concertos por comunidades autónomas 2010-13.**  
**Fuente:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015

El gasto en receta farmacéutica también se redujo de una forma muy significativa en este periodo, pasándose de 647,9 millones de euros anuales en 2009, o 607,6 en 2010, a 497,8 millones en 2014.

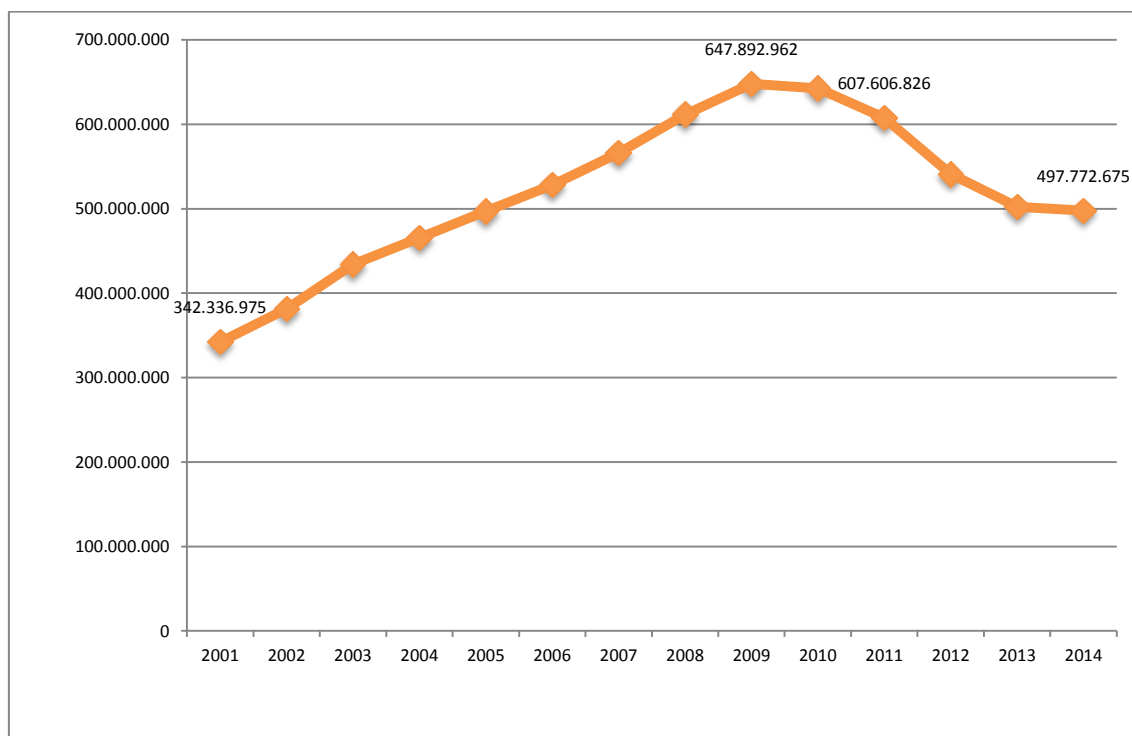


**Ilustración 166: Evolución del gasto Transferencias Corrientes del SESCAM 2001-14.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

En comparación con otras comunidades autónomas, el gasto estuvo en la línea de la mayoría, con un descenso del 22,11%. La comunidad con mayor reducción fue Baleares con un 36,77% de reducción, y la que menos Madrid con un 11,42%.

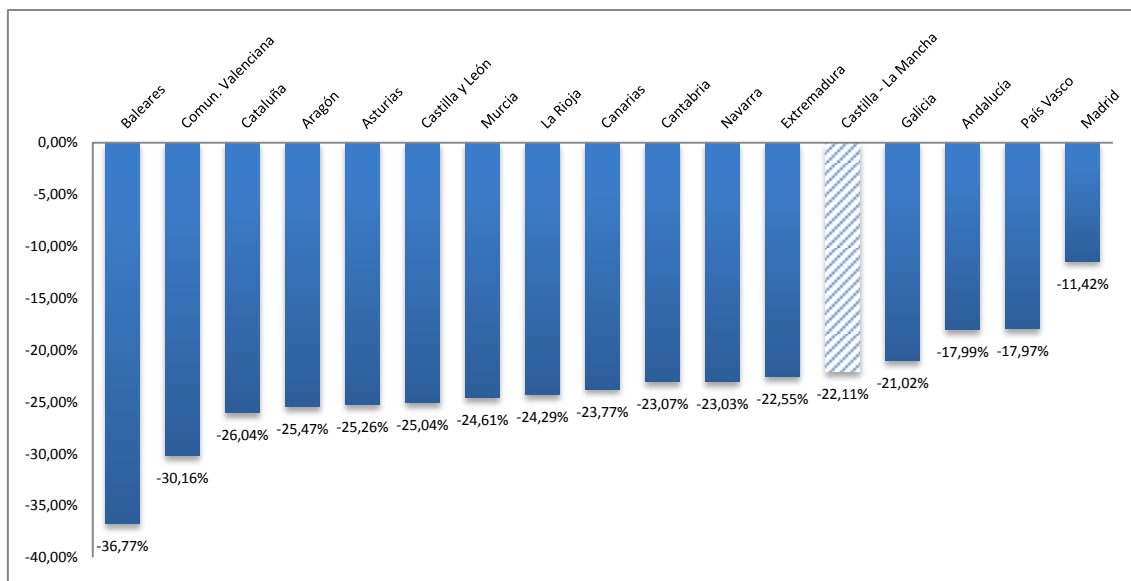


**Ilustración 167: Variación del gasto sanitario autonómico en transferencias corrientes por comunidades autónomas 2010-13.** Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015

El gasto en inversiones sufrió una importantísima reducción en este periodo, fruto de la situación de emergencia vivida, y a diferencia del desenfreno en la contratación de obras sanitarias que caracterizó la etapa anterior de gobierno. Se pasó de un gasto estabilizado en los 179,8 millones de euros anuales, a 17,03 millones en 2014. Está claro que estas cifras respondían a una situación excepcional, de riesgo de continuidad del sistema, y que era necesario recuperar la inversión necesaria para renovar adecuadamente la tecnología sanitaria de los centros, sin llegarse a las cifras desorbitadas de los años iniciales de la crisis, que se centraban más en el ladrillo que en la tecnología.

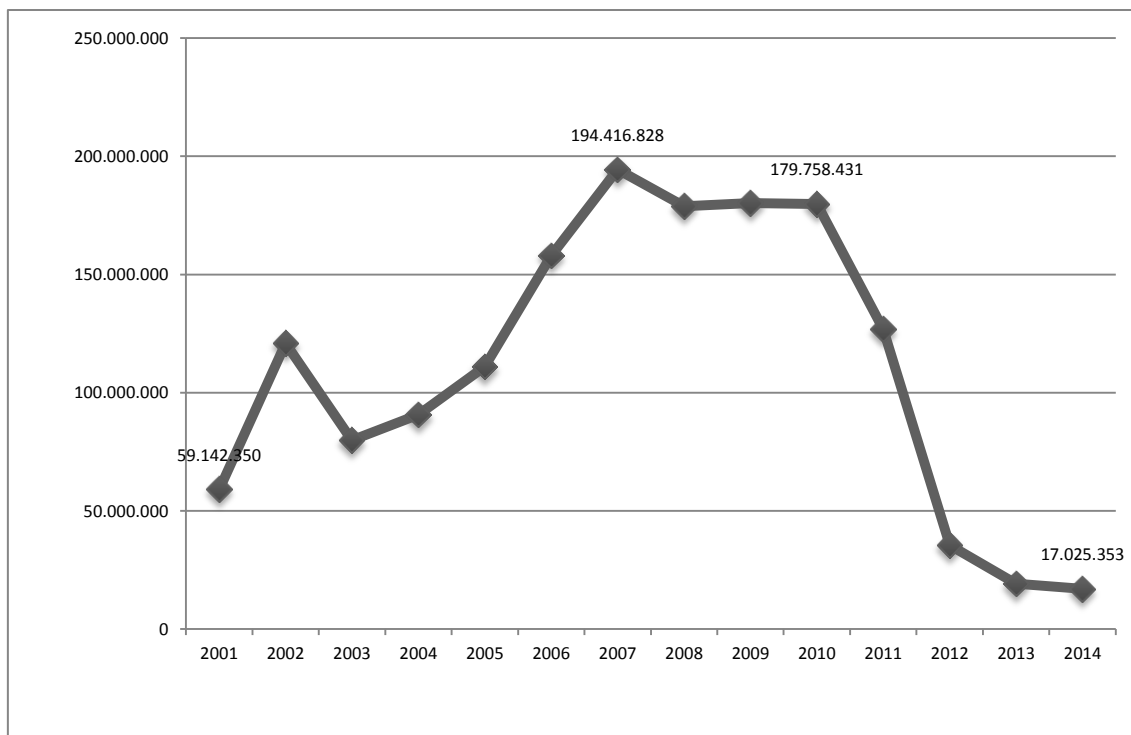


**Ilustración 168: Evolución del gasto en Inversiones del SESCAM 2001-14.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

Castilla-La Mancha fue la comunidad con mayor reducción en inversiones, en un 88, 14%, aunque con porcentajes muy similares a un grupo amplio de comunidades. Asturias fue la única comunidad que registró un crecimiento en inversiones, probablemente a causa del proceso de apertura del nuevo Hospital Central de Asturias, sucedida en este periodo.

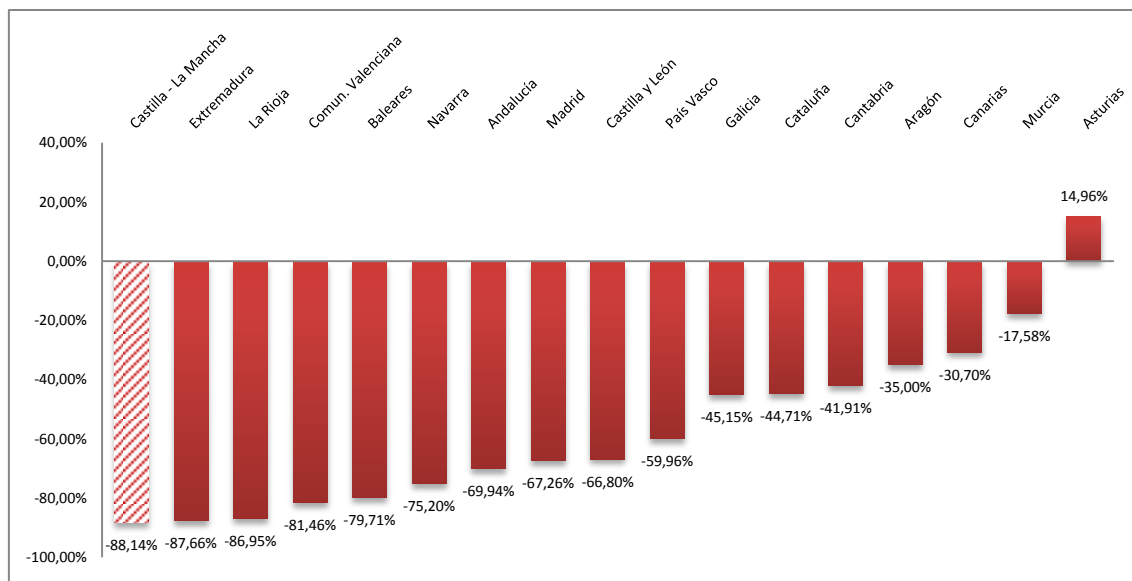


**Ilustración 169: Variación del gasto sanitario autonómico en inversiones por comunidades autónomas 2010-13.**  
**Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015**

Si utilizamos la serie de datos proporcionada por Pérez García et al (Pérez García et al., 2015) sobre gasto sanitario autonómico, elaborada a partir de datos de la Intervención General del Estado, los resultados son muy parecidos aunque no exactamente coincidentes. Presumimos que la Intervención General utiliza un criterio de caja para la imputación temporal del gasto mientras que el Ministerio de Sanidad utiliza un criterio de devengo

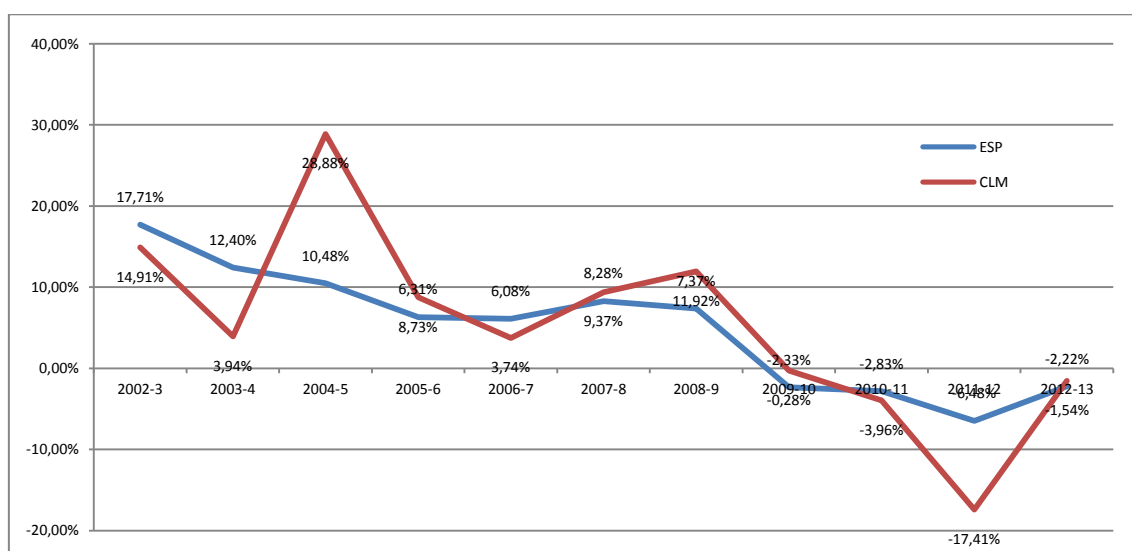


**Ilustración 170: Variación anual del gasto sanitario real per cápita realizado por las comunidades autónomas. Comparación entre Castilla-La Mancha y el total de España.** Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015)

Con esta serie de datos, Castilla-La Mancha es la comunidad con mayor descenso en este periodo 2010-13, tanto en gasto total como en gasto per cápita

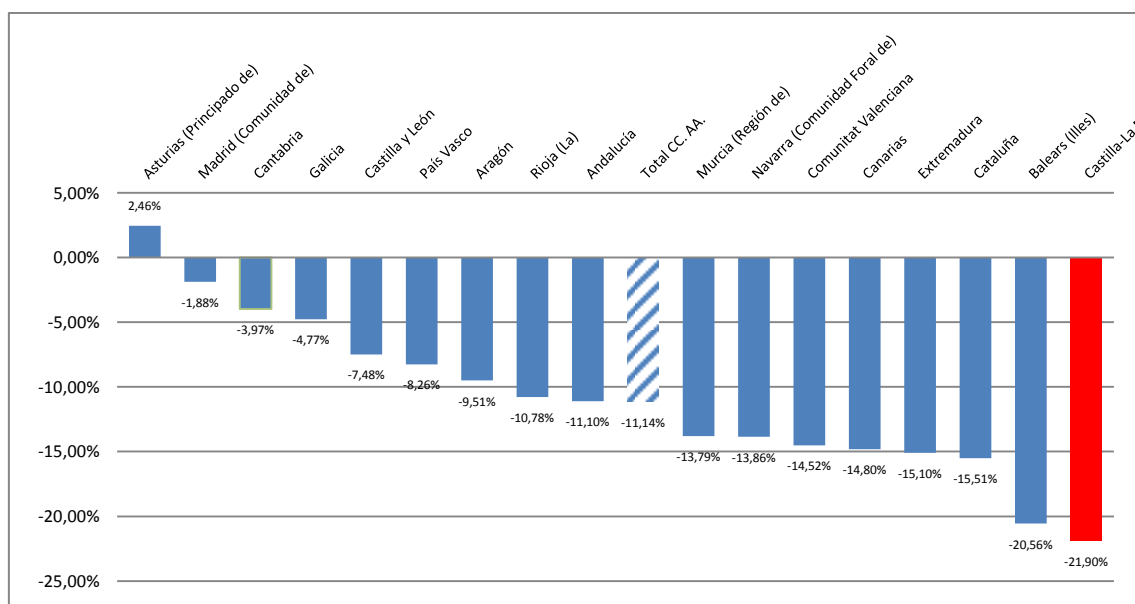


**Ilustración 171: Variación del gasto sanitario real per cápita realizado por las comunidades autónomas entre 2010-2013. Comparación entre CCAA. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015)**

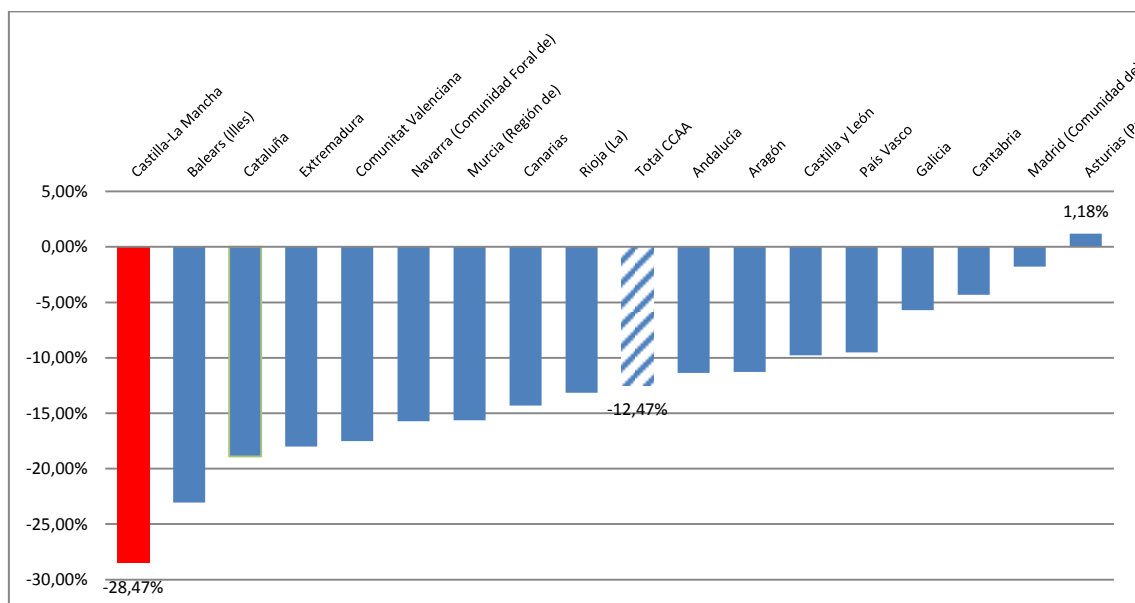


**Ilustración 172: Variación del gasto sanitario real per cápita realizado por las comunidades autónomas entre 2010-2013. Comparación entre CCAA. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015)**

## 12. Impacto de las medidas adoptadas en la actividad asistencial

La población en Castilla-La Mancha detuvo en los últimos años el ascenso que mantenía hasta 2011. En ese año había 2,032 millones de personas adscritas en tarjeta sanitaria, y en 2014 la población con tarjeta era de 1,993 millones. Esta evolución supone en principio una ligera tendencia a la baja en la actividad, al margen de otras consideraciones relativas a la edad o a la morbilidad de la población. En la Ilustración 173 vemos esta evolución de la población desde 2002 hasta 2014.

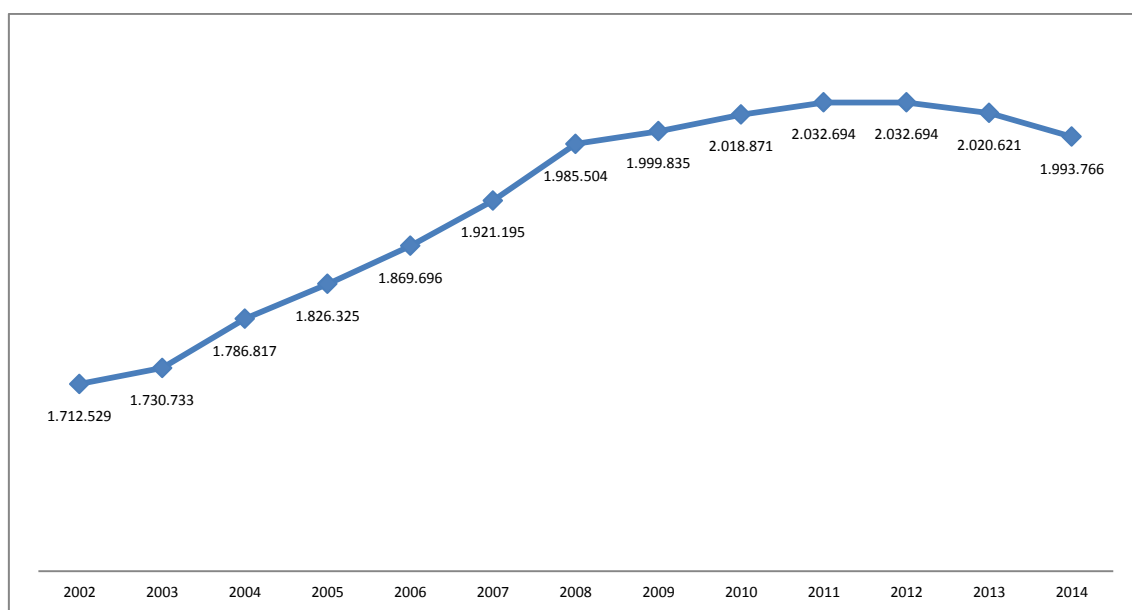


**Ilustración 173: Evolución de la población con tarjeta sanitaria en Castilla-La Mancha. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

En el apartado 3.4.5 del segundo capítulo vimos el papel del autoconcierto, conocido popularmente como peonadas, como incentivo perverso dentro del sistema sanitario, que genera desigualdades injustas entre profesionales e incentivos a conductas asistenciales tendentes a que el incentivo se mantenga.

En el apartado 10.2.6 del tercer capítulo analizamos el proceso de suspensión de esta actividad extraordinaria, como necesidad perentoria para dar coherencia a la organización, y con un ahorro económico importantísimo, como vimos en la ilustración 154.

En el apartado 10.2.8 del mismo capítulo comentamos la fuerte politización con la que se gestionó la lista de espera en los primeros años de la crisis, lo que derivó, además de en la autoconcertación, en la contratación masiva de actividad a empresas externas. Como vimos en este epígrafe, se redujo igualmente de forma drástica el recurso a la contratación externa de servicios.



En el apartado 10.2.2 analizamos el proceso de racionalización de plantillas, con una importante reducción de efectivos en todas las categorías. También en el 10.2.4 estudiamos cómo se produjo una reducción muy significativa en el número de camas funcionantes en el SESCAM dentro de un proceso de racionalización de los recursos asistenciales. En el 10.2.1 se introdujeron criterios de racionalidad para en algunas ocasiones no realizar actividad programada en puentes o periodos festivos.

Todas estas medidas, profundamente necesarias desde el punto de vista tanto de la sostenibilidad del sistema como de la coherencia interna de la organización, suponían una previsible reducción de la actividad asistencial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Lusardi et al (Lusardi, Schneider, & Tufano, 2010), en un estudio realizado con pacientes en Estados Unidos, Gran Bretaña, Canadá, Alemania, y Francia, verifican que con la crisis se está registrando una reducción en el uso de dispositivos asistenciales ambulatorios no emergentes. Encuentran que las diferencias entre países se corresponden con diferencias en los niveles de copago que los pacientes han de realizar para recibir esta atención.

Para contrarrestar el efecto negativo de estas medidas se adoptaron otras orientadas directamente a recuperar en todo o en parte la productividad perdida en los últimos años. Así, las medidas recogidas en el apartado 10.1.3 y 10.1.5 de reducción del absentismo y de reducción del número de liberados sindicales favorecieron la incorporación de profesionales a la asistencia. También la comentada en el apartado 10.1.6 de reducción de mandos intermedios, que pasaban de la función de gestión a reforzar la asistencia. La eliminación de la libranza de sábados y vísperas de festivos comentada en el apartado 10.1.11 es muy relevante dado que aumenta de un plumazo entre un 15 y un 20% de los médicos asistenciales disponibles. El cambio en la regulación de los complementos para mayores de 55 años sustitutivos de las guardias, que orientaba estos a la realización de actividad asistencial fue muy importante. Y el impulso más relevante a la mejora de la productividad fue probablemente el aumento de jornada recogido en el apartado 10.1.2. En las ilustraciones 139 y 140 vemos el impacto tan importante que la medida de aumento de jornada junto con la actividad de mayores de 55 años tuvo sobre la asistencia en consultas e intervenciones quirúrgicas. La clave fue mantener una postura exigente sobre la forma en la que se ejercía el aumento de jornada. Los centros sanitarios, sobre todo los hospitales, sufren grandes problemas operativos por la tradicional distribución de jornada de los profesionales. Se agrupan todos en una jornada continuada de 8 a 15 horas, sin ningún fundamento lógico más que la comodidad que supone para disponer de la tarde libre. En muchos centros hay graves problemas para asignar un recurso escaso como son los quirófanos cuando estos permanecen vacíos por la tarde. Un aumento de jornada con un aumento de media hora en el tiempo de permanencia de los profesionales sólo generaría malestar por la prolongación del tiempo de permanencia y ningún efecto sobre la actividad. La regulación del aumento de jornada mediante la elaboración de planes funcionales específicos por parte de cada servicio y centro estaba orientada a que los profesionales y los gestores de cada centro sanitario analizaran la forma en la que la aplicación del aumento de jornada podría beneficiar más al servicio prestado. Y esa forma estaba mucho más cerca de la realización de actividad adicional de tarde en muchos casos, que es lo que se hizo.

El resultado lo vemos en la Ilustración 174 adjunta. En 2010 y 2011 la composición de la actividad asistencial era parecida. Si vemos los datos de 2010, se realizaron 135.173 intervenciones quirúrgicas en quirófano y 42.055 procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano (cirugía menor o técnicas complejas que pueden realizarse cada vez más en gabinetes o consultas con una dotación especial). De las intervenciones quirúrgicas, 26.693 se realizaron por autoconcierto, 86.940 de forma programada en jornada ordinaria, y 22.540 fueron intervenciones urgentes.

El conjunto de las medidas adoptadas en 2012, junto con el impacto anímico sobre los profesionales que generan medidas tan duras, generó una reducción global de la actividad. Se pasó de las 135.173 intervenciones de 2010 a 117.129 en 2012. Los procedimientos fuera de quirófano también pasaron de 42.055 a 40.713. Una primera observación es que la actividad programada sube respecto a 2010. Se hacen 98.780 intervenciones programadas, casi 12.000 adicionales a las realizadas en ese año. La actividad urgente baja, por una reducción de la urgencia probablemente, y puede que en algún caso por efecto del impacto anímico de las medidas sobre algunos profesionales. Esta reducción tan importante tendrá sin duda un efecto muy negativo sobre las listas de espera quirúrgicas, como veremos más adelante. Pero la aplicación de las medidas de aumento de la productividad, que tenían un efecto más retardado debido a la necesidad de reordenar circuitos en los centros y a la de concienciar a los profesionales de las ventajas de esta nueva organización asistencial, tuvo un efecto muy importante en 2013 y 2014. En 2014 el total de intervenciones quirúrgicas ya era de 130.379, muy cercano al número que se producía en 2010 cuando se pagaban decenas de millones de euros en actividad extraordinaria. El número de procedimientos complejos fuera de quirófano había ascendido a 48.372, muy superior al de 2010. Si sumamos intervenciones quirúrgicas y procedimientos fuera de quirófano ya se supera la cifra de 2010. Lo más importante, lo que debería significar un precedente valioso para todos aquellos que tienen la duda de si reincorporar la actividad extraordinaria una vez se salga de la crisis, es que la desaparición de un incentivo perverso como son las peonadas, si bien tuvo un efecto de reducción de la actividad a corto plazo, se compensó a medio plazo con mejoras en la actividad ordinaria.

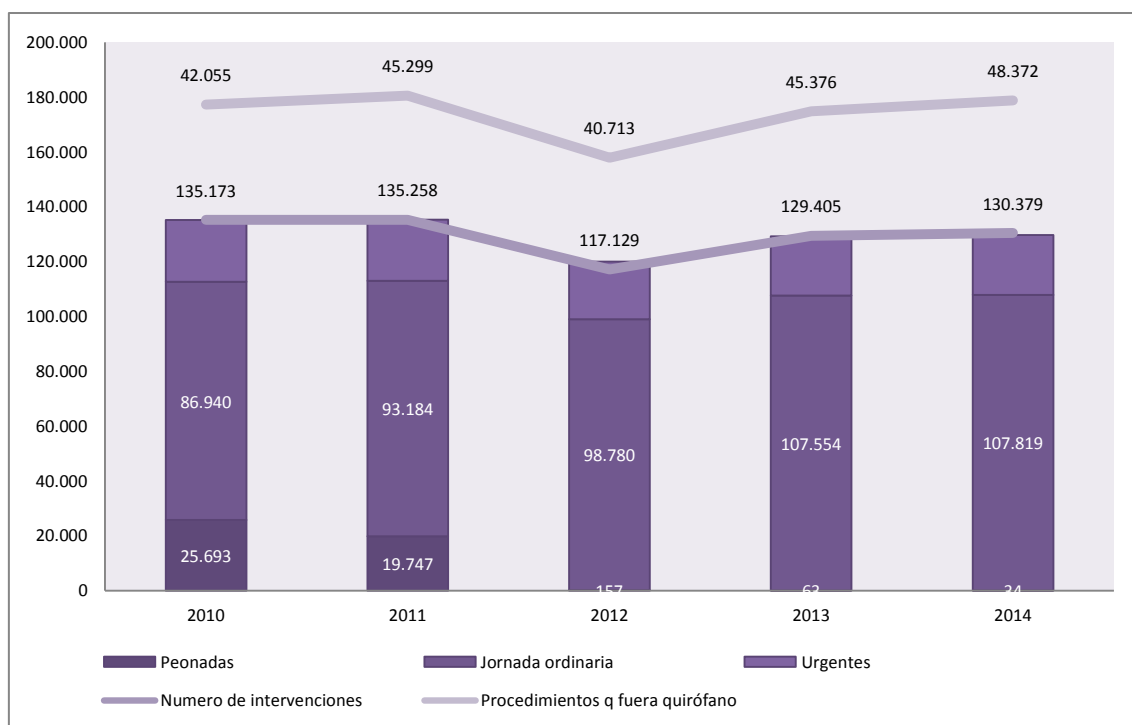


**Ilustración 174: Evolución de la actividad quirúrgica en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

En la Ilustración 175 podemos ver la evolución de la actividad en primeras consultas hospitalarias. El proceso es parecido al explicado para las intervenciones quirúrgicas. En 2010 se realizaban 136.987 primeras visitas por autoconcierto, y el total de actividad era de 1.181.295 consultas. En 2012 desaparece el autoconcierto, y se registra una reducción importante de la actividad, en este caso también de la actividad ordinaria. En 2013 y 2014 se ponen en efecto las medidas organizativas de aumento del rendimiento, y la actividad en jornada ordinaria crece, hasta el punto de prácticamente igualar la actividad realizada entre jornada ordinaria y peonadas en 2010. De nuevo vemos que la desaparición de los incentivos perversos tiene un efecto transitorio a corto plazo en la actividad, pero que los rendimientos aumentan posteriormente en el tiempo.

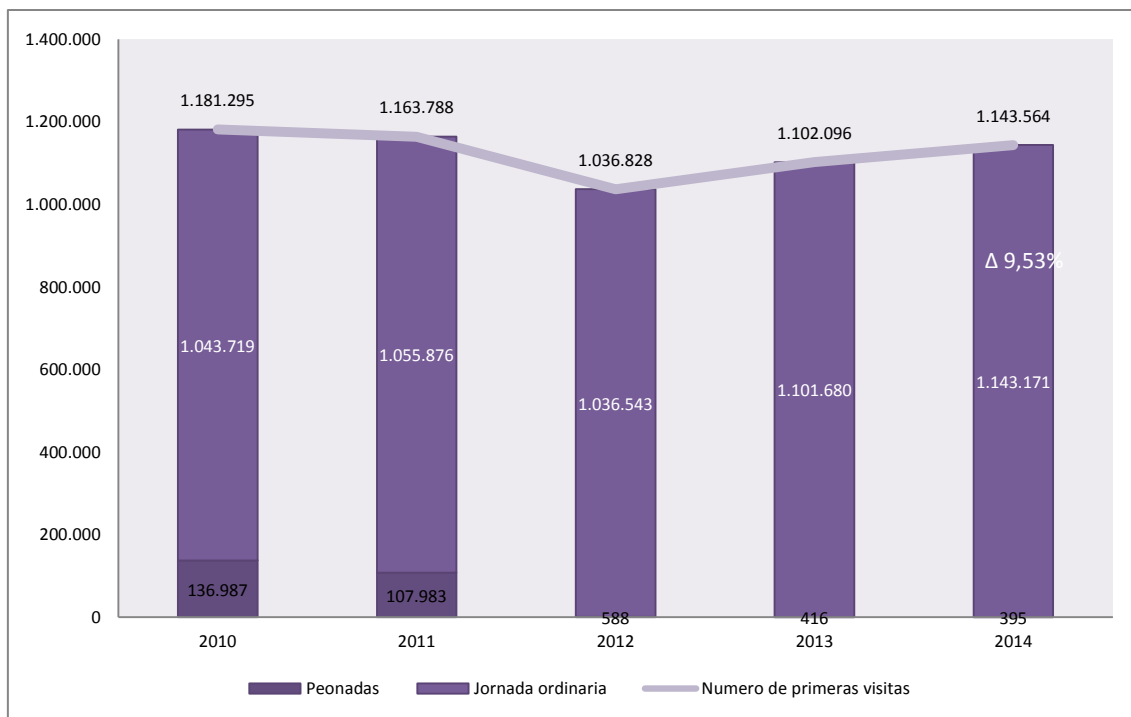


**Ilustración 175: Evolución de la actividad de primeras consultas en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

En la Ilustración 176 vemos la evolución de la actividad de urgencias. Esta no tendría que verse afectada por las medidas, aunque puede que sí por la crisis. De hecho, en 2012 se registra un descenso todavía no recuperado en 2014 del número de urgencias atendidas en los hospitales.

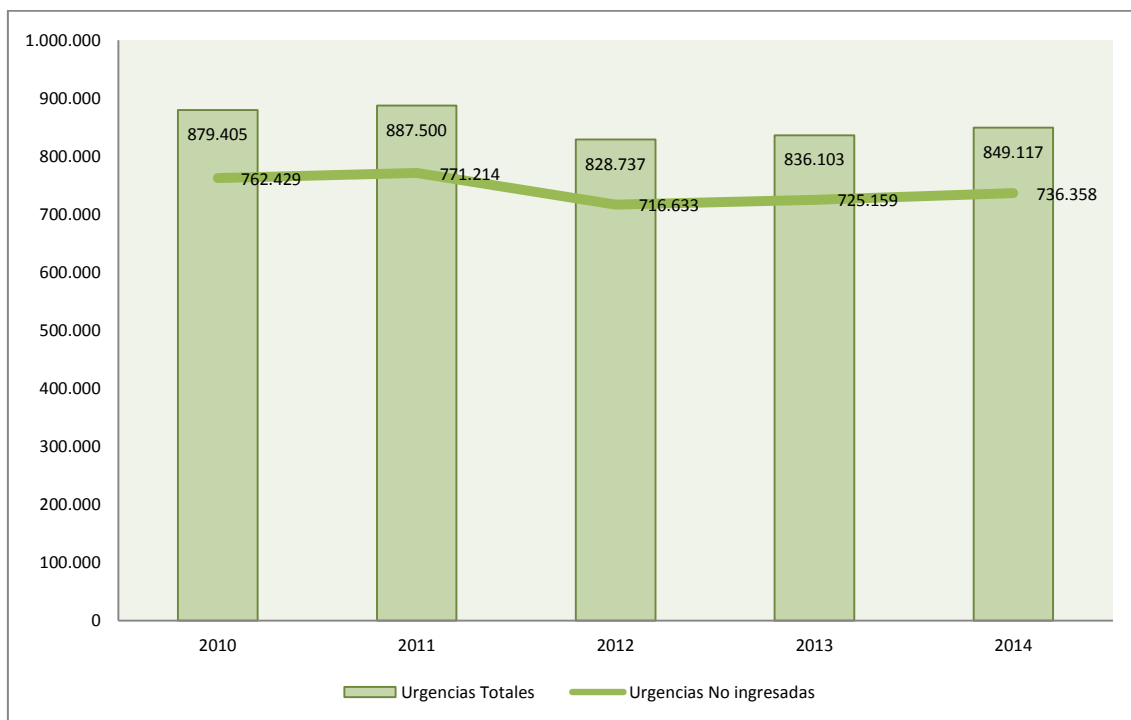


**Ilustración 176: Evolución de la actividad de urgencias en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

En la Ilustración 177 vemos la evolución de la actividad de Hospital de Día. Se trata de una actividad que muestra una evolución creciente desde 2011, lo que supone una mejora en la asistencia, dado que esta actividad sustituye normalmente el ingreso hospitalario, con los problemas e incomodidades que esto supone para el paciente, los riesgos asistenciales que todo ingreso lleva consigo, y los altos costes para el contribuyente que supone.

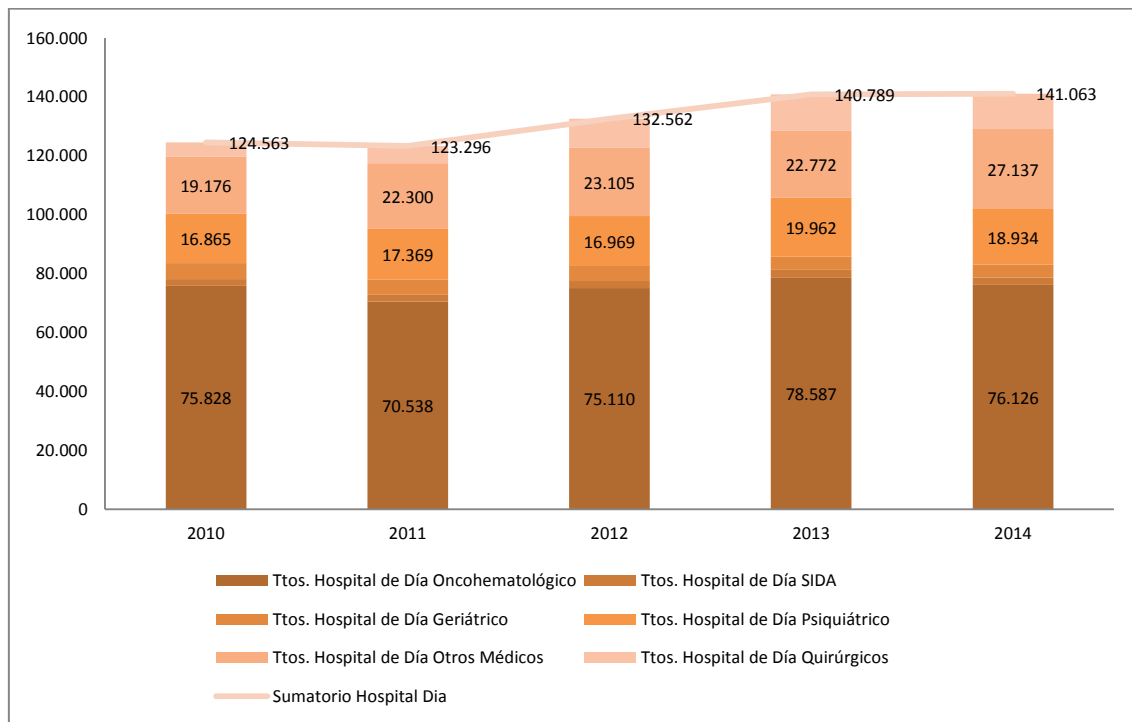


**Ilustración 177: Evolución de la actividad de hospital de día en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

En la Ilustración 178 vemos la evolución de la actividad de hospitalización en el SESCAM. Vemos como la hospitalización disminuye en número de ingresos totales, a causa del decremento de los ingresos urgentes. Los ingresos programados en cambio crecen desde 2012 y se sitúan en 2013 y 2014 por encima de los valores de 2010 y 2011. En la ilustración 151 vemos cómo en el proceso de reestructuración y ordenación de la capacidad asistencial acometido desde 2012, se produjo un fuerte descenso del número de camas, que no eran necesarias bien durante todo el año o bien en periodos de baja actividad.

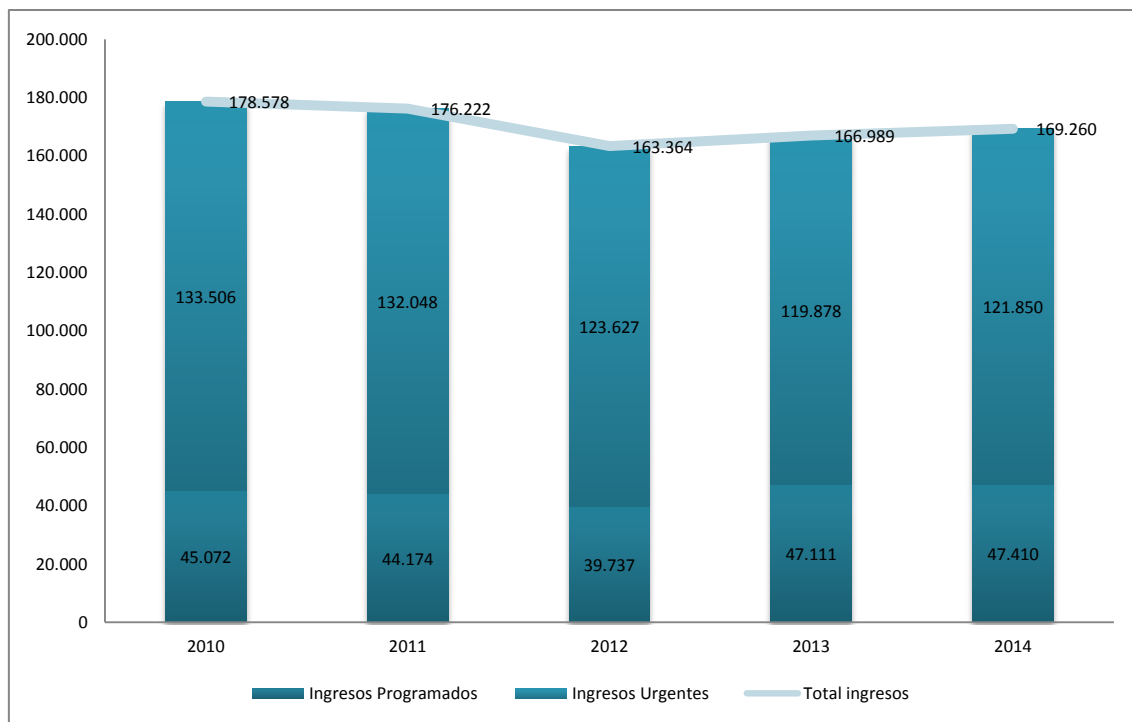


**Ilustración 178: Evolución de la actividad de hospitalización en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

En este sentido, y tal y como podemos ver en la Ilustración 179, el Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA) del SESCAM se redujo de forma importante desde 2008 hasta 2014. Este índice nos muestra la eficiencia en el uso del recurso cama en la hospitalización, al relacionar la estancia media de los pacientes ingresados por la que tendría el hospital en los mismos casos si se comportara de acuerdo con el estándar. Un  $IEMA > 1$  significa que los días de estancia son mayores a los esperados, lo que indica una posible ineficiencia, y un  $IEMA < 1$  significa que los días son superiores a los esperados, con la correspondiente eficiencia asociada. En 2014 por primera vez el IEMA del SESCAM está por debajo de 1.

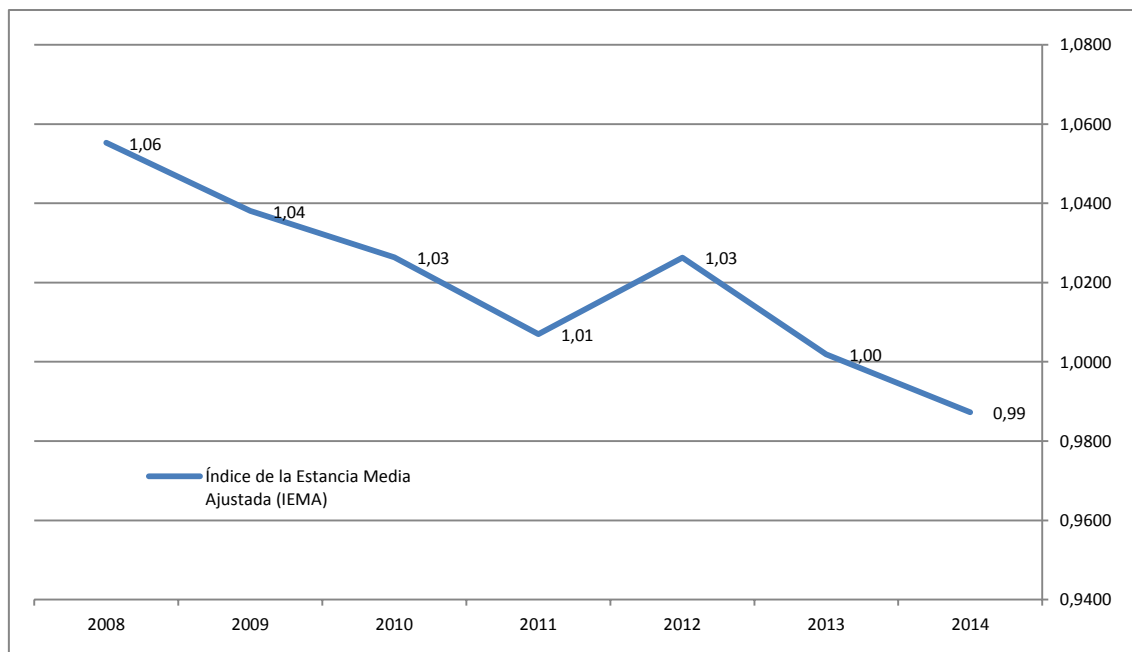


**Ilustración 179: Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA) en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

En la Ilustración 180 podemos ver la evolución en conjunto del número de ingresos y de camas funcionantes. Ambas magnitudes transcurren en paralelo en 2011, momento en el que se observa como la reducción de camas funcionantes realizada impacta de una manera mucho más leve en los ingresos. Esto quiere decir que se trataba de camas no necesarias, dado el impacto reducido en la actividad que tuvo su cierre.

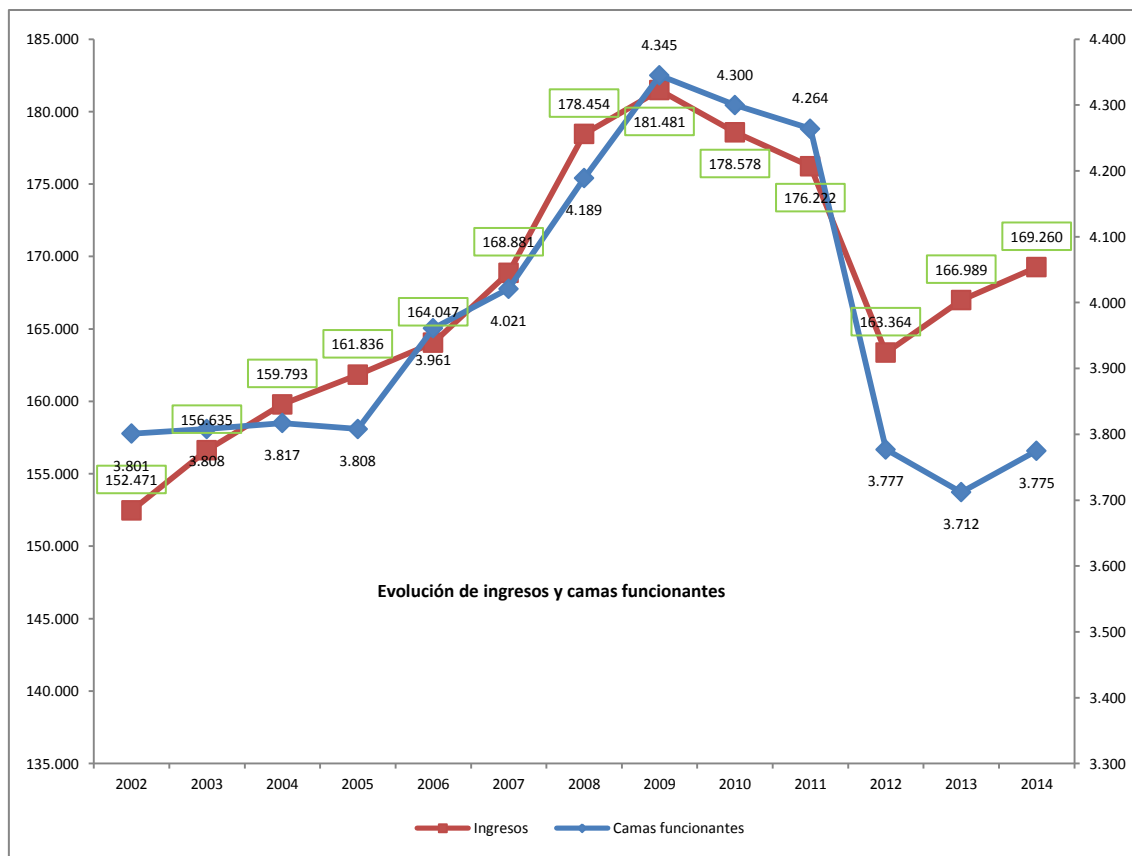


**Ilustración 180: Evolución de ingresos y camas funcionantes en el SESCAM.** Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM

La evolución del índice de ocupación es igualmente aclaratoria. La ocupación de los hospitales iba descendiendo de forma progresiva desde 2007 hasta 2011. Con las medidas adoptadas se vuelve a los porcentajes de ocupación de 2011.

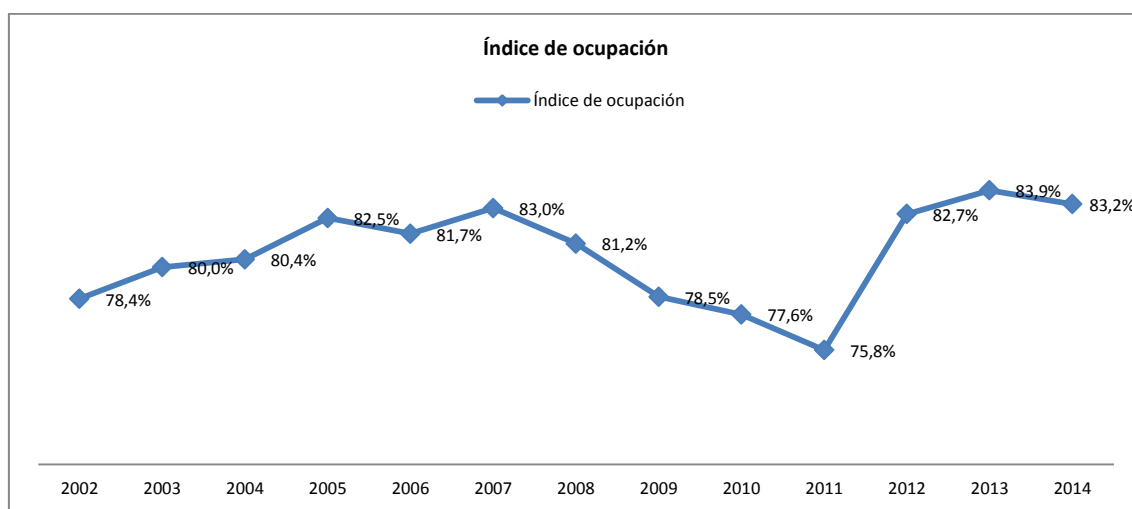


**Ilustración 181: Evolución del índice de ocupación en los hospitales del SESCAM.** Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM



El índice de case-mix nos indica la complejidad esperada en términos de coste del paciente de la casuística de la hospitalización. Este indicador también es creciente en el tiempo desde 2008, como vemos en la Ilustración 182. Esta tendencia creciente concuerda plenamente con una mayor eficiencia en la hospitalización, al estarse derivando los pacientes menos complejos a una actividad ambulatoria creciente, como vimos en la evolución de los datos de hospitales de día.

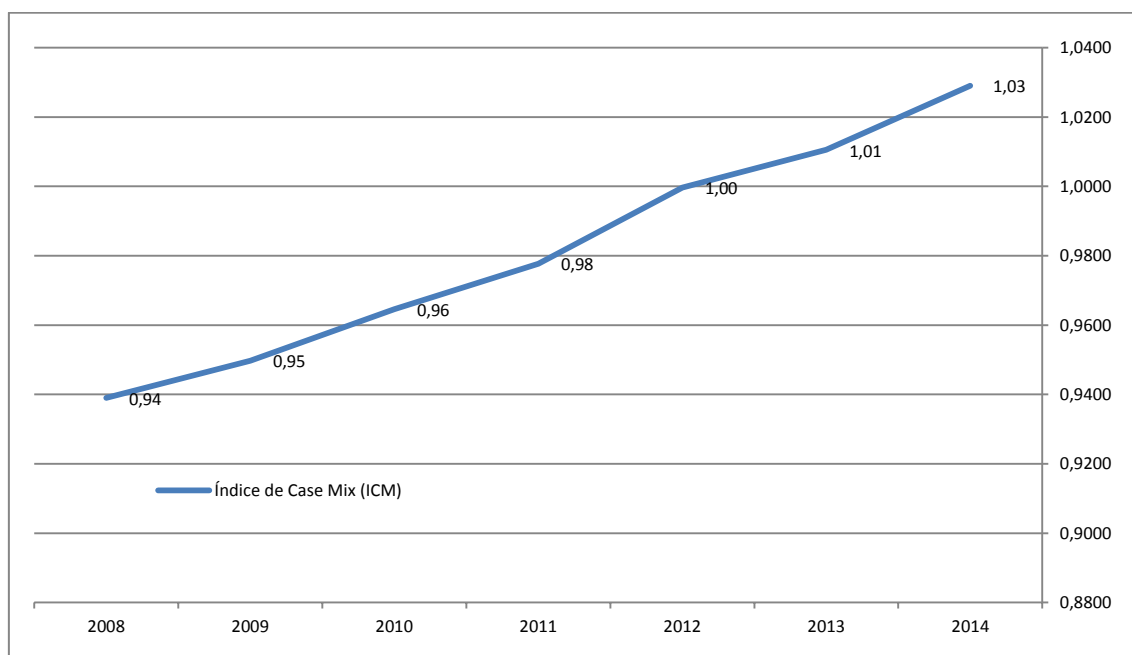


**Ilustración 182: Índice de Case Mix en el SESCAM.** Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM

La actividad en hemodinámica, tanto diagnóstica como terapéutica, ha evolucionado tal y como vemos en la Ilustración 183, sufrió un descenso en 2012 que fue compensado con un fuerte ascenso en 2013 y 2014. En 2014 se hacían más hemodinámicas diagnósticas y terapéuticas que en 2010, un 14,9% más en conjunto.

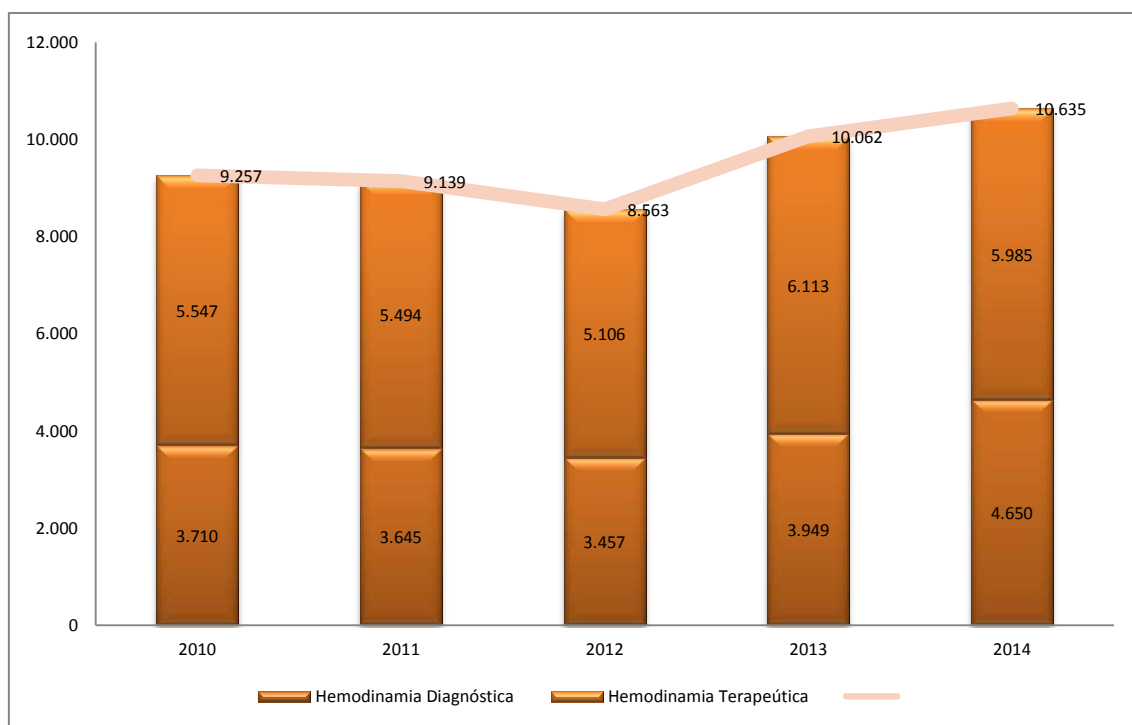


**Ilustración 183: Evolución de la actividad en hemodinámica en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

El informe de Illa para el top 20 de 2013 (Illa, 2013) nos muestra una información muy valiosa sobre el comportamiento de los 82 hospitales españoles, públicos y privados, participantes en el certamen, frente a la crisis. Entre 2010 y 2012 el gasto total ha bajado un 8%, y dentro de este los gastos de personal un 12% y los consumos de bienes y servicios un 2%. Las mayores reducciones de gasto corresponden a los hospitales más pequeños. De este 12% de reducción en gastos de personal, 7,4 puntos corresponden a reducciones en plantilla y 4,2 a reducciones salariales.

La actividad global en UPH aumenta un 0,8%, con menos altas y mayor complejidad en hospitalización, y con aumentos en todas las actividades ambulatorias salvo urgencias. La productividad en UPH/profesional sanitario aumenta un 8,1%, sobre todo en los hospitales de tamaño intermedio, con un 11,3% y menos en los grandes con un 2,4%. El coste por unidad de producción bajó un 9%. La mortalidad, las complicaciones y los reingresos se mantienen totalmente estables en el periodo 2010-12.

El periodo anterior, 2008-10 se caracterizó por tendencias parecidas en los crecimientos asistenciales, pero también por aumentos muy importantes de personal, de un 17%. La productividad total bajó un 12% y la productividad por facultativo un 12% igualmente. El coste por unidad de producción subió un 5%

Con lo visto hasta ahora, los datos del SESCAM son plenamente concordantes con lo recogido por Illa, con mayo reducción de gasto que la media.

En atención primaria, el volumen de actividad no es ni mucho menos un determinante de resultado en calidad ni en eficiencia. Así, uno de los objetivos actuales en atención primaria es descargar al profesional de actividad innecesaria. Una de ellas era la actividad de renovación

administrativa de las recetas a pacientes, que generaba hasta 2012 2,5 millones de visitas al año en el SESCAM, como vemos en la Ilustración 184. Con la implantación de la receta electrónica, esta actividad se ha ido reduciendo progresivamente, hasta llegar prácticamente a cero en 2015, con la consiguiente liberación de tiempo asistencial al médico para poder ofrecer mejor servicio a sus pacientes. Otro objetivo en atención primaria es pasar de una actividad a demanda, esto es, cuando el paciente decide que debe de ir al médico, a actividad programada, que supone un seguimiento protocolizado de las dolencias de los pacientes. Con esto se persigue un mejor seguimiento de los pacientes crónicos y pluripatológicos. Podemos ver cómo la actividad a demanda pasa de 11,36 millones de consultas en 2011 a 9,73 en 2014. La actividad programada pasó en ese periodo de 753.665 pacientes en 2011 a 1.113.997 en 2014.

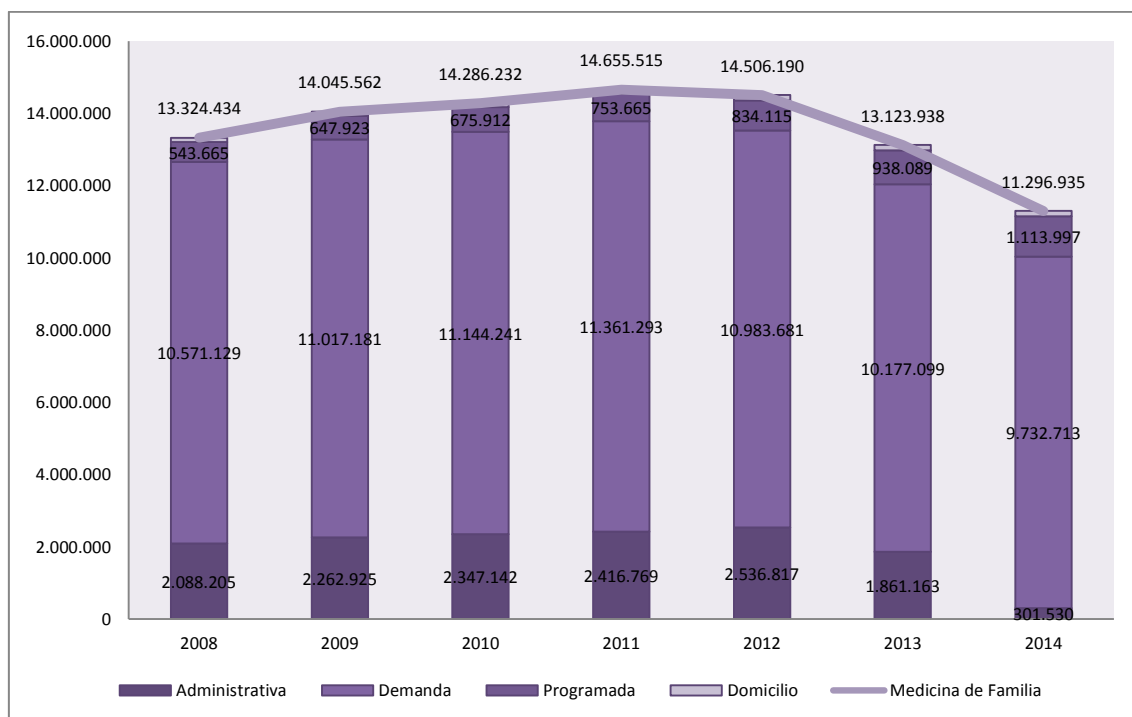


**Ilustración 184: Evolución de la actividad en consultas de médico de familia en atención primaria en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

En cuanto a la evolución de la actividad de enfermería en atención primaria, en la Ilustración 185 podemos apreciar cómo se produce un descenso del número total de consultas, que pasan de los 9,52 millones en 2011 a los 7,78 en 2014. Este descenso se debe a la reducción drástica del número de consultas a demanda, que al igual que en los médicos de familia, es una magnitud a reducir para aumentar el tiempo disponible en el seguimiento protocolizado de los procesos crónicos.

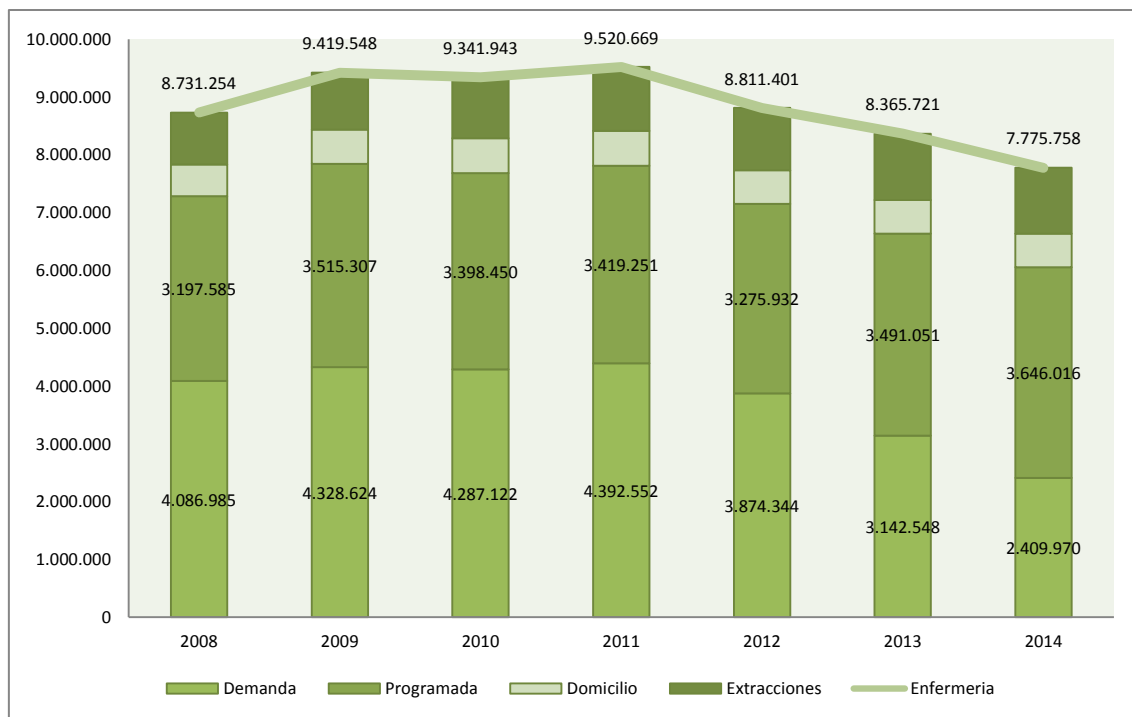


**Ilustración 185: Evolución de la actividad en consultas de enfermería en atención primaria en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

El paso de actividad a demanda a actividad programada se ha realizado en enfermería de una forma mucho más intensa que en médicos de familia, como vemos en la Ilustración 186. Desde el año 2013, y con mayor intensidad en el 2014, ya se hacen más consultas de enfermería programadas que a demanda.

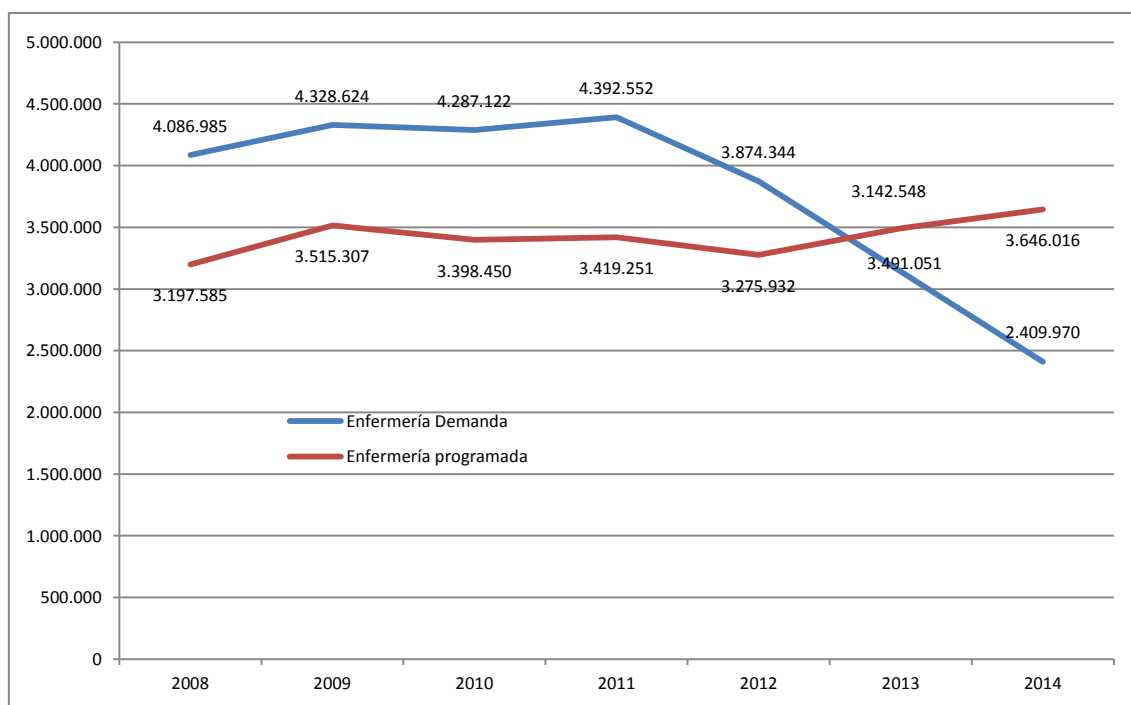


**Ilustración 186: Evolución de la actividad en consultas de enfermería en atención primaria en el SESCAM separando consulta a demanda de consulta programada. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM**

Como vemos, a pesar de la reducción de capacidad en camas realizada y de la profunda ordenación de recursos acometida, la actividad asistencial no se reduce. En atención primaria se realiza un cambio muy importante de eliminación de la actividad administrativa y de evolución de la actividad a demanda hacia un mucho mayor peso de la actividad programada,. Todo ello gracias al esfuerzo de los profesionales del SESCAM, que aumentaron su productividad de una forma muy importante en estos años.

### 13. Impacto de las medidas adoptadas en las listas de espera

En (Luigi, Michael, & Valerie, 2013) se analizan las distintas políticas de abordaje de las listas de espera acometidas en la OCDE. Los autores observan que las listas de espera son características de los países con sistemas tipo sistema nacional de salud sin copago y que tienen limitaciones en el tamaño de los servicios. Son menos frecuentes en países con sistemas de seguridad social con libre elección de proveedor, aunque algunos sistemas de seguridad social con niveles de gasto sanitario por debajo de la media también tienen listas de espera. Los países que no tienen listas de espera se caracterizan por un alto gasto sanitario y por una alta capacidad en recursos hospitalarios.

En los últimos años varios países han utilizado estrategias de implantación de tiempos de garantía en listas de espera. Comentan que los sistemas de tiempos de garantía sólo son eficaces si se hacen cumplir, y para esto hay dos alternativas:

- Hacer que los centros sanitarios públicos cumplan los plazos de garantías
- Dar al ciudadano la capacidad de ir a un centro privado si pasan estos plazos

Afirman los autores que las políticas del lado de la oferta no suelen funcionar. Aumentar recursos para reducir tiempos de espera suele llevar siempre consigo nuevos aumentos a largo plazo de las listas. Afirman que la combinación de varias políticas puede llevar a situaciones exitosas, como ocurrió en Holanda: pago por GRD, aumento de límites de gasto hospitalario, libertad de elección y competencia, y regulación de las listas de espera.

La priorización clínica de las listas de espera ha sido utilizada en Nueva Zelanda con algún éxito. En Noruega y Australia se asocia la priorización con tiempos de garantía.

Otra conclusión del estudio es que es importante medir bien los pacientes en lista de espera. Se tiende a medir más la espera media de los pacientes intervenidos que la demora media de los pacientes en lista. Una buena medida es la realizada por el Reino Unido, que mide los tiempos desde la referencia del médico de familia al hospital.

Siciliani y Hurst (Siciliani & Hurst, 2003) realizan un análisis de regresión en países con listas de espera elevadas y en países sin listas de espera. Encuentran una relación negativa entre más recursos sanitarios y la probabilidad de tener listas de espera. También encuentran una relación negativa entre salarios relacionados con la actividad y listas de espera frente a salarios fijos.

Sanmartín (Sanmartin, 2001) hace una revisión de actuaciones en el abordaje de las listas de espera, y encuentra que los incrementos de recursos no parecen tener un efecto muy beneficioso sobre la reducción de listas de espera. Aboga por establecer plazos de garantía basados en la priorización clínica.

Los aumentos de recursos a largo plazo (E. Rodríguez, Álvarez, & Abad, 2008) suelen suponer aumentos paralelos de los pacientes en lista, con lo que suelen producirse estancamientos a medio plazo en los tiempos de espera (Hamblin, Harrison, & Boyle, 1998). Los planes de choque a corto plazo no parecen tener un efecto mejor. En un primer momento aportan una mejora, pero se han reportado en muchos países aumentos de las listas de espera una vez estos programas terminan. El peligro con el aumento de recursos está asociado a los incentivos que introduce en el sistema, y que pueden hacer visualizar a algunos profesionales que para seguir recibiendo estos recursos es necesario que el problema de las listas de espera no desaparezca, lo que puede inducir a aumentos de la prescripción o a pérdidas de rendimiento en jornada ordinaria. No quiere decir que todos los profesionales respondan a estos incentivos perversos, pero basta con que el fenómeno se produzca en una parte de estos para que el efecto pernicioso aparezca.

Otro posible incentivo perverso en nuestro Sistema nacional de Salud (E. Rodríguez et al., 2008) es la dualidad que viven algunos médicos, que compaginan el trabajo con sueldo fijo en el sistema público con el trabajo adicional con cobro por acto en el sistema privado. Si no hay

excedente de pacientes que no pueden ser operados en un tiempo razonable en la pública y por tanto concertados en la sanidad privada, no hay salario para algunos de estos profesionales.

Otras políticas de actuación en el lado de la oferta de servicios son las orientadas a aumentar la capacidad resolutive de atención primaria para evitar la derivación innecesaria de pacientes a las consultas del hospital, la potenciación de la cirugía mayor ambulatoria para generar más capacidad asistencial en los centros sanitarios, y por supuesto la mejor gestión de los procesos internos del hospital, para sacar el máximo partido a la capacidad asistencial de los centros. Se trata de optimizar los tiempos muertos, y de evitar que haya profesionales dispuestos a atender pacientes pero que no pueden hacerlo por falta de locales de consulta o quirófanos, o bien porque la sala no se ha limpiado a tiempo, o porque falta un profesional necesario para realizar la técnica, o porque el paciente no se ha llevado a tiempo a la sala.

Por el lado de la demanda es necesario reforzar las actuaciones para reducir la variabilidad médica y para evitar demanda innecesaria asociada a esta variabilidad, ya sea de intervenciones quirúrgicas, ya de consultas o de pruebas diagnósticas. Es necesario igualmente, el desarrollar acciones de priorización para que los pacientes que más lo necesiten sean los primeros en ser atendidos.

Si hay algo que caracteriza de forma positiva a las listas de espera en España es que se concentran en procesos no urgentes, en los que el paciente por esperar no asume un riesgo para su salud. Si observamos la Ilustración 187 y la Ilustración 188, en procesos más urgentes como pueda ser una hemodinámica o una intervención de cirugía cardiaca, nuestros tiempos de espera son bajos o están en la línea de los países de nuestro entorno.

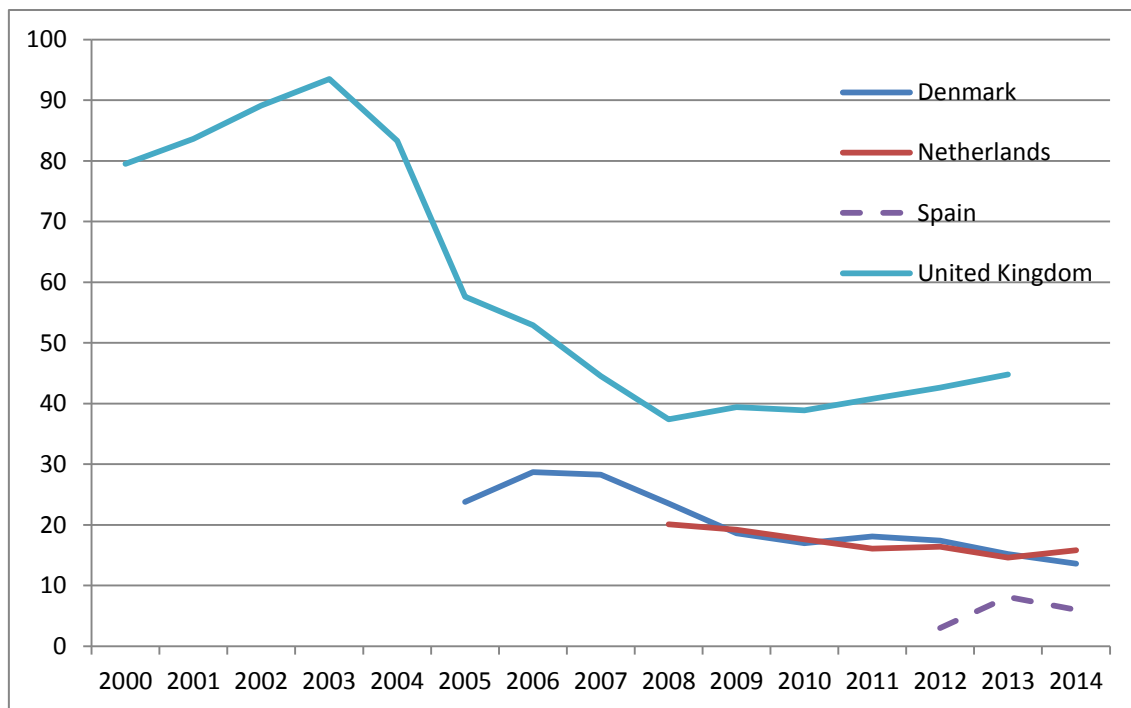


**Ilustración 187: Tiempo medio de espera entre indicación e intervención de angioplastia coronaria percutánea.**  
Fuente: OCDE Health Data. Extraído en octubre 2015

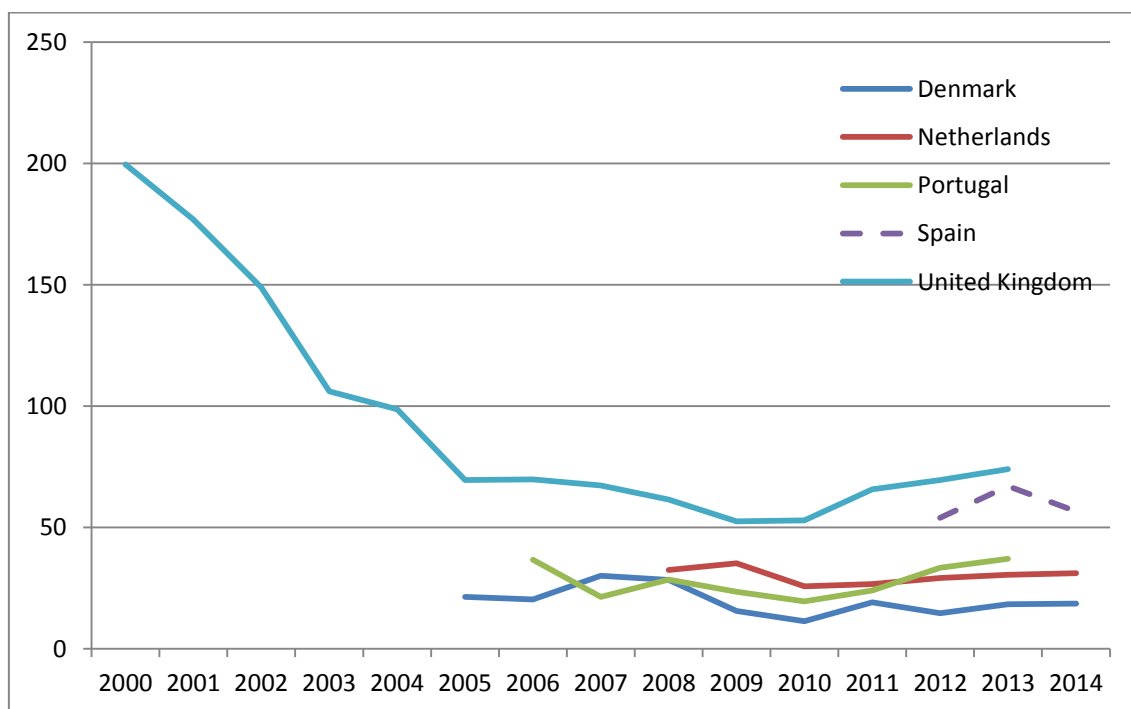


**Ilustración 188: Tiempo medio de espera entre indicación e intervención de bypass coronario.** Fuente: OCDE Health Data. Extraído en octubre 2015



En cambio, si vemos la Ilustración 189 y la Ilustración 190, cuando los procesos no suponen una urgencia asistencial, nuestros tiempos de espera se alargan por encima de otros países occidentales, como vemos en el caso de las cataratas y la prótesis de cadera.

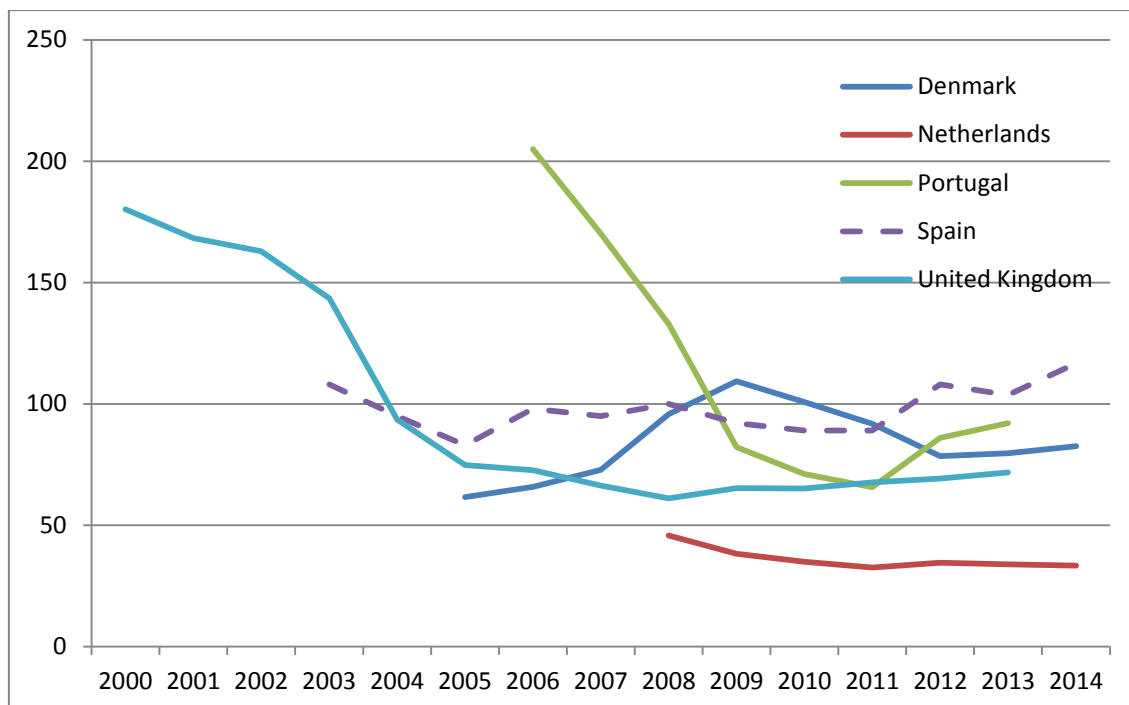


**Ilustración 189: Tiempo medio de espera entre indicación e intervención de cataratas. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en octubre 2015**

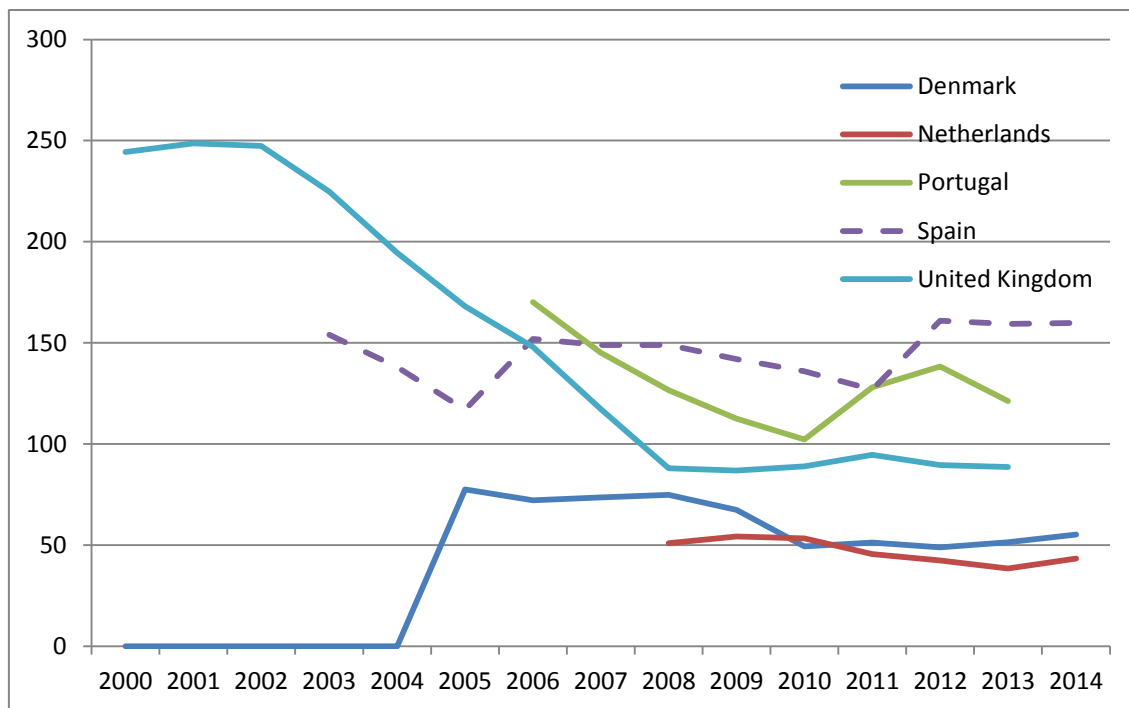


**Ilustración 190: Tiempo medio de espera entre indicación e intervención de prótesis de cadera. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en octubre 2015**

A nivel global, el número de pacientes en lista de espera por procesos quirúrgicos no urgentes se ha elevado en los años de la crisis. Es lógico, dado que el mecanismo de ajuste del sistema sanitario, al tener un precio cero, es el de la lista de espera. Lo vemos en la Ilustración 191.

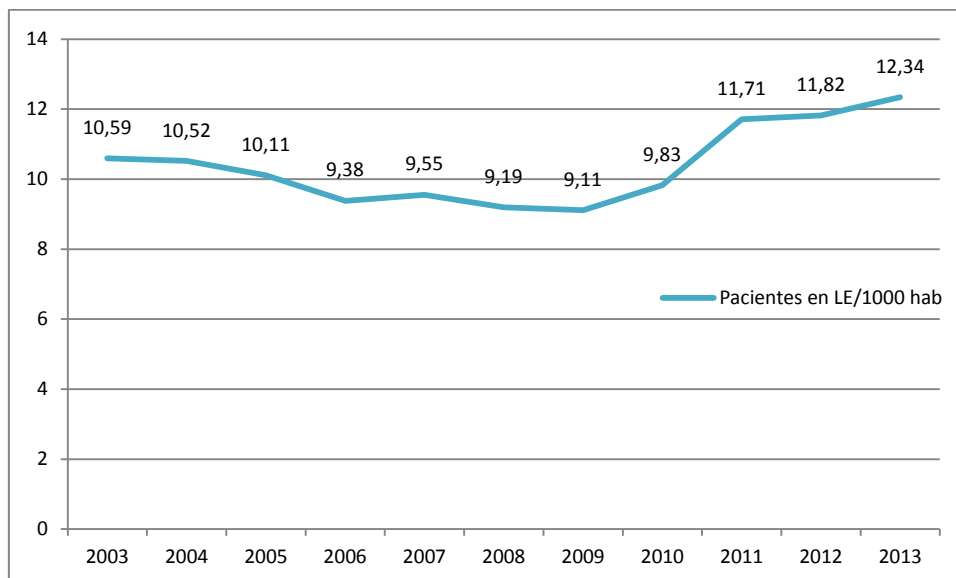


**Ilustración 191: Pacientes en lista de espera en España por procesos quirúrgicos no urgentes por cada 1000 habitantes. Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Extraído en octubre 2015**

Como afirman Cañizares y Santos (Cañizares & Santos Gomez, 2011), el problema de las listas de espera en España es un problema complejo y multifactorial, donde concurren elementos como las plantillas, los procesos de trabajo, los sistemas retributivos, los sistemas de financiación de centros, el nivel de integración asistencial entre atención primaria y especializada, la tecnología, los sistemas de información, los medios de comunicación y su actitud hacia el problema, los intereses y la estructura empresarial de la sanidad privada en cada territorio, los hábitos de vida y la actitud de los pacientes hacia su enfermedad. Además, siguiendo a estos autores, nos encontramos con una grave dificultad, y no es más que el uso que hacen los partidos políticos de las listas de espera como elemento de confrontación. Se utilizan con asiduidad como arma arrojadiza del partido que está en la oposición contra el que está en el gobierno, independientemente de quienes sean estos en cada momento. Esta politización y banalización permanente del problema provoca que los enfoques que se siguen a menudo para abordar el problema son parciales, y en multitud de ocasiones muy poco acertados.

La estrategia de abordaje de las listas de espera en Castilla-La Mancha en el periodo 2010-2014 ha venido condicionada por el entorno económico y presupuestario en el que se encontraba la región. Se ha tratado de aprovechar una situación económica muy difícil y una absoluta imposibilidad de inyectar más recursos en el sistema como una oportunidad para hacer cambios que en otros momentos no habría sido posible realizar.

El primero de los cambios lo comentamos anteriormente. Los otros elementos de la estrategia han sido los siguientes:

- Buscar mecanismos para no solo conseguir el aumento de la jornada laboral sino la flexibilización de su aplicación, buscando el aprovechamiento de los recursos asistenciales disponibles y la adaptación de la jornada laboral de los servicios a las necesidades específicas de cada uno de ellos.
- Aprovechar todos los mecanismos posibles para generar actividad asistencial fuera de jornada, como en el caso de los módulos sustitutivos de guardias para mayores de 55 años, o como la supresión de las libranzas de sábados y prefestivos.
- Potenciar la gestión clínica con la firma de pactos anuales de objetivos con todos los servicios en los que estaban con carácter vinculante los relativos a listas de espera. Una vez existieran recursos económicos suficientes, estaba prevista la dotación creciente de las partidas de retribución variable para premiar estos objetivos.
- Potenciar los sistemas de información sobre listas de espera y hacer un seguimiento exhaustivo con todos los gerentes con periodicidad semanal de las acciones realizadas para actuar contra las demoras.
- Revisar las carteras de servicios de todos los centros para eliminar actividad inapropiada para su nivel asistencial, liberando tiempo quirúrgico para atender la demanda.
- Potenciar la ampliación del número de quirófanos en los centros asistenciales que lo necesiten.
- Respuesta en red de todo el sistema sanitario regional. Unos hospitales apoyan a otros para la reducción de tiempos de espera.

La Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2002), que era la existente a principio de la legislatura pasada, mantenía un enfoque muy orientado hacia la utilización política de las listas de espera. Por una parte, con unos plazos de garantía muy reducidos, fuera de rango respecto al resto de España. Como indica Cañizares (Cañizares & Santos Gomez, 2011), es muy deseable que los tiempos de garantía sean homogéneos y centralizados para todo el país, para evitar agravios comparativos, o estas carreras a ver quién ofrece los menores tiempos, impropias de la seriedad que un tema como este merece. Por otra parte, establecía un mecanismo fuertemente incentivador de la concertación privada de servicios. Creaba un mecanismo administrativo, las Oficinas Provinciales de Prestaciones, para que el ciudadano al que se le hubiera sobrepasado el tiempo de garantía pudiera acudir y elegir cualquier centro sanitario privado de España para ser intervenido. Al tratarse de un organismo distinto del centro sanitario donde estaba encuadrado el paciente, se dificultaba la posibilidad de tratar de solucionar el problema del paciente con medios propios. Al permitir esa absoluta capacidad de elección del paciente, generaba grandes costes para el sistema de la ejecución de la garantía. Un sistema de ricos mientras que el déficit crecía de forma galopante. Lo peor era que el sistema tenía una fuerte grieta: no existía riesgo financiero para el centro donde sus pacientes tenían que ejercer la garantía y ser intervenidos fuera. No había penalización por los pacientes que ejercían la garantía, al tratarse de centros propios, sin un sistema de financiación prospectivo, y con una presupuestación basada en el coste histórico de los servicios. No existían incentivos para evitar la concertación, que ya pagaban los servicios centrales del SESCAM. El único incentivo era que los pacientes que se perdían por el concierto externo por agotamiento de la garantía ya no eran susceptibles de ser intervenidos mediante el pago de peonadas, el otro concepto perverso del sistema de garantías. Un sistema, como vemos, de costes inasumibles y que deterioraba el funcionamiento de los centros públicos de forma progresiva, sin acabar nunca con las listas de espera, que eran la fuente de ingresos para estos dos sistemas, el de la autoconcertación y el de la concertación externa.

La Ley 1/2012, de 21 de febrero, de Medidas Complementarias para la Aplicación del Plan de Garantías de Servicios Sociales (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a), en su artículo 33 cambia la redacción de la entonces vigente ley de Garantía de Tiempos de Espera (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2002) en la línea de orientar los trámites de la garantía al propio hospital de referencia del paciente y de ejercer esta en lo posible mediante la derivación a otro hospital público. La filosofía subyacente era la de agotar todas las posibilidades de dar servicio desde la sanidad pública antes de enviar al paciente a un centro concertado.

Posteriormente, la nueva Ley 3/2014, de 21 de julio, de Garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, establece un nuevo marco para la gestión de las listas de espera:

- Se igualan los tiempos de garantía a los que establece el Ministerio de Sanidad en cada momento, evitando la absurda competición en tiempos entre Comunidades Autónomas

- Se establece un sistema de libre elección de hospital, con la intención de generar cierta competencia entre centros para atraer los pacientes, con prestigio, servicios y accesibilidad. Para ello era necesario posteriormente implantar un sistema de financiación prospectivo.
- Se instaure un sistema de priorización de las listas de espera por criterios clínicos y sociales (el carácter invalidante de la enfermedad padecida).
- Se instauran mecanismos de transparencia adicionales, para garantizar la permanente integridad de los sistemas de información de listas de espera, como la consulta telemática por el paciente de su situación en lista de espera

Finalmente, el Convenio de Asistencia Sanitaria con la Comunidad de Madrid ampliaba la capacidad asistencial de la comunidad sin costes excesivos para poder mejorar la respuesta a las necesidades y las preferencias de los ciudadanos del norte de Toledo, dándoles la posibilidad de elegir ser atendidos en dos hospitales de la Comunidad de Madrid.

La lista de espera quirúrgica en el SESCAM estaba descontrolada desde el año 2009, año en el que, como podemos ver en la Ilustración 192, empieza a haber más entradas que salidas en la lista de espera.



**Ilustración 192: Evolución anual de las entradas y salidas de lista de espera quirúrgica en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015**

Esta situación se agudiza en 2011 y 2012, y se corrige en 2013 y 2014, donde las entradas vuelven a ser menores que las salidas, lo que significa que el volumen de pacientes en lista de espera entra en descenso. Lo podemos ver igualmente en la Ilustración 193. La brecha de pacientes que entran y exceden las salidas se acumulan entre 2009 y 2012, y tendrá un efecto progresivo sobre los tiempos de espera. Y al igual que la deuda que se genera cuando el gasto supera al presupuesto, deberá ser abordada en algún momento con medidas extraordinarias. La estrategia aplicada lo que ha podido hacer es, con muchos menos recursos disponibles, equilibrar un flujo de pacientes que estaba desequilibrado desde muchos años atrás. Esto muestra que la línea de actuación es correcta e interesante, y que una vez tomadas las decisiones más difíciles, valdría la pena profundizar en esta estrategia.

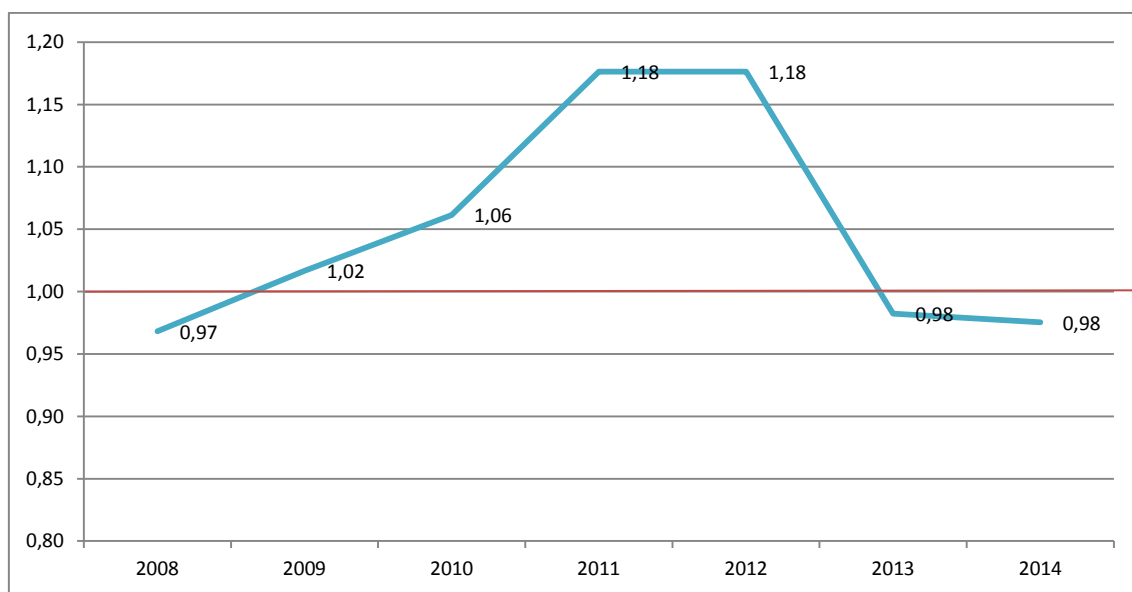


**Ilustración 193: Evolución del índice de entradas/salidas de pacientes en lista de espera quirúrgica en el SESCAM.**  
Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015

¿Cómo han influido estos pacientes acumulados desde 2009 en los tiempos de espera medios de los pacientes? Lo vemos en la evolución del número de pacientes, en la Ilustración 194. El número de pacientes en lista de espera estructural crece desde 2010, alcanza un pico en 2012, e inicia desde entonces una trayectoria de descenso hasta la fecha actual.

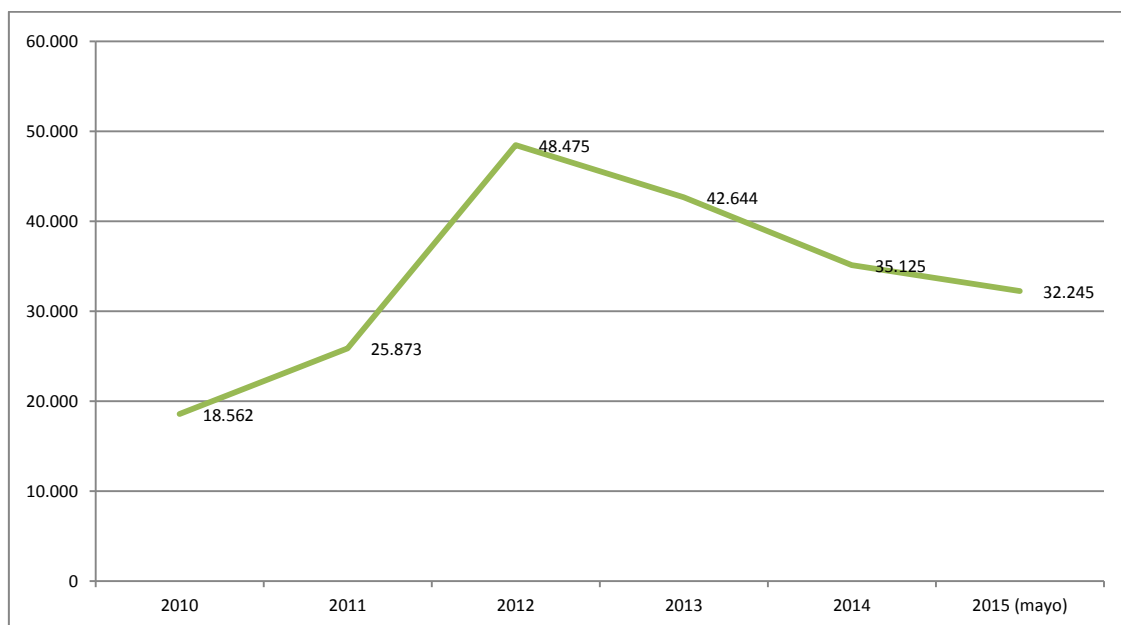


**Ilustración 194: Evolución del número de pacientes en espera estructural para intervención quirúrgica en el SESCAM.** Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015

Sin duda este aumento del número de pacientes en lista estructural generó un aumento importante de los tiempos de espera, como vemos en la evolución de las esperas medias (tiempo que esperan los pacientes de la lista que son intervenidos) y demoras medias (tiempo medio que están esperando los pacientes en lista), en la Ilustración 195. Esta nos muestra un descenso anterior en las demoras medias, mientras que la espera media permanece en alza hasta 2014, debido a que se hace un esfuerzo muy importante por conseguir que se vayan interviniendo las colas de las listas de espera, lo que hace que suba la espera media, pero que constituye una política sana de reducción de las listas de espera a medio plazo.

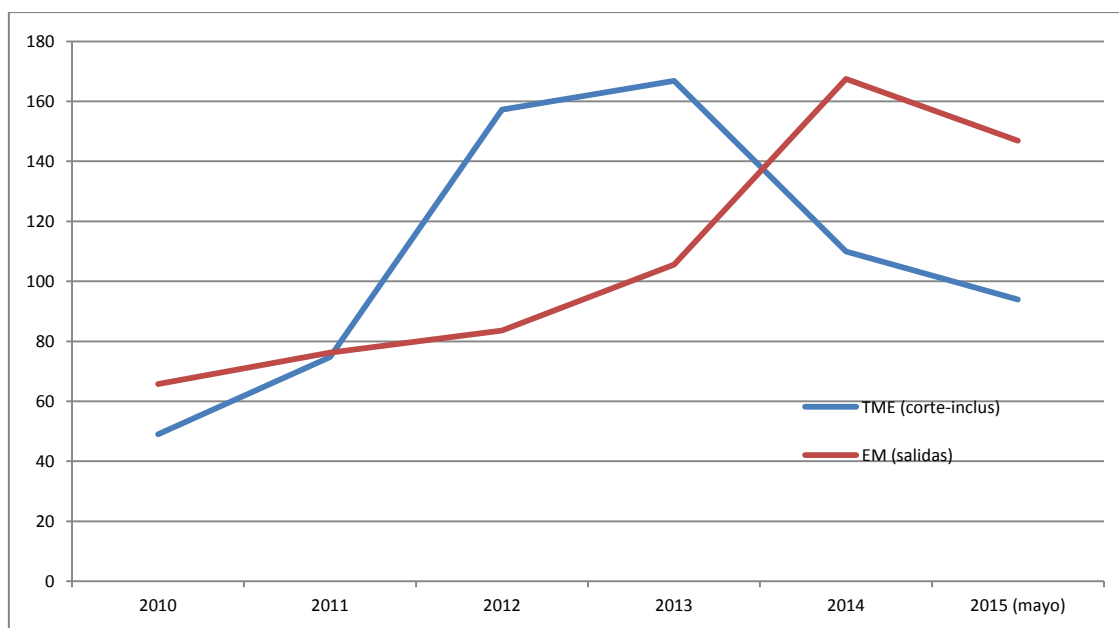


**Ilustración 195: Demoras medias y esperas medias en la lista de espera quirúrgica del SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015**

El impacto en las esperas medias y su solución ha sido muy distinto en función del tipo de hospital afectado. El peor papel lo llevaron los grandes hospitales, que han acumulado muchos más pacientes en lista, y sobre todo que poseen organizaciones más rígidas que han reaccionado de forma tardía a las estrategias de reducción de las demoras. Podemos verlo en la Ilustración 196

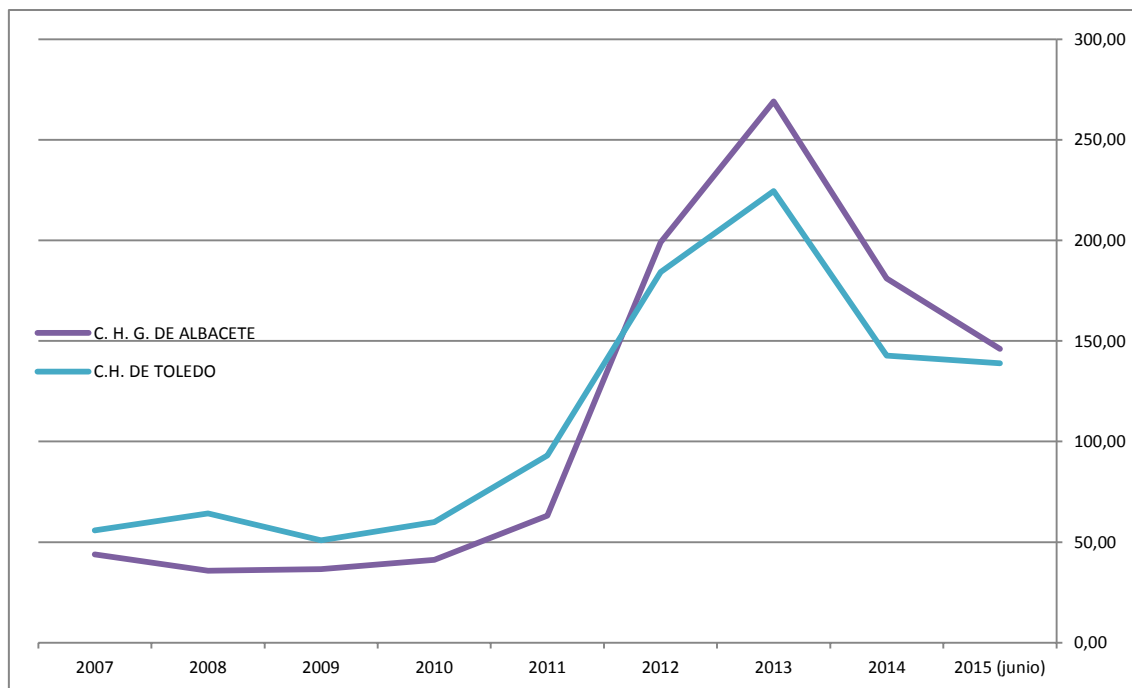


**Ilustración 196: Tiempos medios de espera quirúrgica para los grandes hospitales de referencia regional. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015**

Tanto el hospital de Toledo como el de Albacete mantienen una tendencia creciente en los tiempos medios de espera, que alcanzan unas cifras muy elevadas, y que no se reducen hasta después de 2013, y que por tanto no llegan en 2014 más que a una reducción parcial frente a los niveles de antes de 2011. El proceso de normalización está iniciado, pero resta todavía para su conclusión.

Un segundo comportamiento es el de los hospitales medianos. Estos, como podemos ver en la Ilustración 197, también tienen un fuerte pico de esperas medias, pero este se produce en 2012, y a partir de aquí empiezan a descender de forma continuada, hasta cifras de 70-80 días de demora media, ya aceptables pero todavía mayores que las que tenían antes de la crisis, de 50-60 días. El proceso de normalización está avanzado pero no terminado.



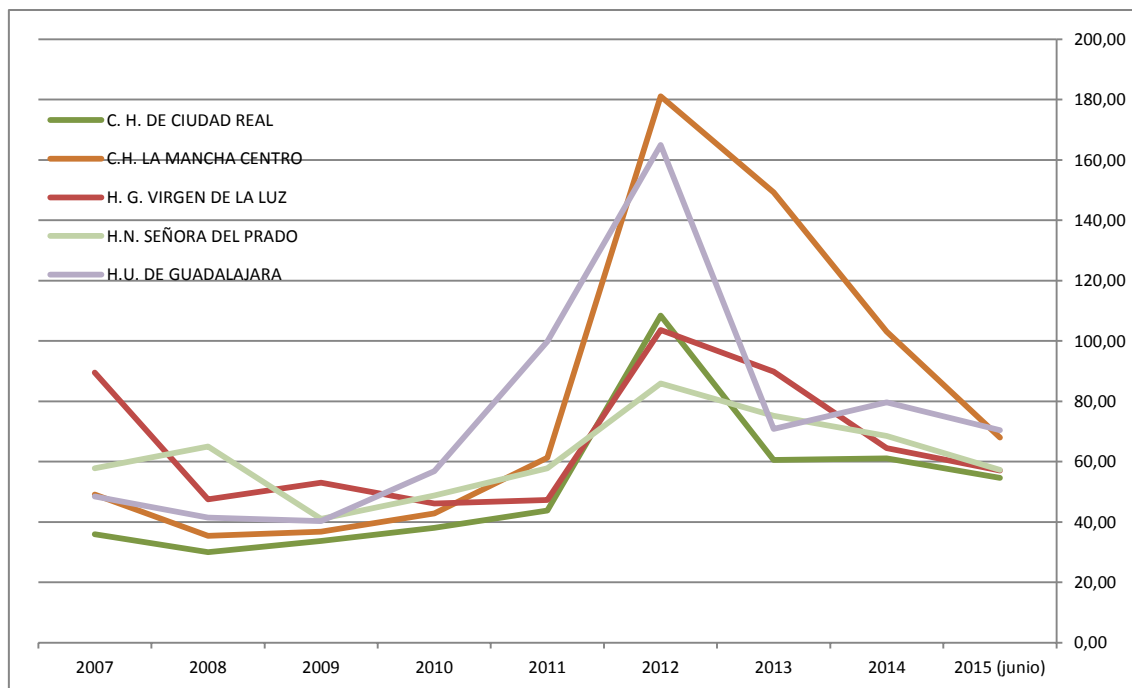


**Ilustración 197: Tiempos medios de espera quirúrgica para los hospitales de tamaño intermedio. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015**

Un tercer caso es el de los hospitales comarcales y comunitarios, la mayoría de los de la comunidad autónoma. En estos, como podemos ver en la Ilustración 198, el pico se produce igualmente en el año 2015, y la reducción se realiza de forma más acusada, llegando a un entorno entre los 40-60 días de demora media, muy aceptable y cercano a los valores de antes de la crisis.

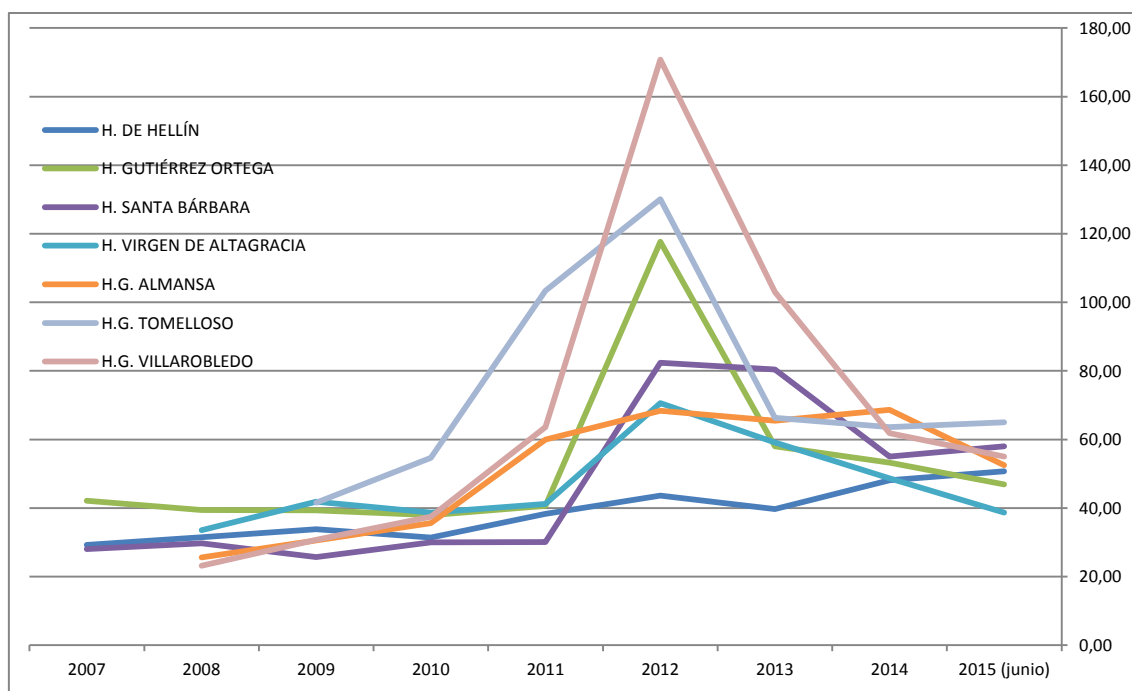


**Ilustración 198: Tiempos medios de espera quirúrgica para los hospitales comarcales.** Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015

Por tanto, en tiempos de respuesta quirúrgica podemos concluir que había un fuerte desequilibrio desde 2009 entre entradas y salidas en lista de espera, que se agudiza en 2011 y 2012, y este desequilibrio se manifiesta en altos tiempos de espera en 2012, y para los hospitales de referencia en 2013. Desde ese momento, se aplican políticas de actuación que llevan estos tiempos a una situación muy buena en hospitales comarcales, y buena en hospitales intermedios, mientras que todavía se necesitan mejoras en los hospitales de referencia.

Por especialidades, las dificultades mayores están en especialidades como Traumatología, por su fuerte demanda de intervenciones, muchas de ellas complejas como las relacionadas con la implantación de prótesis. En estas especialidades, con un peso muy importante de los grandes hospitales de referencia, es necesario seguir profundizando en el abordaje de las listas de espera.

En la lista de espera de consultas externas, se produce un fenómeno parecido al de la lista quirúrgica, con una mayor intensidad. En la Ilustración 199 podemos ver cómo se produce un aumento del número de pacientes en demora estructural en 2012, que posteriormente van descendiendo de forma progresiva hasta mayo de 2015, quedando a niveles similares a los de antes de la crisis.

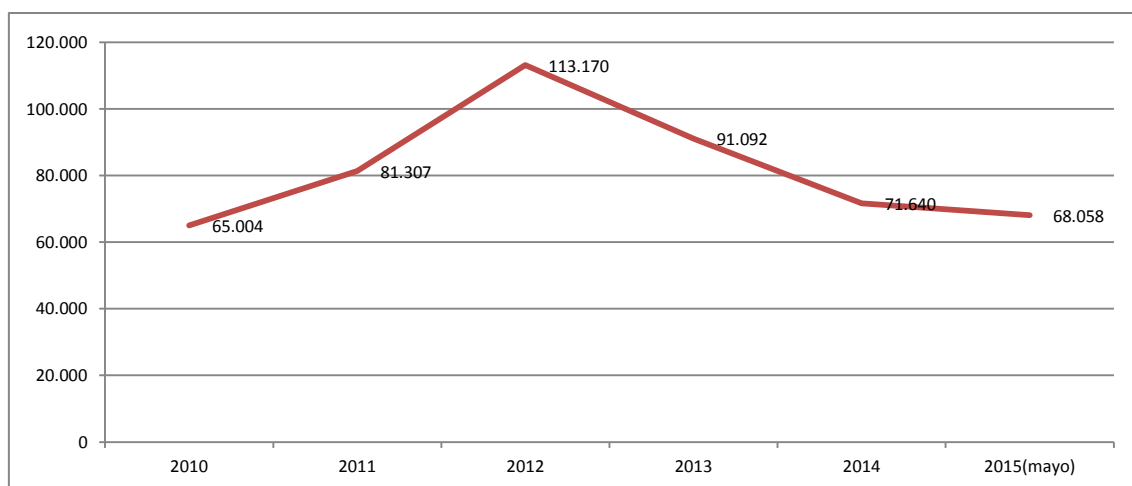


**Ilustración 199: Evolución del número de pacientes en espera estructural para primeras consultas hospitalarias en el SESCAM.** Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015

Se produce un pico de tiempos de espera en 2012, coincidiendo con la crisis económica y presupuestaria, pero las acciones emprendidas llevan a una plena normalización de los tiempos de respuesta en 2015.

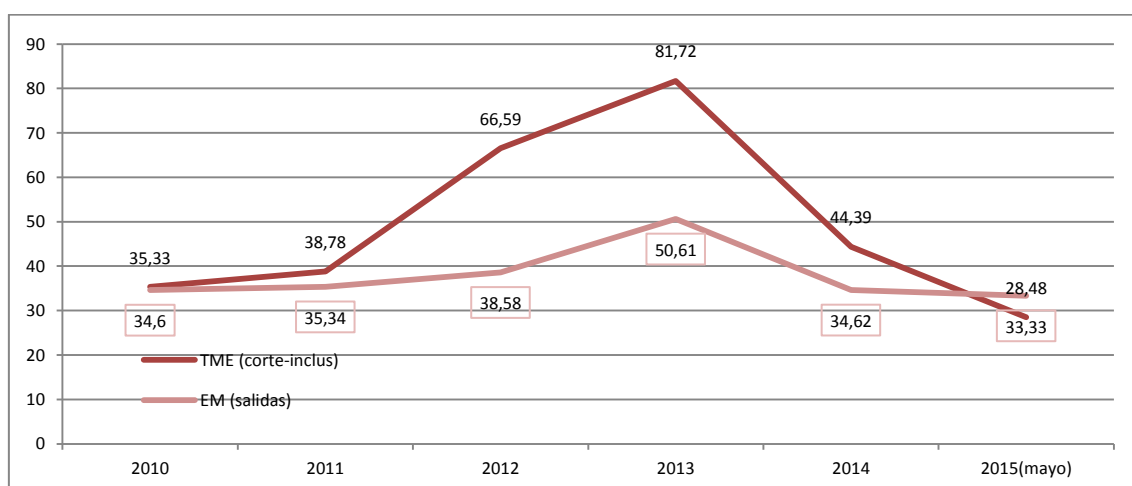


**Ilustración 200: Demoras medias y esperas medias en la lista de espera de primeras consultas hospitalarias del SESCAM.** Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015

No se observan diferencias significativas por tipo de centro, y el resumen del comportamiento de los tiempos medios de asistencia por especialidades es el reflejado en la Ilustración 201, es plenamente positivo, situándose entre los 11 y los 35 días de espera, con tiempos de respuesta mejores a los de antes de la crisis. Es de resaltar que aunque la lista de espera quirúrgica es la de mayor impacto mediático y por tanto político, esta está compuesta de procesos no urgentes, por lo que su trascendencia asistencial es menor. En cambio, la lista de espera de consultas externas sí es trascendente asistencialmente, dado que entre los pacientes sin diagnosticar puede haber procesos urgentes y no urgentes.

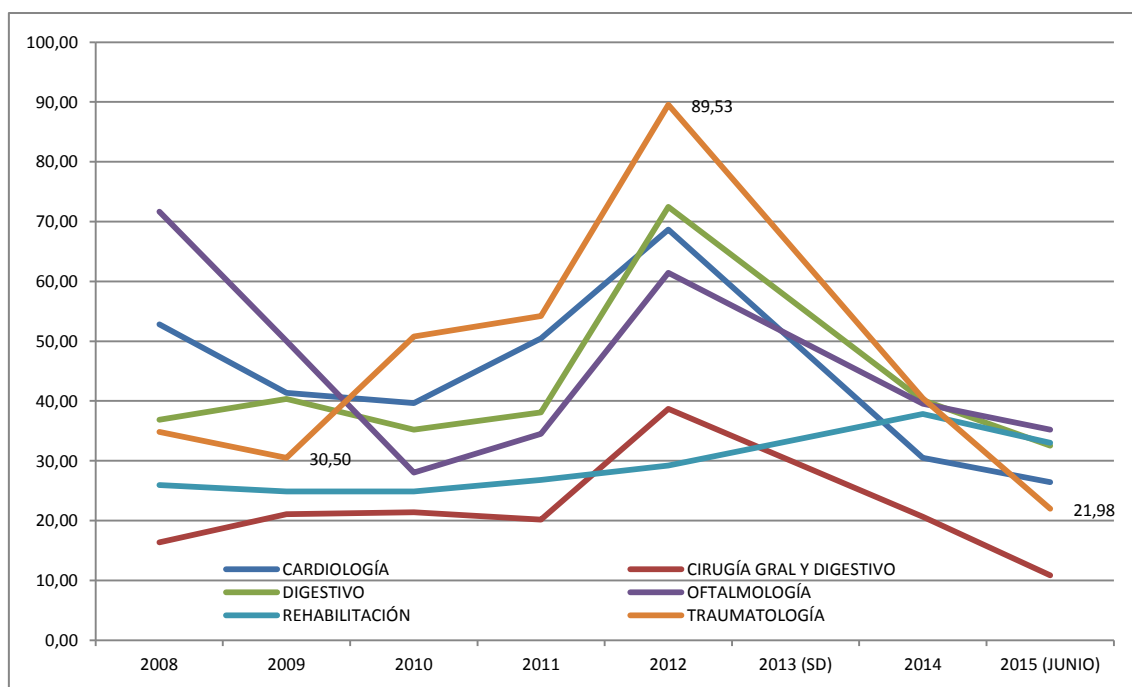


**Ilustración 201: Tiempos medios de espera en primeras visitas de consultas externas para los hospitales del SESCAM por especialidades.** Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015

En la lista de espera de pruebas diagnósticas, también muy importante asistencialmente, observamos cómo se produce un fenómeno parecido al de las consultas externas. El número de pacientes en lista decrece progresivamente desde el pico que se produce en 2012, como podemos ver en la

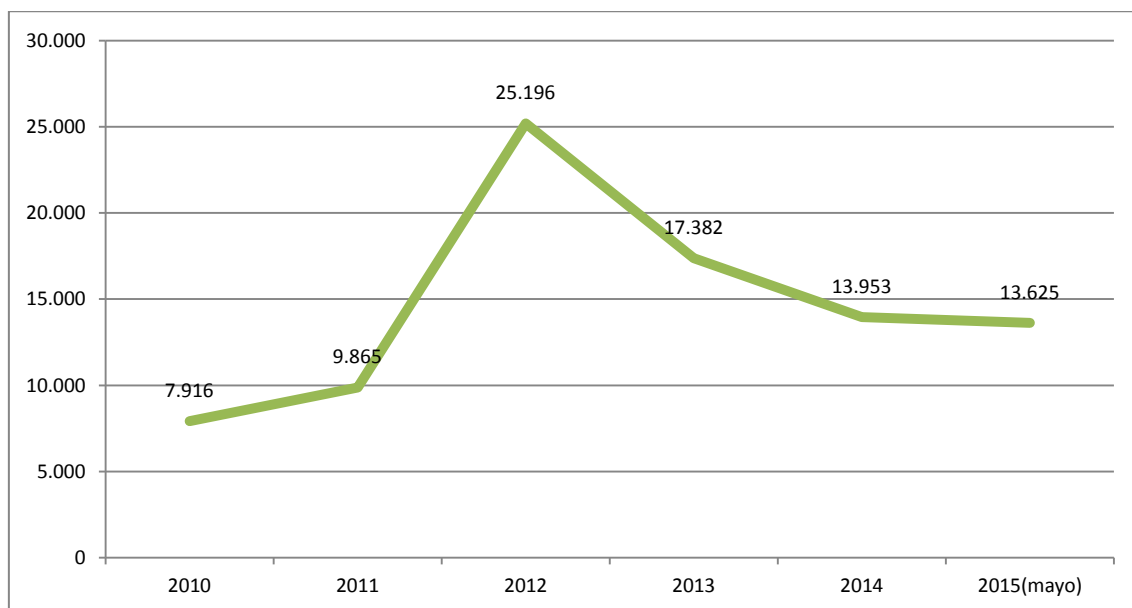


**Ilustración 202: Evolución del número de pacientes en espera estructural para pruebas diagnósticas hospitalarias en el SESCAM.** Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015

En la Ilustración 203 podemos ver la evolución de la demora media y la espera media en pruebas diagnósticas. Ambas medidas tienen un pico en 2012 y se sitúan en cifras excelentes en mayo de 2015, por debajo de las demoras antes de la crisis.

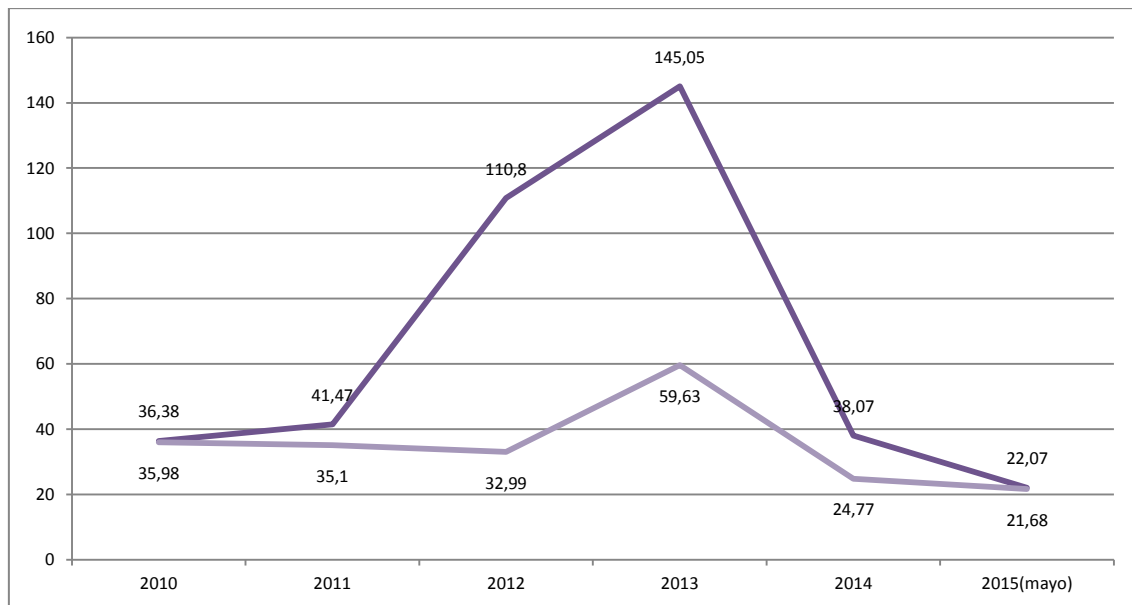


**Ilustración 203: Demoras medias y esperas medias en la lista de espera de pruebas diagnósticas del SESCAM.**  
Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015

En la Ilustración 204 vemos como el pico de crecimiento para resonancia magnética y para TAC se produce en 2012 y 2013. A partir de 2014 las cifras de espera se normalizan y son menores a las de 2009 y 2010.

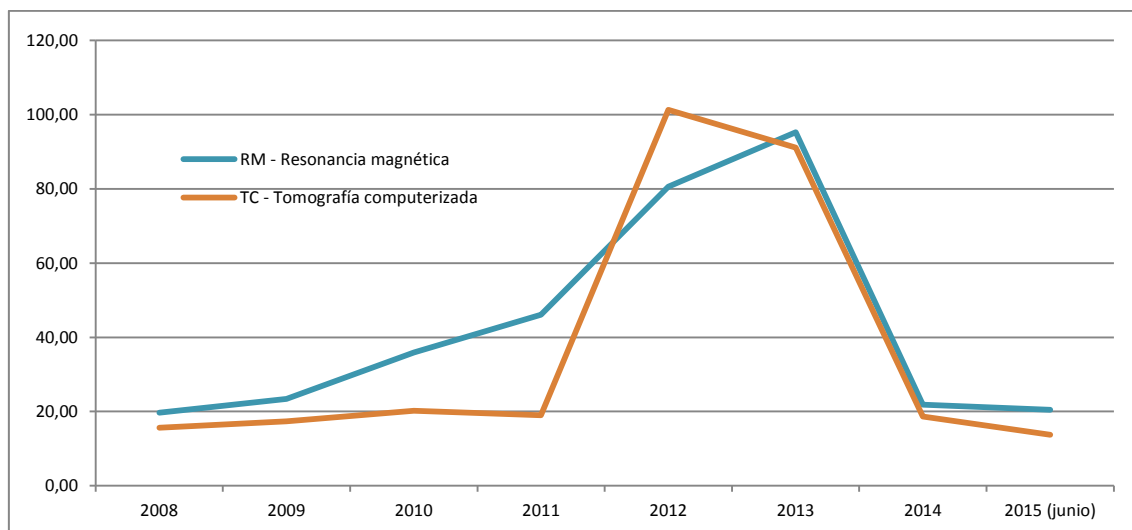


**Ilustración 204: Tiempos medios de espera en pruebas diagnósticas para los hospitales del SESCAM para alta tecnología.** Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015

En el resto de pruebas diagnósticas el comportamiento es muy parecido. Pico en 2012 y 2013 y reducción posterior hasta niveles de tiempos de espera entre los 12 y los 32 días, mucho mejores a los existentes antes de la crisis.

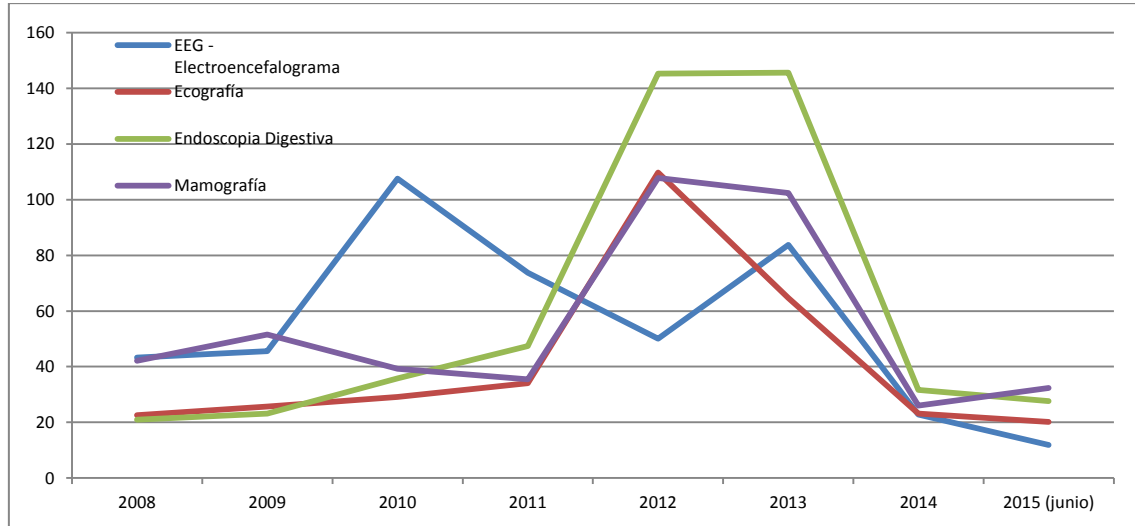


**Ilustración 205: Tiempos medios de espera en pruebas diagnósticas para los hospitales del SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015**



## Capítulo V: Impacto en la calidad asistencial

---



## 14. Calidad asistencial y selección de indicadores

El cambio que se ha producido en Castilla-La Mancha a nivel económico debe contrastarse con sus efectos en distintos ámbitos de la calidad asistencial. En este capítulo vamos a analizar qué ha ocurrido con la calidad asistencial en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en los años 2010 a 2013.

La calidad asistencial es un concepto multidimensional. Donabedian (Donabedian, 1988) recogía un enfoque en distintas capas a la hora de definir la calidad. Desde la calidad de la atención de un médico individual hasta la calidad recibida por la comunidad, deberíamos atender a los distintos estratos para mejorar la calidad global de la atención. En este capítulo nos centraremos en la parte de la calidad asistencial relacionada con la mejora de los resultados en salud.

Donabedian (Donabedian, 1988) entendía que en la evaluación de la calidad asistencial deberíamos atender a tres dimensiones básicas:

- Estructura
- Proceso
- Resultados

Aunque con variaciones entre ellos, los distintos modelos de calidad de servicio coinciden en distinguir dos componentes fundamentales de la calidad (I. M. R. Díaz & Perrián, 2003): calidad científico-técnica (Grönroos, 1994) o de resultado (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990), orientada a lo que el paciente recibe o con el resultado final cuando el proceso ha finalizado, y la calidad funcional (Grönroos, 1994) o de proceso (Zeithaml et al., 1990), que se centra en la forma en la que el servicio ha sido prestado. En este capítulo nos interesa analizar el resultado de la atención, en la capa más global de la misma, que es la que afecta a la gestión del Servicio de Salud. En otros capítulos nos interesaremos por el proceso (actividad, listas de espera) o por la percepción de los pacientes respecto al servicio recibido.

Una definición muy citada de calidad es la de Palmer (Palmer, 1983), que define estas cuatro dimensiones:

- Calidad científico-técnica. Competencia del profesional para utilizar adecuadamente los conocimientos y recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Se considera tanto en el aspecto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre profesional sanitario y paciente
- Accesibilidad: facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, o culturales que puedan producirse
- Satisfacción o aceptabilidad: grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario
- Efectividad: grado con que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación reales.

- Eficiencia: grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible con unos recursos determinados. Relaciona los resultados con los costes generados.

En el presente trabajo evaluamos cómo una reducción de la estructura ha podido afectar al resto de las dimensiones de la calidad, bajo la hipótesis de que una reducción de la estructura cuando esta se encontraba en situación de ineficiencia puede mantener e incluso mejorar los resultados de la asistencia. Atacar, como se ha hecho en Castilla-La Mancha, las fuentes básicas de ineficiencia de la atención puede dar como resultado una mejora importante en la eficiencia sin perjudicar la calidad asistencial del Servicio de Salud. A la hora de afrontar la medición de la calidad asistencial en este capítulo nos centraremos por tanto en la capacidad de un servicio de salud para producir resultados en salud, y en los procesos que nos denotan una organización adecuada para generar estos resultados.

En la gestión de la calidad se entiende por monitorización la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad (Saturno, 1998). En cualquier caso, es importante buscar indicadores fiables, válidos y apropiados. Los indicadores compuestos son útiles para agrupar en un solo número la evolución global de una organización o de un sistema. Agrupan en un solo indicador un conjunto de indicadores (Saturno, 2004).

Durante los últimos años, los indicadores sintéticos se han configurado (Blancas Peral, Contreras Rubio, & Ramírez Hurtado, 2011) como uno de los instrumentos de medición analítica más utilizados en diversos campos de la investigación y análisis de la realidad social. De acuerdo con el glosario de términos estadísticos de la OCDE, entendemos por indicador sintético aquella combinación (o agregación) matemática de los indicadores que representan los distintos componentes del concepto que se pretende evaluar a partir de un sistema de partida, proporcionando una evaluación multidimensional del mismo (Saisana & Tarantola, 2002). La construcción de un indicador sintético implica establecer un procedimiento matemático para agregar un conjunto de indicadores individuales, para medir fenómenos multidimensionales que no podrían representarse a través de una única medida. Una revisión completa de los procedimientos de construcción de indicadores puede verse en (Nardo et al., 2005) y en (Saisana & Tarantola, 2002). Siguiendo el Manual para la Construcción de Indicadores Sintéticos de la OCDE, (Oecd, 2008), la tarea de construir un indicador sintético está más cerca de la artesanía del experto, que de los automatismos que podamos encontrar en la mera formulación matemática o en la elaboración de un software multipropósito. En este sentido, la clave para un indicador sintético está en que sirva para medir lo que se proponía, y en la aceptabilidad del mismo por los expertos en la materia.

En esta línea, resulta fundamental en la construcción de un indicador sintético la calidad de los datos y del marco teórico utilizado (Oecd, 2008). Si el marco teórico es débil o si los datos son erróneos, el indicador sintético dará lugar sin duda a fuertes controversias en su interpretación, aunque su construcción sea impecable desde el punto de vista técnico. Los resultados de múltiples estudios empíricos de investigación en servicios sanitarios demuestran que se obtienen resultados muy distintos (y en muchos casos contradictorios) con la utilización de diferentes métodos de medida para comparar sistemas o servicios de salud. Ello no debe

evitar que los utilicemos, si somos conscientes de sus limitaciones. (Gispert, Arán Barés, & Puigdefàbregas, 2006)

Una de las claves para evitar escepticismo en la interpretación de los indicadores sintéticos es evitar la falta de transparencia en su proceso de cálculo, sobre todo acerca de las metodologías utilizadas en los pasos intermedios (Oecd, 2008). Por eso es muy importante, y así lo hemos hecho en el presente capítulo, documentar al máximo todos los procesos y garantizar la absoluta trazabilidad de los cálculos realizados para obtener las conclusiones del trabajo.

Siguiendo a (Saisana & Tarantola, 2002), los indicadores sintéticos pueden aportar un valor importante, por los siguientes motivos:

- Permiten concentrar problemas complejos y multidimensionales, de cara a ayudar a los encargados de la toma de decisiones
- Facilitan una gran foto, que nos permite una visión global, percibir tendencias. Después habrá que profundizar para interpretar bien esa foto
- La visión concentrada de un tema también puede aportar mucho desde el punto de vista de la comunicación, al transmitir muy bien la globalidad
- Nos permiten utilizar mucha información en un tamaño reducido. Esto es muy importante en sistemas complejos como el sanitario, profundamente multidimensional

Algunos riesgos de estos indicadores:

- Pueden transmitir un mensaje engañoso, si el indicador está mal construido o mal interpretado. Debemos aplicar el análisis de sensibilidad para testar la robustez del indicador
- El indicador agrupado puede llevar a los políticos a extraer conclusiones simplistas. Es necesario profundizar en los indicadores específicos para llegar a conclusiones mucho más ricas y apropiadas
- La construcción del indicador requiere fases donde se realizan juicios de valor. Estos deben ser transparentes y lo mejor fundamentados posible
- Se necesita una gran cantidad de datos fiables para poder construir un indicador sintético

A la hora de construir un indicador sintético formado por varios indicadores simples, hemos de asumir la posibilidad de intercambio de los indicadores (Freudenberg, 2003). Por ejemplo, el índice de fracturas de cadera en pacientes ingresados podía haberse sustituido por otro indicador que refleje el control que tiene la enfermería de hospitalización de un hospital respecto a las caídas, en especial en pacientes frágiles. Por ello debemos prestar especial atención no sólo al indicador compuesto, sino sobre todo al comportamiento global de cada uno de los indicadores simples que lo componen. Cada uno de los indicadores ha sido seleccionado en función de su relevancia metodológica, disponibilidad de datos desagregados y fiables con un desarrollo temporal adecuado, relevancia respecto al ítem que se quiere

medir, y complementariedad con otros indicadores incluidos en el sintético. Con esto damos un paso necesario pero no suficiente. Malos indicadores individuales siempre darán un indicador sintético deficiente, y buenos indicadores individuales suponen un primer paso que ha de completarse con otros.

La comparación de resultados entre comunidades autónomas españolas tiene ventajas e inconvenientes. La ventaja principal es que la unidad de decisión en materia de servicio de salud y de gestión sanitaria en España es desde el año 2003 la comunidad autónoma. Una vez transferidos los servicios de salud a las comunidades, cada región posee una gran autonomía para asignar recursos y para desarrollar políticas de salud. El inconveniente más importante es que la dimensión de las autonomías es muy desigual. Hay grandes regiones como Cataluña, Andalucía o Madrid que conviven con otras pequeñas como la Rioja, o Cantabria. La volatilidad de los datos con volúmenes poblacionales muy diferentes es también diferente, y esto puede influir en la interpretación que tengan los cambios en los indicadores. Castilla-La Mancha, con 2,1 millones de habitantes, es una región con un volumen poblacional intermedio, que no tiene los riesgos de volatilidad de las regiones más pequeñas, pero que puede tener comportamientos más erráticos en algún indicador que regiones con 8 millones de habitantes.

Los resultados de múltiples estudios empíricos de investigación en servicios sanitarios demuestran que se obtienen diferentes resultados con la utilización de diferentes métodos de medida para comparar sistemas o servicios de salud. (Gispert et al., 2006) (Nolte & McKee, 2003) (McKee, 2001). Esto no significa no utilizarlos, pero sí ser cuidadosos con la metodología utilizada, y buscar que los indicadores seleccionados sean adecuados para medir lo que se quiere medir. También es muy importante completar el análisis global con un análisis en detalle de los resultados, que sin duda nos dará una información más rica y detallada que la imagen global que nos otorgará el indicador sintético.

No podemos ignorar que el tema analizado es un tema de una enorme sensibilidad social y política, y que por tanto los resultados obtenidos están sometidos a una feroz crítica por quien ideológicamente pueda creer que dichos resultados le contradicen. Esto nos anima más si cabe a profundizar en la rigurosidad del enfoque, en la exigencia de calidad en los datos, y en la moderación en las interpretaciones de los resultados.

## 15. Selección de indicadores

Se utilizó una metodología de grupo focal (Bickman & Rog, 2008) para extraer el indicador sintético a partir de la opinión de un grupo cualificado de expertos. El planteamiento de la metodología del grupo fue el siguiente (Riba, 2014):

### 1.- Tema general de discusión

Construir un indicador sintético de calidad asistencial para medir de manera global este aspecto en un servicio regional de salud

## 2.- Participantes:

- Alberto Rodríguez Balo. Coordinador de Desarrollo Asistencial de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Coordinador del Proyecto de Integración Asistencial y Atención al Paciente Crónico
- Ángel María Martín Fernández-Gallardo. Jefe de Servicio de Farmacia. Servicios Centrales del SESCAM
- Francisco Luna Cabrera. Director Gerente del Área de Gestión Integrada de Puertollano
- Francisco Merino López. Director Gerente del Área de Gestión Integrada de Guadalajara
- Antonio Naharro Máñez. Director Gerente del Área de Gestión Integrada de Albacete
- Natividad Comes Górriz. Responsable de Coordinación Asistencial en la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Coordinadora del Proyecto de Integración Asistencial y Atención al Paciente Crónico
- Miguel Ángel Soria Milla. Director General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM
- Rosa Sánchez Montero, Directora de Procesos Asistenciales del Área de Gestión Integrada de Puertollano
- Manuel Calvo García, Director Médico del Hospital de Ciudad Real
- Luis Carretero Alcántara. Coordinador del Grupo

## 3) Lugar de celebración

Servicios Centrales del Sescam, permitiéndose la participación por videoconferencia de aquellos participantes con dificultades para acudir a todas las reuniones. Se realiza en una sala con mesa central, con un ambiente distendido y una dinámica pensada para favorecer el diálogo abierto.

## 4) Materiales necesarios

Equipo de videoconferencia y material de oficina para registrar las opiniones. Ordenador y videoprojector para sintetizar las aportaciones y conclusiones del grupo

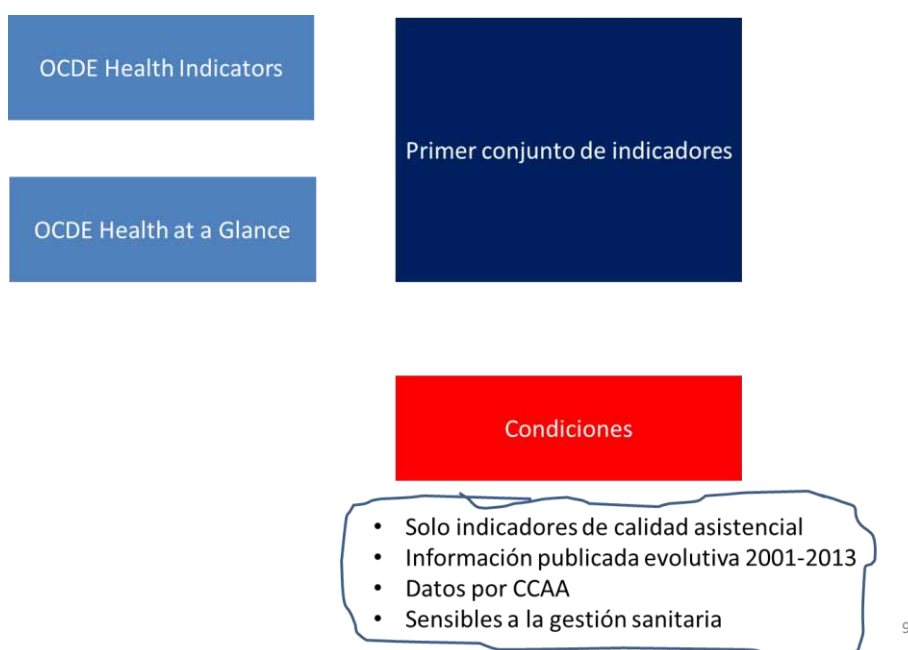
## 5) La dinámica de las reuniones fue la siguiente:

5.1.- Primera reunión. Presentación del trabajo a realizar. Se plantean los objetivos del indicador a desarrollar. Elementos a tener en cuenta por los participantes:

- El indicador busca medir principalmente la variación en el tiempo de la calidad asistencial de un servicio de salud. Excluimos por tanto indicadores de calidad percibida y de otras dimensiones no relacionadas directamente con la calidad asistencial
- Deben existir datos fiables publicados por comunidades autónomas, al menos desde el año 2001 hasta el 2013
- Los indicadores deben ser sensibles a cambios en la calidad asistencial a consecuencia de las políticas del servicio de salud

- Se persigue una perspectiva integral del sistema sanitario, que permita establecer criterios para una visión global de su desempeño. Se proponen tres dimensiones, que juntas deben sumar 100 puntos de ponderación:
  - Indicadores globales de desempeño del sistema
  - Indicadores relacionados con la calidad en hospitales
  - Indicadores relacionados con la calidad en atención primaria

El marco inicial de referencia es el recogido en los indicadores de calidad de Health at a Glance 2014 (OCDE Publishing, 2014), en el proyecto de Health Care Quality Indicators de la OCDE (Kelley & Hurst, 2006) y en el proyecto de European Core Health Indicators (Union Europea, 2012), también en su vertiente de calidad asistencial. Para completar los indicadores necesarios para obtener una visión global, se proponía seleccionar aquellos que se consideren relevantes dentro del proyecto de Indicadores Clave del SNS del Ministerio de Sanidad Asuntos Sociales e Igualdad del Gobierno de España (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2013).



El conjunto de indicadores que reunía las condiciones anteriores suponía un conjunto reducido que tenía grandes carencias para reflejar de manera apropiada el cambio en la calidad global del sistema. Para completarlo, se analizó por el grupo de expertos el conjunto de indicadores de calidad que proporciona la aplicación de 'Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS)' (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2013), además de cualquier

otra fuente que tuviera las condiciones previas marcadas y garantías de calidad en la información.



Se pidió al grupo, una vez debatida y aprobada la metodología anterior, que para la segunda reunión:

- Propusiesen los pesos globales para cada una de las tres dimensiones de análisis (desempeño global, atención hospitalaria y atención primaria)
- Propusiesen los indicadores que deberían de incluirse en cada una de las dimensiones
- Propusiesen pesos específicos para cada uno de los indicadores

## 5.2.- Segunda reunión

Análisis por el grupo de las propuestas individuales y elaboración de una solución de consenso

5.2.1 Respecto a los pesos globales de las dimensiones, se solicitó a los asistentes repartir 100 puntos entre las tres dimensiones. Tras un debate se acordó por consenso incluir los siguientes pesos:

- Desempeño global del sistema: 20%
- Atención Hospitalaria: 40%
- Atención Primaria: 40%

5.2.2 Propuesta de indicadores a incluir dentro de cada dimensión. Se seleccionaron por consenso sin ningún voto particular los siguientes indicadores:

5.2.2.1 Para el bloque de indicadores de desempeño global del sistema sanitario:

- Mortalidad Global ajustada por edad
- Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100 000 habitantes.
- Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100.000 habitantes.
- Tasa de mortalidad prematura por Diabetes mellitus, ajustada por edad, por 100.000 habitantes.
- Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100.000 habitantes.
- Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100.000 habitantes.
- Tasa de mortalidad perinatal por cada 1.000 nacidos vivos

Los indicadores de desempeño global se centraron en el desempeño general del sistema, representado por la tasa de mortalidad ajustada, y en indicadores específicos de mortalidad por enfermedades que pueden verse afectados por la organización, eficacia y actuaciones del sistema sanitario.

5.2.2.2 Para el bloque de indicadores de gestión hospitalaria

- Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama
- Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas
- Porcentaje global de reingresos /reingresos ajustados por casuística
- Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias
- Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas
- Tasa de cesáreas
- Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias
- Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia
- Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada
- Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía
- Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto
- Porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos

Destaca la existencia de indicadores globales a nivel de funcionamiento de la atención hospitalaria, junto a otro bloque de indicadores representativos de la atención en un área de conocimiento específica, pero que indican de manera clara el funcionamiento global de la organización



### 5.2.2.3 Para el bloque de indicadores de atención primaria

- Ingresos por asma
- Ingresos por EPOC
- Ingresos por diabetes
- Hospitalización por enfermedades cerebrovasculares
- Hospitalización por insuficiencia cardíaca
- Hospitalización hipertensión
- Prescripción de antibióticos en DHD
- Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al total de antibióticos
- Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos
- Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años)
- Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años)
- Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe (\*2002)
- Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años)
- Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años) (\*2003)

Se utilizan indicadores de hospitalización inadecuada como indicador de un mejor o peor seguimiento de enfermedades clave, junto a un bloque de indicadores relacionados con la prescripción y otro relacionados con la cobertura de vacunación.

El grupo valora como muy completo el conjunto de indicadores y como plenamente apto para conocer de forma global la evolución de la calidad de un servicio de salud. Podrían haberse introducido otros indicadores señalados por la literatura o usados por organizaciones internacionales, pero estos no cumplían con las condiciones de disponibilidad de datos que eran imprescindibles para la realización del presente trabajo.

### 5.3 Ponderaciones del grupo a los indicadores

Una de las cuestiones clave en la elaboración de un indicador sintético es (Tarantola, 2002) la evaluación de la pluralidad de las perspectivas a analizar, ponderando adecuadamente a cada uno de los subindicadores que lo componen. (Cox et al., 1992) resumen las dificultades para asignar ponderaciones a cada indicador, y concluyen que en muchos casos las ponderaciones asignadas son defectuosas. Uno de los métodos más comúnmente utilizados para asignar pesos es el conocimiento de expertos (Puolamäa, Kaplas, & Reinikainen, 1996). Es esencial en este aspecto seleccionar expertos con un amplio espectro de conocimientos y experiencias, con el fin de disponer de una buena visión de todos los aspectos del fenómeno a representar mediante el indicador sintético. Para repartir pesos entre los indicadores hemos utilizado el criterio de asignación de presupuesto, o budget allocation (Moldan, Billharz, & Matravers,

1997). Cada experto disponía de un presupuesto de 100 puntos dividido en tres bloques: 20 puntos para el bloque 1, 40 puntos para el bloque 2 y 40 para el bloque 3. Este reparto inicial sale del consenso de los expertos en la anterior reunión de grupo. Los expertos han de repartir estos puntos entre los indicadores que componen cada bloque. Después se comentan los resultados y se busca una solución de consenso entre los expertos.

Para la selección de ponderaciones para los indicadores, se llegó a un consenso entre todos los participantes en las siguientes ponderaciones:

**Tabla 35: Ponderaciones a los indicadores asignadas por el grupo de expertos**

| Dim | Bloque | Pond | Aspecto                           | Indicador                                                                                                                          |
|-----|--------|------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20  | 20     | 8    | Global                            | <b>Mortalidad Global ajustada por edad</b>                                                                                         |
|     |        | 2    | Global                            | Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100 000 habitantes                                                 |
|     |        | 2    | Global                            | Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100 000 habitantes                                  |
|     |        | 1    | Global                            | Tasa de mortalidad prematura por Diabetes mellitus, ajustada por edad, por 100 000 habitantes                                      |
|     |        | 2    | Global                            | Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100 000 habitantes                           |
|     |        | 1    | Global                            | Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100 000 habitantes |
|     |        | 4    | Global                            | Tasa de mortalidad perinatal por cada 1 000 nacidos vivos                                                                          |
|     |        |      |                                   |                                                                                                                                    |
| 40  | 16     | 2    | Organización                      | Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama                                                                               |
|     |        | 5    | Organización                      | Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas                                               |
|     |        | 4    | Organización                      | Porcentaje global de reingresos /reingresos ajustados por casuística                                                               |
|     |        | 5    | Organización                      | Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias                                                                    |
|     |        |      |                                   |                                                                                                                                    |
|     | 24     | 2    | Ginecología                       | Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas                          |
|     |        | 2    | Obstetricia                       | Tasa de cesáreas                                                                                                                   |
|     |        | 4    | Enfermería                        | Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias                                               |
|     |        | 2    | Innovación                        | Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia                                                                                     |
|     |        | 5    | Cirugía                           | Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada                                                                          |
|     |        | 1    | Neumología                        | Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía                                             |
|     |        | 6    | Cardiología                       | Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto                                                            |
|     |        | 2    | Psiquiatría                       | Porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos                                                                                    |
| 40  |        |      |                                   |                                                                                                                                    |
|     | 34     | 5    | Ingresos inadecuados              | Ingresos por asma                                                                                                                  |
|     |        | 5    | Ingresos inadecuados              | Ingresos por EPOC                                                                                                                  |
|     |        | 6    | Ingresos inadecuados              | Ingresos por diabetes                                                                                                              |
|     |        | 2    | Ingresos inadecuados              | Hospitalización por enfermedades cerebrovasculares                                                                                 |
|     |        | 3    | Ingresos inadecuados              | Hospitalización por insuficiencia cardíaca                                                                                         |
|     |        | 3    | Ingresos inadecuados              | Hospitalización hipertensión                                                                                                       |
|     |        |      |                                   |                                                                                                                                    |
|     |        | 4    | Prescripción en atención primaria | Prescripción de antibióticos en DHD                                                                                                |

Evaluación de las medidas para garantizar la sostenibilidad del SESCAM

|     |     |     |                                   |                                                                                                |
|-----|-----|-----|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |     | 4   | Prescripción en atención primaria | Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al total de antibióticos                    |
|     |     | 2   | Organización                      | Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos                                  |
|     |     |     |                                   |                                                                                                |
|     | 6   | 1   | Vacunación                        | Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años)               |
|     |     | 1   | Vacunación                        | Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años)                      |
|     |     | 2   | Vacunación                        | Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe (*2002)               |
|     |     | 1   | Vacunación                        | Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años)  |
|     |     | 1   | Vacunación                        | Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años) (*2003) |
| 100 | 100 | 100 |                                   |                                                                                                |

## 16.- Análisis de los indicadores seleccionados por el grupo de expertos

### Bloque 1: Indicadores de desempeño global del sistema sanitario

El grupo se ha centrado en la evaluación del desempeño del sistema sanitario en tres apartados:

1. Mortalidad Global ajustada por edad
2. Mortalidades prematuras
  - Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100 000 hab
  - Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100 000 hab.
  - Tasa de mortalidad prematura por Diabetes mellitus, ajustada por edad, por 100 000 hab.
  - Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100 000 hab
  - Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100 000 hab.
3. Mortalidad perinatal

La visión del grupo para la evaluación de este bloque de indicadores se ha centrado por tanto, en:

#### 1.- Mortalidad Ajustada por Edad.

La TAM sería (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015b) una media ponderada de tasas específicas de mortalidad por edad, cuyo factor de ponderación es la proporción de población en cada grupo de edad de la población estándar. La TAM es un valor sintético que permite la comparación entre distintas poblaciones, eliminando el potencial efecto que la variable de ajuste (edad) pudiera tener sobre las diferencias encontradas. Al utilizar la misma población estándar para todas las poblaciones objeto de estudio, es posible comparar sus riesgos de mortalidad sin que las diferencias se deban a la diferente estructura por edad de unas y otras poblaciones.

Se trata de una variable muy importante dado que nos indica el grado de mejora o empeoramiento de la mortalidad de la población atendida, ponderada por la edad de la misma. Como prevenciones en el análisis deberemos tener en cuenta que una vez alcanzados niveles óptimos de mortalidad, este indicador se hace rígido a la baja salvo por mejoras en la tecnología disponible o en el estado de salud de la población.

Indicadores complementarios: Resultaría interesante el análisis de la mortalidad evitable, dado que estaría más directamente relacionado con el desempeño directo del Servicio de Salud. No obstante los datos encontrados en las condiciones requeridas para el estudio (publicados por el Instituto Nacional de Estadística) sólo alcanzaban a 2010 en la fecha de realización del presente estudio, por lo que no eran utilizables para los objetivos planteados. Sí que sería posible, para estudios posteriores de profundización, determinar la mortalidad ajustada por causas de muerte específicas, a partir de los datos publicados por el Ministerio de Sanidad.

Otro indicador interesante sería el de la mortalidad ajustada por casuística a partir del CMBD hospitalario, desde los cuadros de mando de IASIST suministrados al SESCAM. En este caso, carecemos de información histórica y desglosada por CCAA, aunque resultará interesante su análisis como información complementaria para este indicador de mortalidad ajustada por edad.

## 2.- Mortalidades prematuras

Se trata de indicadores muy valiosos para la evaluación del desempeño de un servicio de salud, al aproximarse al concepto de mortalidad evitable. Se acepta (Gispert et al., 2006) que los indicadores de mortalidad podrían reflejar el efecto de las actuaciones de los servicios sanitarios sobre la salud de la población. La mortalidad por causas específicas se viene utilizando como indicador de desempeño de un servicio de salud desde la segunda mitad del siglo XX, y desde entonces se usa de manera creciente como un indicador clave de desempeño de los servicios de salud.

En el indicador sintético el grupo de trabajo ha decidido incluir todos los indicadores recogidos en los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud referidos a mortalidad evitable:

- Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100.000 habitantes.
- Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100.000 habitantes.
- Tasa de mortalidad prematura por Diabetes mellitus, ajustada por edad, por 100.000 habitantes.
- Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100.000 habitantes.
- Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100.000 habitantes.

Este conjunto de indicadores nos dará una idea muy apropiada del comportamiento de los servicios regionales de salud respecto a enfermedades donde podría haber desarrollado acciones para evitar la mortalidad

Como todos los indicadores basados en la estadística de mortalidad por causas, la mortalidad evitable tiene la limitación de los problemas de especificidad en el diagnóstico de la causa de muerte y en el hecho de que estas estadísticas se basan en una causa única, la causa básica de la defunción, hecho que podría producir algún sesgo (Gispert et al., 2006). En cualquier caso, hemos de ser conscientes de estos riesgos en el análisis de los indicadores, aunque en el estudio que nos ocupa, donde analizamos la evolución del desempeño en el tiempo de los servicios de salud y especialmente el de Castilla-La Mancha, podemos pensar que estos posibles errores mantienen una distribución homogénea en el tiempo.

## **2.1 Mortalidad perinatal**

Es un indicador que mide la mortalidad del feto y recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida. Refleja la atención previa al parto, en el parto y en los primeros días de vida, y por tanto es un indicador de primera mano del funcionamiento del área materno-infantil. Además, está influido por los patrones de salud materna, hábitos de vida saludable, y alimentación de la madre. Por eso se ha seleccionado como indicador relevante para medir el desempeño global del sistema.

## **Bloque 2: Atención hospitalaria**

### **2.1 Indicadores relativos al funcionamiento global de la organización hospitalaria**

Se han seleccionado por el grupo los siguientes indicadores

- Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama
- Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas
- Porcentaje global de reingresos
- Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalaria

#### **2.1.1. Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama**

El porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama nos da una idea del nivel de cuidado que pone la organización hospitalaria en el bienestar de la paciente con cáncer de mama. Siempre que no se perjudiquen los resultados a corto ni a largo plazo, es preferible abordar el tratamiento del cáncer de mama de una manera menos agresiva, aunque esto supone un abordaje más complejo desde el punto de vista de los medios diagnósticos y terapéuticos utilizados y desde la coordinación entre actuaciones preventivas y curativas, entre niveles asistenciales, y entre servicios clínicos dentro del hospital. Por tanto, es un indicador valioso de la minuciosidad con la que se aborda la atención, y de la organización global subyacente, así como del nivel de coordinación interna del servicio de salud.

### ***2.1.2 Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas***

El porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas nos da una idea muy importante del funcionamiento interno. (Zuckerman, Skovron, Koval, Aharonoff, & Frankel, 1995) publicaron que se producía un incremento de la mortalidad en el primer año del 15% al 21% cuando la cirugía se realiza después de 48 horas. Conseguir un aumento del porcentaje de cirugías en este plazo supone una adecuada coordinación de los servicios de urgencias con los equipos de traumatología, un buen funcionamiento de las programaciones quirúrgicas, y una dirección eficaz y proactiva del servicio de traumatología, que debe estar en coordinación con los equipos de anestesia y con el resto del bloque quirúrgico. En definitiva, se trata de un indicador que nos muestra claramente el funcionamiento adecuado o no de la organización hospitalaria.

### ***2.1.3 Porcentaje global de reingresos***

Porcentaje global de reingresos. Los pacientes que causan reiterados ingresos constituyen una importante preocupación clínica y un posible indicador de la calidad en la gestión hospitalaria. Su medición es conveniente dentro de la evaluación de la calidad asistencial y una referencia indispensable en la planificación de la oferta/demanda hospitalaria (García Ortega, Almenara Barrios, & García Ortega, 1998).

Los resultados del índice de reingresos dependen de la calidad de la asistencia prestada y de la tipología de los pacientes atendidos (edad, gravedad, patología atendida...). Por tanto, sería preferible la utilización de un índice de reingresos ajustado por casuística. No obstante, al no estar este dato disponible en las condiciones necesarias para la realización del estudio, hemos optado por incluir el indicador bruto de reingresos, que nos da una idea aproximada del cambio en el tiempo de la calidad de un servicio de salud suponiendo que los otros factores relevantes para el análisis han permanecido constantes en el tiempo

### ***2.1.4 Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias***

Desde el punto de vista operativo, se considera infección hospitalaria a todo proceso infeccioso que aparece tras 72 horas de la hospitalización y que no estaba presente o incubándose en el momento del ingreso hospitalario.

Las infecciones nosocomiales son la causa más prevenible de eventos adversos graves en pacientes hospitalizados. Ocasionan efectos muy importantes en los pacientes, deterioran la imagen de los equipos asistenciales, de los hospitales y del sistema sanitario, y causan un impacto enorme en el coste de la asistencia. (Pujol & Limón, 2013). La infección nosocomial es uno de los problemas más costosos, además de potencialmente prevenible, a los que se enfrentan las instituciones sanitarias. Entre los factores relacionados con su aparición existen algunos que son modificables y otros que no lo son, lo que condiciona que exista un mínimo irreducible de infección. Este mínimo está también condicionado por el estado actual del conocimiento de la patogenia de la infección nosocomial y del sistema inmunitario. En cualquier caso, estudios como el SENIC (Hughes, 1988) han concluido que, al menos un tercio

de las tasas de Infección Nosocomial, puede reducirse actuando tan sólo sobre factores modificables. Esta fracción prevenible está íntimamente relacionada con diversos aspectos de la calidad asistencial, especialmente con las instrumentaciones médicas. De esta forma, las tasas de infección nosocomial (globales o específicas) están consideradas universalmente como un indicador válido de resultado de la calidad de la atención sanitaria.

El paciente ingresado está expuesto a una gran cantidad de microorganismos durante la hospitalización, además de que los avances tecnológicos han incorporado nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, muchas de ellas invasivas, los cambios demográficos de la población, mayor prevalencia de patologías crónicas y de pacientes inmunosuprimidos, han hecho cada vez más compleja la atención hospitalaria y con mayores riesgos potenciales de infección hospitalaria (López Méndez, Pastrana Román, González Hernández, Álvarez Reinoso, & Rodríguez Ramos, 2013).

Para poder usar las tasas de infección como una herramienta de calidad es preciso definir métodos estándar para definir y detectar las infecciones. De la disparidad de métodos de vigilancia utilizados en los hospitales, a menudo no justificables por otra causa salvo la cultura o tradición de la vigilancia epidemiológica de cada centro, surgen precisamente los principales problemas a la hora de hacer homogéneos y comparables los datos de infección.

## 2.2 Indicadores relativos al funcionamiento de las distintas áreas del hospital

Se han seleccionado por el grupo los siguientes indicadores:

- Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas
- Tasa de cesáreas
- Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias
- Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia
- Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada
- Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía
- Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto
- Porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos

### 2.2.1 Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas.

Alexander (Alexander, 2015) llama la atención en su estudio sobre el porcentaje de histerectomías realizadas de forma innecesaria. Concluye que casi un 20% de las histerectomías que ha analizado en 53 hospitales, se realizan de manera innecesaria. El problema se agudiza en las histerectomías realizadas por problemas benignos, que afectan en mayor medida a mujeres jóvenes y en edad fértil. Un adecuado diagnóstico de la necesidad de esta intervención supondrá un menor porcentaje de mujeres menores de 35 años en el conjunto de las intervenciones. Para conseguir esto es muy importante una adecuada



coordinación entre los dispositivos de atención primaria y los servicios de ginecología, además de un buen funcionamiento de los servicios de obstetricia, al producirse algunas de estas histerectomías por complicaciones graves en el parto.

### *2.2.2. Tasa de cesáreas*

La cesárea es una de las operaciones quirúrgicas más frecuentes del mundo, con tasas que siguen subiendo, en particular en los países de ingresos medios y altos. Aunque puede salvar vidas, la cesárea a menudo se realiza sin necesidad médica, poniendo a las mujeres y a sus bebés en riesgo de problemas de salud a corto y a largo plazo (OPS, 2015). La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria.

El incremento a lo largo del tiempo del uso de la cesárea está descrito desde hace años en muchos países (Márquez-Calderón, Ruiz-Ramos, Juárez, & Librero López, 2011). En Estados Unidos se constataba que se había pasado de un 5,5% de nacimientos por cesárea en 1970 a un 22,8% en 1993, con una importante variabilidad geográfica y con mayores tasas en los hospitales privados (Porreco & Thorp, 1996). En España se ha documentado un incremento del porcentaje de nacimientos por cesárea desde un 13,6% a finales de los años setenta hasta un 25,1% en 2001-2002, ocurriendo esta tendencia en todos los grupos de edad materna excepto en las mujeres mayores de 40 años (Martínez-Frías, Bermejo, Rodríguez-Pinilla, Dequino, & del ECEMC, 2005)

Esta tendencia en el uso de la cesárea es objeto de preocupación y se considera un hecho no deseable por diversos motivos. En primer lugar, no parece que responda a cambios en factores biológicos o clínicos. Aunque algunos de estos factores pudieran explicar una parte del aumento de las cesáreas (como el aumento de la edad de la mujer en la maternidad o el mayor porcentaje de partos múltiples con fetos de bajo peso, por el uso de la fertilización in vitro) sería una parte pequeña. En segundo lugar, la variabilidad geográfica y entre hospitales, así como la influencia de factores no clínicos -como la titularidad de la clínica donde ocurre el nacimiento, pública o privada- ponen de manifiesto que pueden existir explicaciones relacionadas con la discrecionalidad de la práctica clínica y las propias preferencias de las mujeres (Márquez-Calderón et al., 2011)

Por tanto, es relevante y así lo ha considerado el grupo de trabajo la selección de la tasa de cesáreas como un indicador que forma parte del indicador sintético de calidad. No obstante, habría que decir que el aumento del número de cesáreas es parte de un fenómeno mundial, y no un hecho aislado en Castilla-La Mancha, ni menos el producto de las políticas desarrolladas en el marco de los últimos años. Sí podría ser significativo el mayor o menor aumento de la tasa de cesáreas respecto a otras comunidades autónomas. También habría que decir que hay un suelo en la disminución deseable del índice de cesáreas, y que no hay consenso a nivel científico de dónde se situaría la tasa 'ideal' de cesáreas.

### ***2.2.3 Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias***

La incidencia de las caídas en la población anciana es mucho mayor que en el resto de la población (González Sánchez, Rodríguez Fernández, Ferro Alfonso, & García Milián, 1999). Asociamos este indicador a las caídas graves de pacientes frágiles en el hospital. Supone un indicador muy importante de calidad en la atención enfermera. Podría haberse visto afectado si la reducción de plantillas realizada en estos últimos años hubiera supuesto una menor atención en cuidados al paciente hospitalizado. Por este motivo se ha incluido como indicador dentro del indicador sintético de calidad

### ***2.2.4 Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia***

Se introduce como un indicador de formación y de utilización de técnicas quirúrgicas menos invasivas y agresivas al paciente. En las evaluaciones realizadas (Barkun, Barkun, & Al, 1992), la utilización de la laparoscopia frente a la cirugía tradicional suponía menores estancias medias de los pacientes, menores tiempos de convalecencia, con un tiempo de retorno a la vida diaria de 1,77 veces mayor en la cirugía tradicional. Los pacientes de cirugía laparoscópica mejoraron más rápido y con mejores indicadores de calidad de vida.

En nuestro estudio, tratamos de discriminar si la utilización de estas técnicas se ha podido ver afectada por la existencia de mayores restricciones económicas, que podrían haber dificultado la actividad formativa de los nuevos médicos para desarrollar su curva de aprendizaje en estas técnicas.

### ***2.2.5 Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada***

La existencia de reingresos urgentes tras cirugía va asociada a la aparición de complicaciones no deseadas. Se trata de un indicador importante seleccionado por el grupo de expertos como un exponente de la calidad de la cirugía realizada, dando como constantes en el tiempo factores clave como la complejidad de las intervenciones o la edad media de los pacientes atendidos.

### ***2.2.6 Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía***

La neumonía asociada a ventilación mecánica es uno de los principales indicadores de calidad en una unidad de cuidados intensivos. El mayor problema añadido a estas enfermedades es la aparición de resistencia a los antibióticos de uso común. Esta resistencia es debida principalmente a la abusiva, y en ocasiones inadecuada, utilización de los antibióticos (Olaechea, Insausti, Blanco, & Luque, 2010). Resulta por tanto importante monitorizar como indicador de desempeño global y también sectorial de intensivos cuál es la evolución de este tipo de enfermedades de origen hospitalario.

### ***2.2.7 Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto***

Las cardiopatías suponen, en España y la mayoría de los países desarrollados, una importante carga asistencial, pues motivan el 22% de la mortalidad total y son la causa más frecuente de morbilidad hospitalaria (Bertomeu et al., 2013). Las mejoras en su tratamiento han contribuido al aumento de la esperanza de vida, con un retorno coste-efectivo de la inversión realizada. Estos logros se deben en gran parte a los nuevos tratamientos y estrategias de actuación y las buenas prácticas de gestión clínica.

A diferencia del esfuerzo dedicado a investigar la eficacia de la innovación tecnológica, la relevancia que la organización y la gestión de los servicios clínicos tienen para su efectividad ha merecido menos atención. Sin embargo, el estudio de los resultados en servicios sanitarios está adquiriendo mayor interés, especialmente la provisión de servicios cardiológicos.

La existencia de una tasa baja de mortalidad intrahospitalaria por infarto es un reto colectivo de toda la organización sanitaria. Supone la adopción de prácticas de vida saludable extendidas a toda la población, también el funcionamiento adecuado de los sistemas de transporte sanitario, para traer al paciente hasta una unidad de hemodinámica dentro de los umbrales recomendados por la evidencia. Se necesita también un buen y coordinado desempeño de cardiólogos e intensivistas en el manejo posterior del paciente. También cirujanos cardíacos y anestesiólogos si es necesaria una intervención quirúrgica.

### ***2.2.8 Porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos***

El reingreso del paciente puede considerarse como un resultado adverso y, por tanto, posiblemente como un exponente de mala calidad, y su estudio como una buena oportunidad de mejora (Garrido & Antonio, 2013). El grupo de expertos ha seleccionado este indicador como un indicador representativo del funcionamiento de los servicios de salud mental. Actuar sobre los reingresos urgentes psiquiátricos supone fortalecer una red de salud mental con dispositivos a todos los niveles asistenciales, bien coordinada y con un adecuado seguimiento de los pacientes susceptibles de reagudización.

## **Bloque 3. Indicadores de atención primaria**

### ***3.1 Ingresos hospitalarios innecesarios***

La atención primaria es una parte fundamental de nuestro sistema sanitario. Midiendo aquellas hospitalizaciones que podrían ser evitadas con un funcionamiento apropiado de los dispositivos de atención primaria, disponemos de un indicador muy importante del funcionamiento de la atención primaria en un servicio de salud (Gibson, Segal, & McDermott, 2013)

La OCDE, en su marco de Indicadores de Calidad en la Atención Sanitaria para Atención Primaria (OCDE, 2015a), selecciona indicadores de ingresos hospitalarios inadecuados junto con indicadores de inmunización de la población como los dos componentes esenciales para medir la calidad en este nivel asistencial.

En un estudio realizado en el país vasco (Orueta, García-Alvarez, Grandes, & Nuño-Solinís, 2015) para analizar las estancias evitables por una mejor actuación de atención primaria, se obtiene como conclusión que las estancias evitables se concentran en dos grupos de edad: los más jóvenes y los más mayores. Aparecen más en grupos de pacientes con problemas psicosociales. Los ratios de admisión son más bajos en los pacientes con más recursos económicos. El riesgo de estancias evitables es mayor en los pacientes vistos por médicos que tienen valores por encima de lo esperado en número de visitas y en costes de prescripción, así como en aquellos con un número más bajo de referencias a especialistas.

Estrategias para reducir las estancias evitables (Freund et al., 2013), son:

- Seguimientos específicos en horarios no habituales. Atención a domicilio
- Uso óptimo de los recursos de atención ambulatoria
- Monitorización intensiva de los pacientes de alto riesgo
- Mejorar la propensión de los pacientes para pedir ayuda a tiempo
- Mejorar la adherencia a los tratamientos

Los indicadores seleccionados para medir ingresos hospitalarios innecesarios coinciden con los descritos en la literatura, dentro de los disponibles en serie temporal y con desglose por comunidades autónomas. Son los siguientes:

- Ingresos por asma
- Ingresos por EPOC
- Ingresos por diabetes
- Hospitalización por enfermedades cerebrovasculares
- Hospitalización por insuficiencia cardíaca
- Hospitalización hipertensión

Como indicador igualmente relevante del desempeño de atención primaria que evita actuaciones más agresivas con el paciente, se ha seleccionado por el grupo el indicador:

Tasa de amputaciones de miembro inferior en pacientes diabéticos

El número de amputaciones en los pacientes diabéticos es un importante indicador de la calidad de cuidados en la diabetes. Su número puede reducirse mediante la atención multidisciplinar en unidades especializadas, pero su complejidad exige una adecuada coordinación entre niveles asistenciales así como disponer de material e instrumental adecuados y de un completo equipo de especialistas (Fernández Torrico & Exposito Tirado, 2013). Nuestro grupo de expertos ha seleccionado por este motivo este indicador como relevante para evaluar la calidad asistencial en atención primaria.

### 3.2 Indicadores de prescripción farmacéutica

En el funcionamiento de atención primaria es fundamental que se realice una prescripción adecuada de medicamentos

La resistencia a los antibióticos es un problema importante para la salud pública a nivel mundial. El uso inadecuado de antibióticos es la causa más importante del desarrollo de resistencias bacterianas en Europa existiendo una clara correlación entre el uso de antibióticos y la prevalencia de cepas resistentes (Serna et al., 2011). Las tasas más elevadas de consumo de antibióticos de uso sistémico se dan en Atención Primaria especialmente para el tratamiento de diversas infecciones del tracto respiratorio.

En estudios realizados sobre prescripción ambulatoria de antibióticos (Álvarez Carrera et al., 2002), los antibióticos más frecuentemente prescritos fueron: la amoxicilina asociada a ácido clavulánico en las otitis (34%), sinusitis (37%) y amigdalitis (44%) de los adultos; los macrólidos en las reagudizaciones de la EPOC (40%) y en las amigdalitis pediátricas (33%); las quinolonas en las infecciones urinarias (56%) y el cefaclor en las otitis pediátricas (20%).

Dentro del seguimiento de la adecuada prescripción de antibióticos, un indicador complementario es la proporción de quinolonas y cefalosporinas en el conjunto del consumo de antibióticos, al estar asociadas estas sustancias a un uso inadecuado mayor. El porcentaje de uso de medicamentos de primer nivel frente a los de segundo nivel es un indicador importante de la calidad en la prescripción en atención primaria (Gómez Juanes et al., 2000)

Los indicadores seleccionados para el seguimiento de la calidad de prescripción en atención primaria son:

- Prescripción de antibióticos en DHD
- Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al total de antibióticos

### 3.3: Indicadores relativos a cobertura en vacunas

El grupo ha valorado igualmente la necesidad de introducir indicadores de prevención dentro del desempeño de atención primaria. A partir de los datos disponibles, ha seleccionado los siguientes indicadores para incluir en el indicador sintético:

- Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años)
- Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años)
- Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe (\*2002)
- Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años)
- Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años) (\*2003)

## 17. Imputación de datos que faltan en las series disponibles

Aunque los criterios de inclusión de los indicadores han sido muy selectivos y exigentes con la disponibilidad de datos desglosados, se han producido algunas carencias puntuales en la disponibilidad de datos, especialmente respecto a algún año concreto utilizado en los análisis.

Siguiendo a (Fichman & Cummings, 2003), una manera muy adecuada de solucionar los problemas de imputación de datos está en el criterio del investigador primario. Dependiendo de las características de la fuente primaria, así como de los objetivos del análisis en curso, el investigador ha de estar capacitado para completar las lagunas de información encontradas con información complementaria y estimar los datos que faltan. Las imputaciones realizadas en el presente capítulo son las siguientes:

#### **Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100 000 hab**

El indicador según la fuente (INCLASNS), alcanza solo en serie temporal hasta el año 2012. Dado que el indicador sintético recoge el dato 2013, se ha procedido a reconstruir la información faltante.

A partir de los datos del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015a) ficha técnica del indicador, se ha reconstruido el mismo:

- Estadística Mortalidad por Causa de Muerte
- Extracción de las defunciones por (CIE), 10ª revisión: C 00 - C 97, personas menores de 75 años
- Extracción de la población menor de 75 años por CCAA
- Cálculo del indicador

Al extraer el indicador, se observa que los valores obtenidos son parecidos pero no idénticos con los recogidos en INCLASNS, aunque la variación del indicador calculado año a año si es muy similar al original.

Por tanto, para calcular los datos 2013, se calcula en el indicador reconstruido la tasa de variación 2012/2013 para cada CCAA. Posteriormente, se aplica esta tasa de variación a los datos originales, con lo que se obtiene una estimación consistente para 2013.

#### **Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100 000 hab.**

El indicador según la fuente (INCLASNS), alcanza solo en serie temporal hasta el año 2012. Dado que el indicador sintético recoge el dato 2013, se ha procedido a reconstruir la información faltante.

A partir de los datos del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015a) ficha técnica del indicador, se ha reconstruido el mismo:

- Estadística Mortalidad por Causa de Muerte

- Extracción de las defunciones por (CIE), 10ª revisión: I 20 - I 25, personas menores de 75 años
- Extracción de la población menor de 75 años por CCAA
- Cálculo del indicador

Al extraer el indicador, se observa que los valores obtenidos son parecidos pero ni idénticos con los recogidos en INCLASNS, aunque la variación del indicador calculado año a año si es muy similar al original.

Por tanto, para calcular los datos 2013, se calcula en el indicador reconstruido la tasa de variación 2012/2013 para cada CCAA. Posteriormente, se aplica esta tasa de variación a los datos originales, con lo que se obtiene una estimación consistente para 2013.

#### **Tasa de mortalidad prematura por Diabetes mellitus, ajustada por edad, por 100 000 hab.**

El indicador según la fuente (INCLASNS), alcanza solo en serie temporal hasta el año 2012. Dado que el indicador sintético recoge el dato 2013, se ha procedido a reconstruir la información faltante.

A partir de los datos del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015a) ficha técnica del indicador, se ha reconstruido el mismo:

- Estadística Mortalidad por Causa de Muerte
- Extracción de las defunciones (CIE), 10ª revisión: E 10- E 14, personas menores de 75 años
- Extracción de la población menor de 75 años por CCAA
- Cálculo del indicador

Al extraer el indicador, se observa que los valores obtenidos son parecidos pero ni idénticos con los recogidos en INCLASNS, aunque la variación del indicador calculado año a año si es muy similar al original.

Por tanto, para calcular los datos 2013, se calcula en el indicador reconstruido la tasa de variación 2012/2013 para cada CCAA. Posteriormente, se aplica esta tasa de variación a los datos originales, con lo que se obtiene una estimación consistente para 2013.

#### **Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100 000 hab.**

El indicador según la fuente (INCLASNS), alcanza solo en serie temporal hasta el año 2012. Dado que el indicador sintético recoge el dato 2013, se ha procedido a reconstruir la información faltante.

A partir de los datos del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015a) ficha técnica del indicador, se ha reconstruido el mismo:

- Estadística Mortalidad por Causa de Muerte
- Extracción de las defunciones (CIE), 10ª revisión: I 60 a I 69, personas menores de 75 años
- Extracción de la población menor de 75 años por CCAA
- Cálculo del indicador

Al extraer el indicador, se observa que los valores obtenidos son parecidos pero ni idénticos con los recogidos en INCLASNS, aunque la variación del indicador calculado año a año si es muy similar al original.

Por tanto, para calcular los datos 2013, se calcula en el indicador reconstruido la tasa de variación 2012/2013 para cada CCAA. Posteriormente, se aplica esta tasa de variación a los datos originales, con lo que se obtiene una estimación consistente para 2013.

#### **Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100 000 hab.**

El indicador según la fuente (INCLASNS), alcanza solo en serie temporal hasta el año 2012. Dado que el indicador sintético recoge el dato 2013, se ha procedido a reconstruir la información faltante.

A partir de los datos del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015a) ficha técnica del indicador, se ha reconstruido el mismo:

- Estadística Mortalidad por Causa de Muerte
- Extracción de las defunciones (CIE), 10ª revisión: J40-J47, personas menores de 75 años
- Extracción de la población menor de 75 años por CCAA
- Cálculo del indicador

Al extraer el indicador, se observa que los valores obtenidos son parecidos pero ni idénticos con los recogidos en INCLASNS, aunque la variación del indicador calculado año a año si es muy similar al original.

Por tanto, para calcular los datos 2013, se calcula en el indicador reconstruido la tasa de variación 2012/2013 para cada CCAA. Posteriormente, se aplica esta tasa de variación a los datos originales, con lo que se obtiene una estimación consistente para 2013.



### Valores puntuales perdidos en las series

Se han sustituido por el valor del año inmediatamente posterior, dejando marcada la referencia de la sustitución en los datos.

## 18. Normalización y estandarización

Los valores relativos de cada variable pueden sesgar el conjunto del resultado del indicador sintético. Es necesario estandarizar sus valores para evitar que variables con números muy grandes o con mayor volatilidad absorban la mayor parte del peso del índice, al margen de la relevancia relativa que pueden tener estas variaciones. Es necesario normalizar los valores. No obstante, es necesario interpretar igualmente lo que significan los valores normalizados de los indicadores

Siguiendo a Freudenberg (Freudenberg, 2003), podemos utilizar diversas técnicas para estandarizar o normalizar variables. Algunos de los métodos más comunes son los siguientes:

1. Estandarización, o z-score, que impone una distribución normal estándar con media cero. En este caso, los valores positivos indican rendimiento por encima de la media.

$$\frac{\text{valor actual} - \text{media}}{\text{desviación estándar}}$$

El hecho de que la media sea cero, nos asegura que evitamos distorsiones causadas por las diferencias entre las medias de cada indicador (Tarantola, 2002). Nos permite aislar el efecto de indicadores con valores extremos, aunque suaviza mucho los comportamientos excepcionales (Nardo et al., 2005)

2. Distancia del mejor resultado, que asigna el valor 1 a la distancia mayor y el 0 a la menor

$$\frac{\text{valor actual} - \text{mínimo}}{\text{máximo} - \text{mínimo}}$$

3. Distancia al mejor, que asigna 1 a la comunidad que mejor desempeño tiene en el indicador y el resto de regiones están ordenadas como porcentajes de acercamiento al líder

$$\frac{\text{valor actual}}{\text{máximo}}$$

4. Distancia desde la media, que da valor 1 a la media, y asigna puntos en función de la distancia a la media.

$$\frac{\text{valor actual}}{\text{media}}$$

5. Escala categórica, que asigna un marcador a cada variable en función de la posición relativa ocupada por una comunidad autónoma
6. Porcentaje de diferencias entre años consecutivos (Oecd, 2008), que representa el porcentaje de variación de un determinado indicador en lugar del valor absoluto del mismo

En el trabajo hemos elegido para la confección del indicador tres métodos de normalización:

1.- Porcentaje de diferencias entre años consecutivos. Aporta una visión clara del cambio producido entre el inicio de las actuaciones de los servicios de salud para afrontar la crisis económica (2010) y los datos más recientes disponibles (2013). A lo largo del trabajo le llamaremos normalización 0.

2.- Estandarización, que nos permite eliminar comportamientos extremos en algunos indicadores. Nos indica cómo nos situamos respecto a la media y a qué distancia en desviaciones estándar se coloca cada comunidad dentro de un indicador y un año. A lo largo del trabajo le llamaremos normalización 1.

$$\frac{\text{valor actual} - \text{media}}{\text{desviación estándar}}$$

Ecuación 1: Normalización 1

3.- Distancia al mejor y al peor resultado. Nos analiza cómo ha variado durante la crisis la posición relativa de Castilla-La Mancha respecto a la distancia existente frente al mejor resultado. A lo largo del trabajo le llamaremos normalización 2.

$$\frac{\text{valor actual} - \text{mínimo}}{\text{máximo} - \text{mínimo}}$$

Ecuación 2: Normalización 2a

En el caso de los indicadores en el que el mínimo es el mejor valor (la mayoría en este trabajo) el indicador se normaliza de la siguiente manera:

$$\frac{\text{valor actual} - \text{máximo}}{\text{mínimo} - \text{máximo}}$$

Ecuación 3: Normalización 2b

Los tres indicadores son complementarios, y los analizaremos de forma conjunta, para maximizar la información que nos proporciona el indicador sintético, junto con la tendencia bruta sin normalizar de cada indicador.

## 19. Análisis de los resultados en cada indicador individual

Se trata de una fase importantísima del análisis, al analizar uno a uno los indicadores de calidad seleccionado, y poner los resultados y la evolución en comparación con el entorno europeo si hay datos disponibles, así como con el conjunto de España y con el resto de comunidades autónomas. Hemos colocado los resultados como Anexo II, dado que la extensión de los mismos nos podía hacer perder la continuidad global del trabajo, pero es muy recomendable su lectura. Destacar como aspectos más significativos el mantenimiento de las tendencias globales en la reducción de las mortalidades prematuras, que van disminuyendo globalmente al igual que lo hace en el conjunto de los países de nuestro entorno. No se observan cambios significativos en las mortalidades en los años del ajuste del gasto.

En indicadores hospitalarios, llama la atención la mejora en el porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama, que a priori podría ser considerado un indicador muy sensible a la reducción del gasto hospitalario, dado que se necesitan equipos complejos y tecnología actualizada para abordar programas de este tipo. Este indicador nos da una idea de que las reducciones en el gasto fueron muy selectivas para no afectar a programas asistenciales importantes, y del buen comportamiento durante la crisis de los profesionales asistenciales.

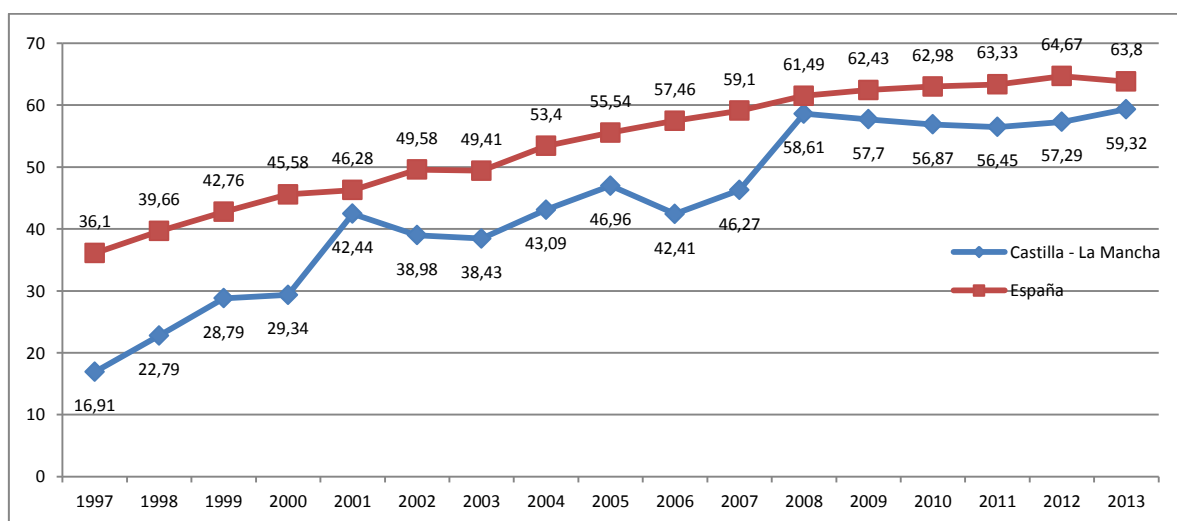


**Ilustración 206: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Otro resultado llamativo es el del porcentaje de pacientes intervenidos de prótesis de cadera en las primeras 48 horas. Se trata de otro indicador muy significativo respecto a la organización hospitalaria. En este vemos reflejado el impacto en 2012 de las medidas que afectan inicialmente a la actividad, y como el indicador se recupera y mejora en 2013, manteniéndose siempre mejor que la media nacional.

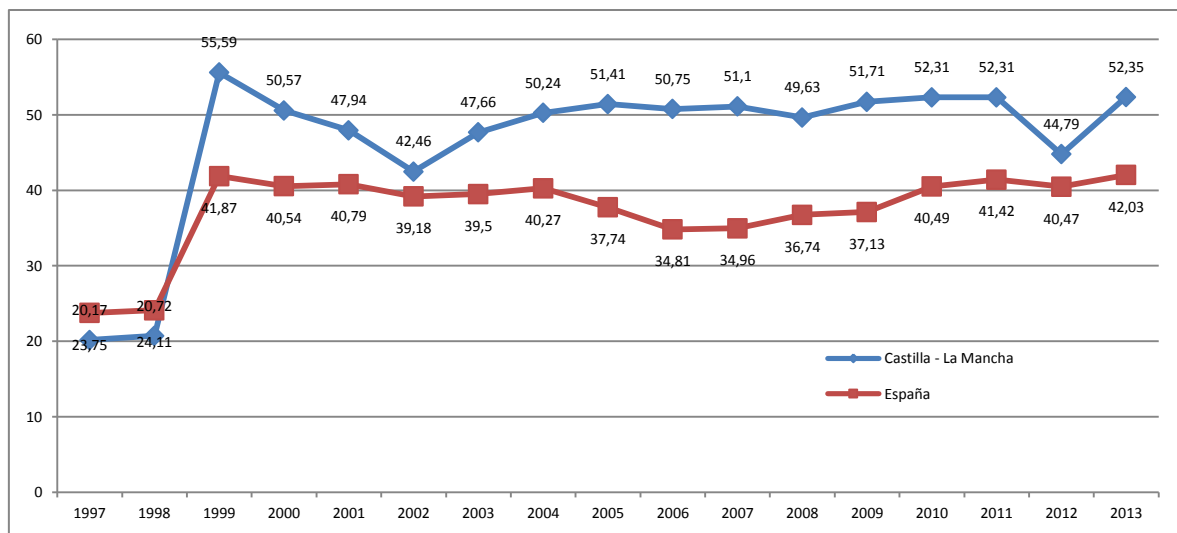


**Ilustración 207: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Destaca igualmente la reducción de la tasa de reingresos, que registra una mejora importante en el periodo 2010-13, a diferencia del conjunto de España, que aumenta:

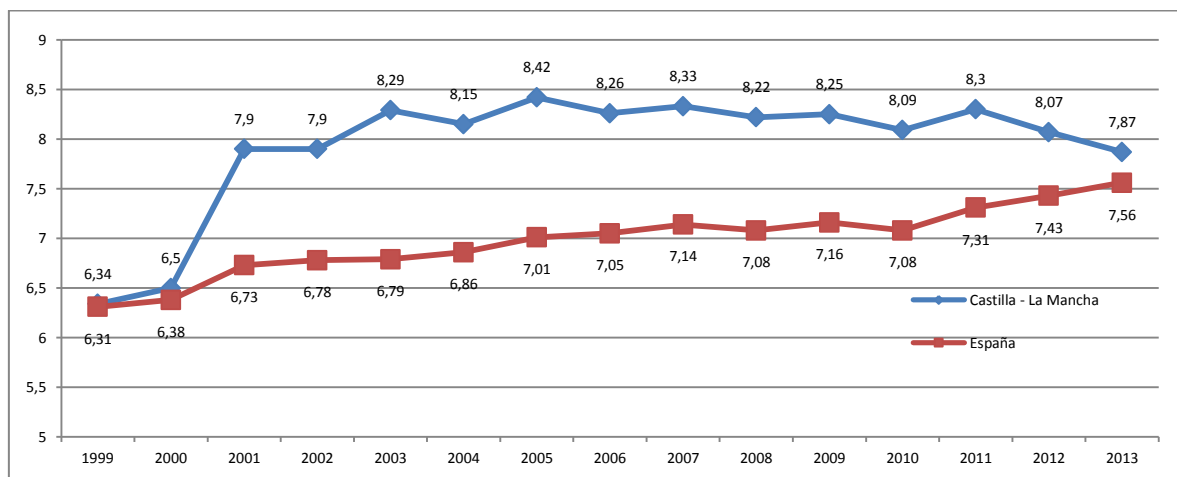


**Ilustración 208: Evolución de la tasa de reingresos en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en julio 2015**

La infección nosocomial hace un pequeño repunte en 2013, aunque se mantiene entre los mejores valores de España y se mantiene igualmente respecto a la media de comunidades españolas

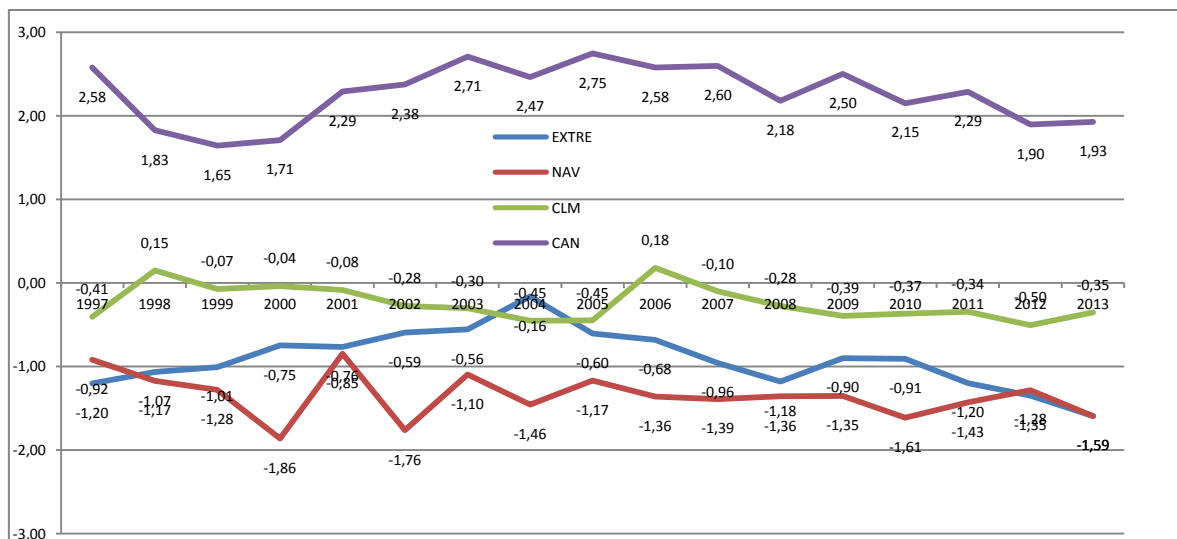


**Ilustración 209: Infección nosocomial. Comparación de Extremadura, Navarra, Cantabria y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La mortalidad intrahospitalaria postinfarto, se mantiene igualmente en la senda de descenso global de los últimos años y sigue de manera casi idéntica la tendencia nacional.

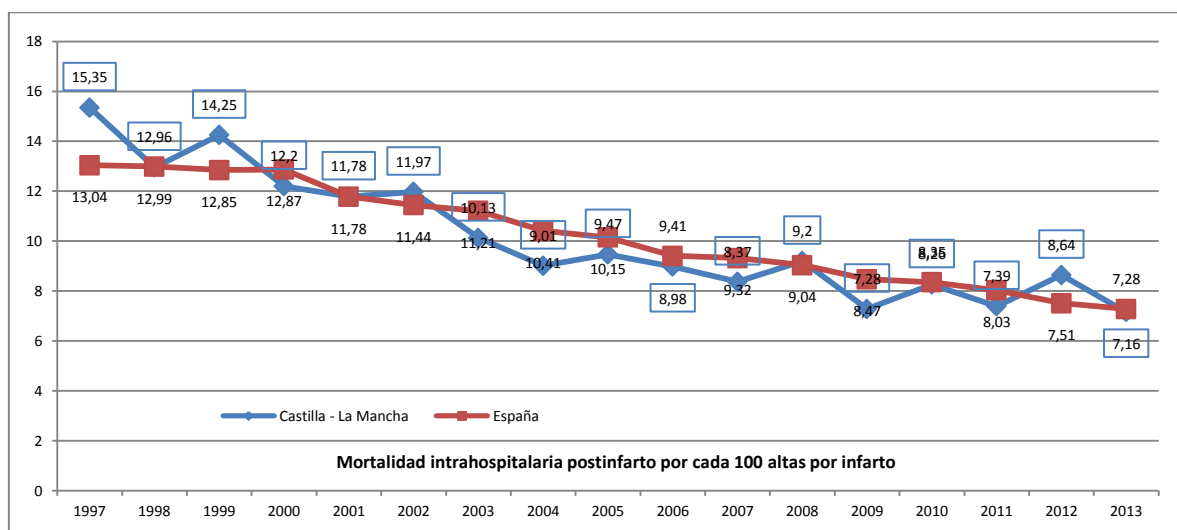


**Ilustración 210: Evolución de la mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los reingresos urgentes psiquiátricos han mejorado de forma importante en el periodo 2010-13, igualándose a la media nacional por primera vez desde 2003

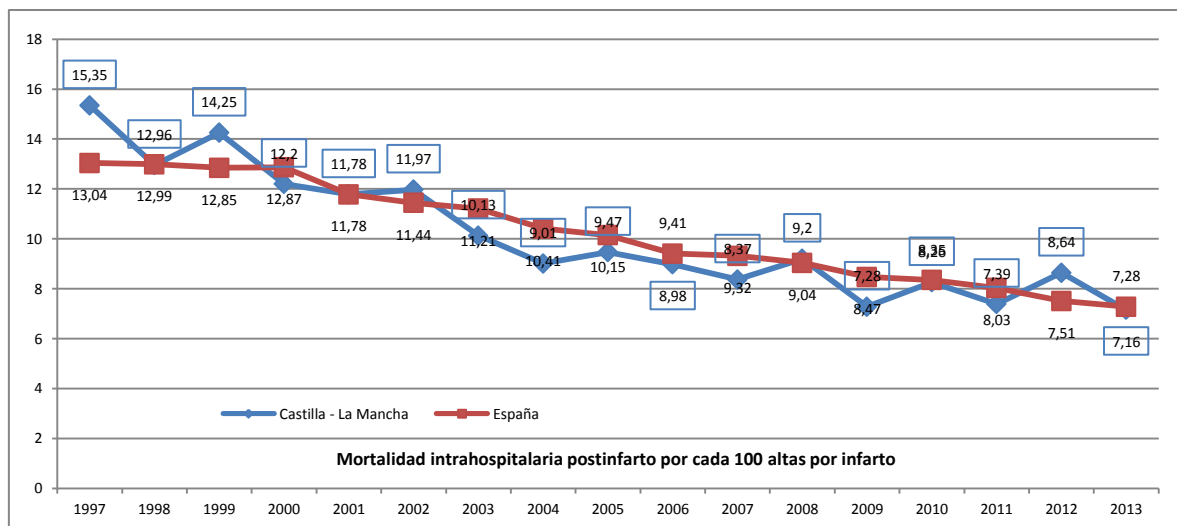


**Ilustración 211: Evolución de la mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En atención primaria, los indicadores de hospitalización inadecuada se mantienen con buenos valores en este periodo. Destacar la evolución de la hospitalización por diabetes mellitus, con una reducción de 4,49 a 3,70 ingresos por cada 10.000 habitantes, lo que nos indica claramente un excelente desempeño de los profesionales de atención primaria en el seguimiento de una enfermedad crónica como esta.

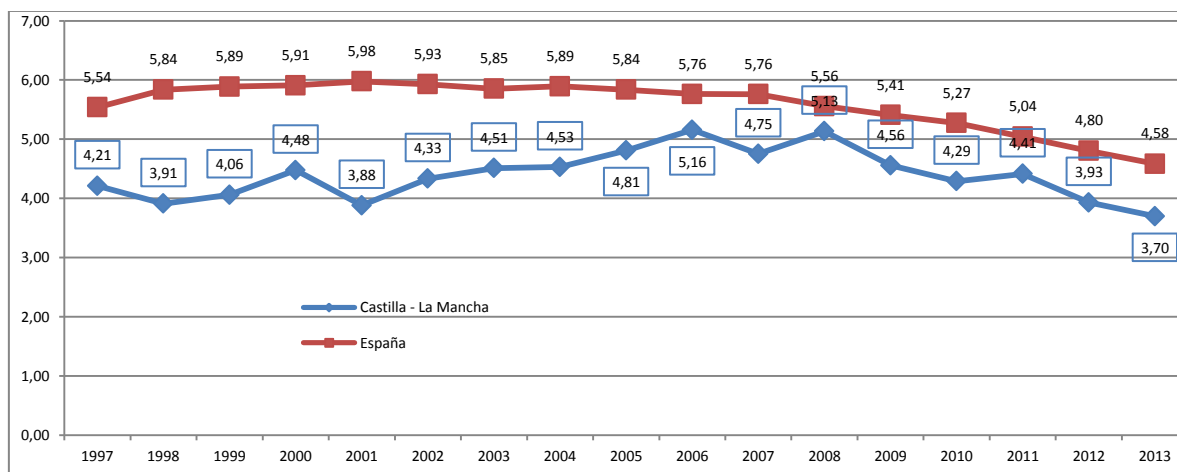


**Ilustración 212: Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015**

En este mismo capítulo de hospitalización inadecuada, se observa un repunte de la hospitalización por hipertensión, en los dos últimos años:

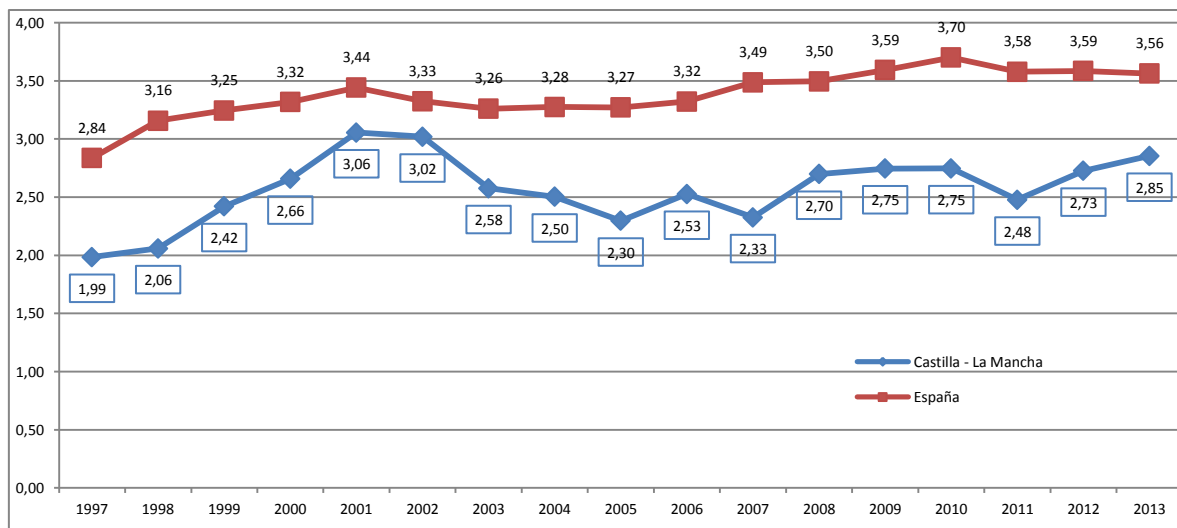


**Ilustración 213: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

Para el cálculo del indicador sintético prescindiremos de los dos indicadores de uso adecuado de antibióticos al no existir datos publicados de otras comunidades en el periodo analizado, pero sí podemos ver que la evolución en Castilla-La Mancha del consumo de antibióticos respecto al total nacional es mejor en el periodo analizado, lo que nos indica que de haberse podido mantener este indicador, el indicador sintético habría sido todavía mejor relativamente para esta región.

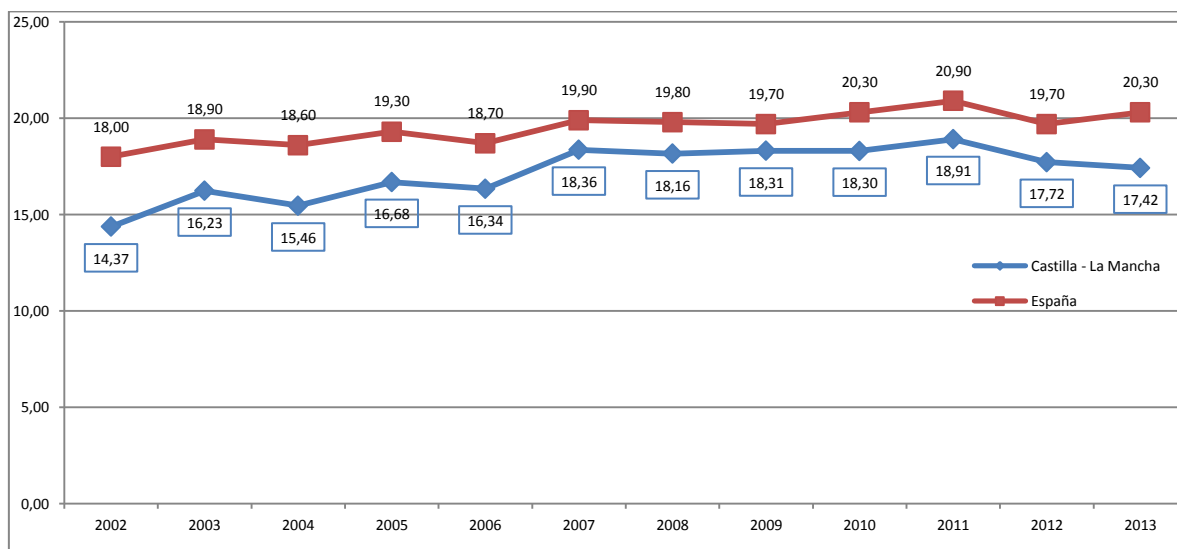


**Ilustración 214: Prescripción de antibióticos en DHD en España y Castilla-La Mancha. Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net) y Servicio de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Extraído en agosto 2015**

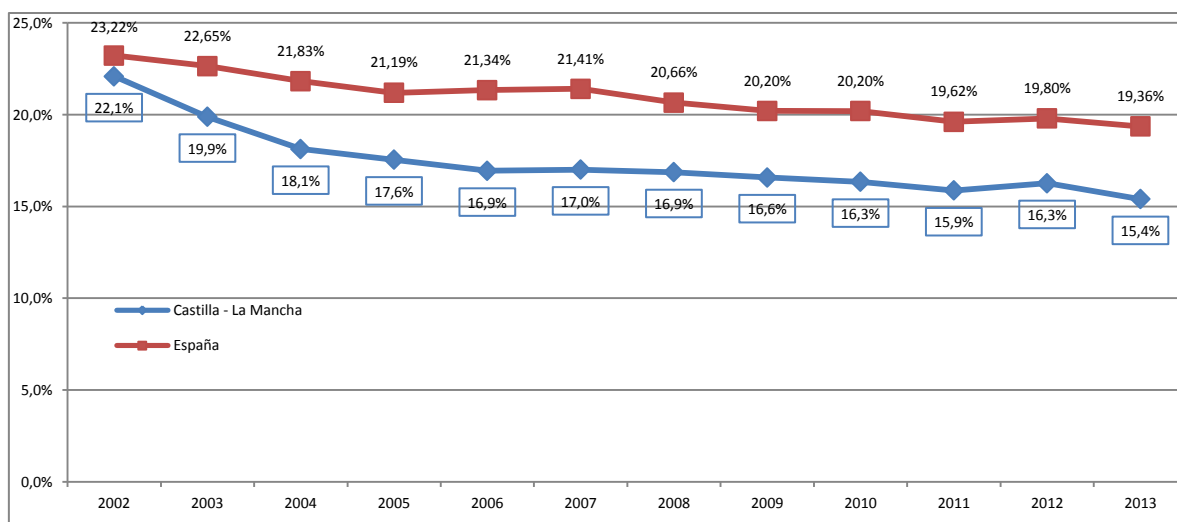


**Ilustración 215: Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al consumo total de antibióticos en Castilla-La Mancha y el conjunto de España.** Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net) y Servicio de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Extraído en agosto 2015

También en la proporción de cefalosporinas y quinolonas en el consumo total de antibióticos la evolución es mejor en Castilla-La Mancha que en el global, por lo que de no haberse tenido que excluir del indicador sintético, este habría dado mejor resultado para esta región.

En los indicadores de inmunización los datos son buenos, y sólo destacar el indicador de vacunación de gripe a mayores de 65 años, que evoluciona igual a la media nacional, aunque no se han incluido los datos 2014 que sólo están actualmente disponibles para Castilla-La Mancha, en los que mejora sustancialmente la cobertura.

En definitiva, estos son los rasgos más significativos de la evolución individual de los componentes del indicador sintético, aunque recomendamos encarecidamente la lectura del anexo II, donde se analizan todos los indicadores con mucho mayor detalle.

## 20.- Resultados del indicador sintético de calidad asistencial

Vamos, en primer lugar, a analizar la situación global en términos de calidad asistencial de las distintas CCAA en 2013. Para ello vamos a utilizar los valores de los indicadores seleccionados por el grupo de expertos

### 20.1 Análisis estadístico del indicador sintético



Vamos a analizar estadísticamente el indicador sintético. Para ello, agruparemos los datos como datos de panel, con lo que a cada comunidad autónoma y año le asignaremos un registro. Utilizaremos los datos estandarizados, esto es, los datos normalizados según la normalización 1.

Para medir la fiabilidad de la escala de medida, utilizaremos el Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), que trata de encontrar la estructura interna oculta que debe sintetizar un cuestionario o un indicador, buscando las correlaciones entre las variables del indicador.

**Tabla 36: Alfa de Cronbach del indicador sintético**

| Estadísticos de fiabilidad |                                                            |                |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach           | Alfa de Cronbach<br>basada en los<br>elementos tipificados | N de elementos |
| ,590                       | ,590                                                       | 31             |

Para el caso que nos ocupa, hemos de tener en cuenta que estamos midiendo una magnitud muy Heterogénea, como es la calidad asistencial, que como recordamos en otros capítulos, tiene un carácter multidimensional (Donabedian, 1988), por lo que no es de esperar una alta correlación entre dimensiones que ya se consideran como muy distintas a priori desde el punto de vista teórico. Por tanto, la expectativa de una alta correlación entre los indicadores es baja. Podemos por tanto considerar el valor del alfa como aceptable.

**Tabla 37: Estadísticos de los elementos del indicador sintético**

| Estadísticos de los elementos |          |                   |     |
|-------------------------------|----------|-------------------|-----|
|                               | Media    | Desviación típica | N   |
| MORAJUST                      | ,000000  | ,9725291          | 204 |
| MORCANCER                     | ,000000  | ,9725291          | 204 |
| MORCARISQ                     | ,000000  | ,9725291          | 204 |
| MORDIAB                       | ,000000  | ,9725291          | 204 |
| MORACV                        | ,000038  | ,9680161          | 204 |
| MORRESPINF                    | ,000000  | ,9725291          | 204 |
| MORPERIN                      | ,000000  | ,9725291          | 204 |
| CIRCONMAMA                    | ,000000  | ,9725291          | 204 |
| CAD48H                        | ,029325  | ,9819619          | 204 |
| REINGRE                       | ,000000  | ,9725291          | 204 |
| NOSOCOM                       | -,000159 | ,9726732          | 204 |
| HISTERMEN35                   | -,010161 | ,9807891          | 204 |
| CESAREAS                      | -,000093 | ,9727473          | 204 |
| CADINGRESAD                   | ,000000  | ,9725291          | 204 |
| COLELAPAR                     | ,000000  | ,9725291          | 204 |
| REINGCIRPR                    | -,003530 | ,9689721          | 204 |

|             |          |          |     |
|-------------|----------|----------|-----|
| MORINTRANEU | ,000926  | ,9740847 | 204 |
| MORINTRAINF | ,001916  | ,9717169 | 204 |
| REINGRPSIQ  | ,000000  | ,9725291 | 204 |
| HOSPASMA    | ,000000  | ,9725291 | 204 |
| HOSPEPOC    | -,000180 | ,9718889 | 204 |
| HOSPDIAB    | ,000000  | ,9725291 | 204 |
| HOSPCERVASC | ,000000  | ,9725291 | 204 |
| HOSPINSCAR  | -,000490 | ,9723517 | 204 |
| HOSPHIPERT  | ,000490  | ,9738197 | 204 |
| AMPINFDIAB  | ,000000  | ,9725291 | 204 |
| COBPOLIO1   | ,006930  | ,9960188 | 204 |
| COBPOLIO2   | ,020936  | ,9929961 | 204 |
| GRIPE65     | ,000000  | ,9725291 | 204 |
| TRIPLE1     | ,000000  | ,9725291 | 204 |
| TRIPLE2     | ,001167  | ,9744906 | 204 |

En la Tabla 37 podemos ver los estadísticos descriptivos de los indicadores normalizados. La media es cero y la desviación estándar 1, al estar estandarizados. Los valores cambian marginalmente por la existencia de datos ausentes en algunos casos y por simple redondeo.

En la Tabla 38 vemos los estadísticos relativos a los elementos del indicador. Las variables que más subirían el valor del alfa si se eliminaran son:

- El porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama, que mide claramente una dimensión distinta, como es la introducción de técnicas novedosas orientadas al bienestar del paciente y de alto coste
- El índice de reingresos y la infección nosocomial, que son indicadores de calidad básicos en un hospital
- La tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados, también muy específica, que mide la calidad de la enfermería de hospitalización

**Tabla 38: Estadísticos total-elemento**

|           | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si se elimina el elemento | Correlación elemento-total corregida | Correlación múltiple al cuadrado | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
|-----------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|
| MORAJUST  | ,047116                                      | 56,828                                          | ,735                                 | .                                | ,516                                       |
| MORCANCER | ,047116                                      | 63,085                                          | ,293                                 | .                                | ,567                                       |
| MORCARISQ | ,047116                                      | 58,074                                          | ,643                                 | .                                | ,527                                       |
| MORDIAB   | ,047116                                      | 63,266                                          | ,281                                 | .                                | ,569                                       |

|             |         |        |       |   |      |
|-------------|---------|--------|-------|---|------|
| MORACV      | ,047077 | 60,492 | ,473  | . | ,547 |
| MORRESPINF  | ,047116 | 59,248 | ,558  | . | ,537 |
| MORPERIN    | ,047116 | 62,415 | ,338  | . | ,562 |
| CIRCONMAMA  | ,047116 | 73,870 | -,375 | . | ,636 |
| CAD48H      | ,017791 | 63,799 | ,242  | . | ,573 |
| REINGRE     | ,047116 | 72,315 | -,285 | . | ,627 |
| NOSOCOM     | ,047274 | 73,325 | -,343 | . | ,633 |
| HISTERMEN35 | ,057276 | 64,553 | ,193  | . | ,578 |
| CESAREAS    | ,047209 | 67,042 | ,035  | . | ,595 |
| CADINGRESAD | ,047116 | 72,693 | -,307 | . | ,629 |
| COLELAPAR   | ,047116 | 65,658 | ,124  | . | ,586 |
| REINGCIRPR  | ,050646 | 67,161 | ,029  | . | ,596 |
| MORINTRANEU | ,046190 | 69,073 | -,091 | . | ,608 |
| MORINTRAINF | ,045199 | 64,962 | ,169  | . | ,581 |
| REINGRPSIQ  | ,047116 | 61,978 | ,368  | . | ,559 |
| HOSPASMA    | ,047116 | 66,540 | ,067  | . | ,592 |
| HOSPEPOC    | ,047295 | 69,292 | -,104 | . | ,609 |
| HOSPDIA     | ,047116 | 61,969 | ,368  | . | ,559 |
| HOSPCERVASC | ,047116 | 61,402 | ,407  | . | ,555 |
| HOSPINSCAR  | ,047606 | 65,248 | ,150  | . | ,583 |
| HOSPHIPERT  | ,046625 | 67,242 | ,023  | . | ,596 |
| AMPINFDIAB  | ,047116 | 59,524 | ,539  | . | ,539 |
| COBPOLIO1   | ,040186 | 65,810 | ,108  | . | ,587 |
| COBPOLIO2   | ,026180 | 66,436 | ,070  | . | ,592 |
| GRIPE65     | ,047116 | 64,297 | ,212  | . | ,576 |
| TRIPLE1     | ,047116 | 65,149 | ,157  | . | ,582 |
| TRIPLE2     | ,045948 | 64,716 | ,184  | . | ,579 |

Vamos a aplicar el análisis de componentes principales para ver si podemos reducir el indicador sintético a varias dimensiones genéricas.

Las comunalidades expresan la parte de cada variable que puede ser explicada por los factores comunes a todas ellas. En la tabla siguiente vemos las comunalidades, que son altas en todas las variables, salvo los pacientes ingresados con fractura de cadera, que ya vimos anteriormente que representa probablemente una dimensión diferenciada del resto

Tabla 39: Comunalidades en el análisis de componentes principales

| Comunalidades |         |            |
|---------------|---------|------------|
|               | Inicial | Extracción |
| MORAJUST      | 1,000   | ,935       |
| MORCANCER     | 1,000   | ,773       |

|             |       |      |
|-------------|-------|------|
| MORCARISQ   | 1,000 | ,880 |
| MORDIAB     | 1,000 | ,763 |
| MORACV      | 1,000 | ,793 |
| MORRESPINF  | 1,000 | ,729 |
| MORPERIN    | 1,000 | ,731 |
| CIRCONMAMA  | 1,000 | ,828 |
| CAD48H      | 1,000 | ,819 |
| REINGRE     | 1,000 | ,878 |
| NOSOCOM     | 1,000 | ,937 |
| HISTERMEN35 | 1,000 | ,664 |
| CESAREAS    | 1,000 | ,789 |
| CADINGRESAD | 1,000 | ,534 |
| COLELAPAR   | 1,000 | ,937 |
| REINGCIRPR  | 1,000 | ,717 |
| MORINTRANEU | 1,000 | ,815 |
| MORINTRAINF | 1,000 | ,784 |
| REINGRPSIQ  | 1,000 | ,791 |
| HOSPASMA    | 1,000 | ,827 |
| HOSPEPOC    | 1,000 | ,880 |
| HOSPDIAH    | 1,000 | ,704 |
| HOSPCERVASC | 1,000 | ,726 |
| HOSPINSCAR  | 1,000 | ,837 |
| HOSPHIPERT  | 1,000 | ,793 |
| AMPINFDIAB  | 1,000 | ,792 |
| COBPOLIO1   | 1,000 | ,720 |
| COBPOLIO2   | 1,000 | ,655 |
| GRIPE65     | 1,000 | ,595 |
| TRIPLE1     | 1,000 | ,695 |
| TRIPLE2     | 1,000 | ,652 |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

En la tabla siguiente vemos el resultado del análisis factorial. La primera conclusión es que se confirma el fuerte carácter multidimensional de los indicadores utilizados. Serían necesarios 16 componentes para explicar un 90% de la varianza total, y 20 para llegar a un 95%. Nos quedamos con una pretensión más modesta, y seleccionamos 10 factores, que nos explican juntos el 77,34% de la varianza total.

Tabla 40: Varianza total explicada en el análisis factorial

| Componente | Autovalores iniciales | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción | Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación |
|------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

|    | Total      | % de la<br>varianza | %<br>acumulado | Total | % de la<br>varianza | %<br>acumulado | Total | % de la<br>varianza | %<br>acumulado |
|----|------------|---------------------|----------------|-------|---------------------|----------------|-------|---------------------|----------------|
| 1  | 5,599      | 18,063              | 18,063         | 5,599 | 18,063              | 18,063         | 4,429 | 14,288              | 14,288         |
| 2  | 4,129      | 13,320              | 31,383         | 4,129 | 13,320              | 31,383         | 2,815 | 9,082               | 23,370         |
| 3  | 3,352      | 10,813              | 42,196         | 3,352 | 10,813              | 42,196         | 2,661 | 8,585               | 31,956         |
| 4  | 2,661      | 8,584               | 50,779         | 2,661 | 8,584               | 50,779         | 2,276 | 7,341               | 39,297         |
| 5  | 1,827      | 5,894               | 56,673         | 1,827 | 5,894               | 56,673         | 2,249 | 7,256               | 46,553         |
| 6  | 1,578      | 5,090               | 61,763         | 1,578 | 5,090               | 61,763         | 2,174 | 7,013               | 53,566         |
| 7  | 1,513      | 4,881               | 66,644         | 1,513 | 4,881               | 66,644         | 2,089 | 6,738               | 60,304         |
| 8  | 1,221      | 3,940               | 70,584         | 1,221 | 3,940               | 70,584         | 1,862 | 6,006               | 66,310         |
| 9  | 1,076      | 3,470               | 74,054         | 1,076 | 3,470               | 74,054         | 1,739 | 5,610               | 71,920         |
| 10 | 1,021      | 3,292               | 77,346         | 1,021 | 3,292               | 77,346         | 1,682 | 5,426               | 77,346         |
| 11 | ,874       | 2,819               | 80,165         |       |                     |                |       |                     |                |
| 12 | ,806       | 2,601               | 82,766         |       |                     |                |       |                     |                |
| 13 | ,717       | 2,312               | 85,078         |       |                     |                |       |                     |                |
| 14 | ,579       | 1,869               | 86,947         |       |                     |                |       |                     |                |
| 15 | ,549       | 1,772               | 88,719         |       |                     |                |       |                     |                |
| 16 | ,536       | 1,729               | 90,448         |       |                     |                |       |                     |                |
| 17 | ,413       | 1,333               | 91,781         |       |                     |                |       |                     |                |
| 18 | ,381       | 1,229               | 93,010         |       |                     |                |       |                     |                |
| 19 | ,348       | 1,123               | 94,133         |       |                     |                |       |                     |                |
| 20 | ,298       | ,960                | 95,093         |       |                     |                |       |                     |                |
| 21 | ,288       | ,930                | 96,023         |       |                     |                |       |                     |                |
| 22 | ,249       | ,804                | 96,827         |       |                     |                |       |                     |                |
| 23 | ,197       | ,636                | 97,463         |       |                     |                |       |                     |                |
| 24 | ,170       | ,548                | 98,011         |       |                     |                |       |                     |                |
| 25 | ,161       | ,518                | 98,529         |       |                     |                |       |                     |                |
| 26 | ,139       | ,449                | 98,978         |       |                     |                |       |                     |                |
| 27 | ,116       | ,375                | 99,353         |       |                     |                |       |                     |                |
| 28 | ,089       | ,288                | 99,641         |       |                     |                |       |                     |                |
| 29 | ,076       | ,245                | 99,886         |       |                     |                |       |                     |                |
| 30 | ,035       | ,114                | 100,000        |       |                     |                |       |                     |                |
| 31 | 3,171E-005 | ,000                | 100,000        |       |                     |                |       |                     |                |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

En la Tabla 41 tenemos la matriz de componentes en el análisis factorial, donde vemos la complejidad de cada uno de los componentes a la hora de seleccionar las variables asociadas al mismo. El primer componente parece tener un fuerte peso de los indicadores generales de mortalidad, junto con algún hospitalario, como las amputaciones de pie diabético, muy relacionado conceptualmente con la mortalidad evitable.

**Tabla 41: Matriz de componentes en el análisis factorial**

| Matriz de componentes <sup>a</sup> |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|------------------------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                    | Componente |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|                                    | 1          | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     | 8     | 9     | 10    |
| MORAJUST                           | ,860       | ,298  | -,156 | ,193  | ,136  | -,063 | ,013  | ,031  | ,098  | ,113  |
| MORCANCER                          | ,413       | -,303 | -,397 | ,407  | ,101  | ,174  | -,213 | -,048 | ,056  | ,308  |
| MORCARISQ                          | ,780       | ,369  | -,095 | ,267  | -,086 | ,156  | -,045 | ,089  | -,118 | ,032  |
| MORDIAB                            | ,342       | ,626  | -,099 | ,420  | ,137  | ,145  | ,073  | ,023  | -,131 | -,065 |
| MORACV                             | ,733       | ,124  | -,157 | -,056 | -,086 | -,202 | -,138 | -,166 | ,310  | ,145  |
| MORRESPINF                         | ,769       | ,058  | ,107  | ,005  | ,126  | -,245 | -,012 | ,189  | ,099  | ,036  |
| MORPERIN                           | ,353       | -,360 | ,303  | ,264  | ,221  | ,218  | -,043 | ,135  | ,208  | -,393 |
| CIRCONMAMA                         | -,517      | ,332  | ,015  | ,492  | ,118  | ,012  | ,004  | ,099  | ,284  | ,321  |
| CAD48H                             | ,308       | -,057 | -,071 | -,237 | -,287 | ,653  | ,276  | -,089 | -,243 | ,085  |
| REINGRE                            | -,422      | ,540  | ,010  | ,372  | ,028  | ,148  | ,262  | ,260  | ,331  | -,041 |
| NOSOCOM                            | -,321      | -,101 | -,766 | ,033  | ,396  | ,141  | ,110  | -,107 | ,054  | -,179 |
| HISTERMEN35                        | ,246       | ,620  | ,117  | -,127 | ,180  | -,152 | ,326  | -,150 | ,045  | -,059 |
| CESAREAS                           | ,246       | -,065 | -,290 | -,641 | ,032  | -,111 | ,324  | -,221 | -,079 | ,237  |
| CADINGRESAD                        | -,405      | ,053  | ,255  | ,048  | -,181 | ,184  | -,231 | ,289  | -,099 | ,294  |
| COLELAPAR                          | ,322       | ,101  | ,766  | -,033 | -,396 | -,140 | -,111 | ,107  | -,054 | ,181  |
| REINGCIRPR                         | ,302       | -,533 | ,058  | ,067  | ,188  | -,414 | -,316 | -,131 | -,100 | -,014 |
| MORINTRANEU                        | ,015       | ,290  | -,612 | -,417 | -,177 | ,317  | -,221 | ,029  | ,012  | -,025 |
| MORINTRAINF                        | ,309       | -,088 | -,260 | -,355 | -,312 | ,274  | -,197 | ,341  | ,390  | -,088 |
| REINGRPSIQ                         | ,548       | ,065  | ,028  | -,360 | ,079  | ,033  | -,341 | ,358  | -,162 | -,281 |
| HOSPASMA                           | ,170       | -,715 | -,112 | ,362  | ,202  | ,222  | -,040 | ,131  | -,182 | -,032 |
| HOSPEPOC                           | -,074      | -,764 | ,297  | -,073 | ,274  | -,005 | ,306  | ,154  | ,039  | ,061  |
| HOSPDIAB                           | ,409       | -,055 | ,515  | ,173  | -,080 | ,189  | ,407  | ,006  | ,055  | -,165 |
| HOSPCERVASC                        | ,573       | -,416 | ,240  | ,041  | -,232 | ,130  | ,101  | -,143 | ,189  | ,170  |
| HOSPINSCAR                         | ,121       | -,454 | ,114  | -,451 | ,378  | ,113  | ,329  | ,291  | ,160  | ,161  |
| HOSPHIPERT                         | ,115       | -,309 | ,217  | ,409  | -,215 | ,334  | -,087 | -,537 | ,001  | -,131 |
| AMPINFDIAB                         | ,682       | ,009  | -,390 | ,159  | ,307  | ,031  | ,080  | -,017 | -,039 | ,213  |
| COBPOLIO1                          | -,093      | ,298  | ,488  | -,270 | ,337  | ,319  | -,036 | -,118 | -,009 | ,284  |
| COBPOLIO2                          | -,102      | ,171  | ,350  | -,112 | ,518  | ,225  | -,368 | -,133 | ,087  | ,039  |
| GRIPE65                            | ,320       | ,397  | ,043  | ,135  | ,066  | -,103 | ,278  | ,189  | -,418 | -,113 |
| TRIPLE1                            | ,001       | ,343  | ,388  | -,197 | ,443  | ,230  | -,307 | -,046 | -,199 | ,050  |
| TRIPLE2                            | ,216       | ,331  | ,291  | -,357 | ,106  | ,035  | -,026 | -,314 | ,314  | -,272 |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 10 componentes extraídos

Vamos a realizar la rotación Varimax para obtener la matriz de coeficientes rotados, que representamos en la Tabla 42 adjunta

Tabla 42: Matriz de componentes rotados mediante rotación Varimax

| Matriz de componentes rotados <sup>a</sup> |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|--------------------------------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                            | Componente |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|                                            | 1          | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7     | 8     | 9     | 10    |
| MORAJUST                                   | ,921       | ,089  | ,026  | ,064  | -,076 | -,009 | ,138  | ,098  | ,201  | ,015  |
| MORCANCER                                  | ,619       | -,203 | ,078  | ,136  | -,051 | -,086 | -,482 | -,026 | -,273 | ,079  |
| MORCARISQ                                  | ,748       | ,184  | -,015 | ,124  | -,293 | ,000  | -,005 | ,169  | ,325  | ,227  |
| MORDIAB                                    | ,490       | -,067 | -,332 | ,096  | -,392 | ,137  | ,086  | -,071 | ,452  | ,097  |
| MORACV                                     | ,744       | ,164  | ,198  | -,077 | -,087 | -,116 | ,271  | ,178  | -,196 | -,052 |
| MORRESPINF                                 | ,669       | ,296  | ,195  | ,124  | ,166  | -,021 | ,140  | ,157  | ,199  | -,171 |
| MORPERIN                                   | ,161       | ,061  | ,092  | ,799  | ,185  | ,068  | -,025 | ,105  | -,013 | -,057 |
| CIRCONMAMA                                 | -,071      | -,060 | -,765 | -,103 | -,140 | ,117  | -,179 | -,268 | -,141 | -,258 |
| CAD48H                                     | ,088       | ,038  | ,104  | ,012  | ,067  | -,009 | -,037 | ,169  | ,061  | ,872  |
| REINGRE                                    | -,132      | -,097 | -,888 | ,048  | -,120 | -,004 | ,120  | -,025 | ,152  | -,094 |
| NOSOCOM                                    | -,041      | -,950 | -,078 | -,065 | ,041  | -,107 | -,076 | -,003 | -,053 | -,013 |
| HISTERMEN35                                | ,274       | ,054  | -,168 | -,163 | -,035 | ,151  | ,604  | -,132 | ,353  | ,021  |
| CESAREAS                                   | ,176       | -,149 | ,372  | -,516 | ,373  | -,099 | ,305  | ,025  | -,026 | ,297  |
| CADINGRESAD                                | -,352      | ,298  | -,286 | -,146 | -,059 | ,217  | -,396 | ,085  | -,059 | ,007  |
| COLELAPAR                                  | ,042       | ,951  | ,078  | ,064  | -,041 | ,108  | ,075  | ,003  | ,052  | ,013  |
| REINGCIRPR                                 | ,209       | ,066  | ,619  | ,180  | ,102  | -,045 | -,198 | -,158 | -,164 | -,388 |
| MORINTRANEU                                | ,054       | -,389 | ,013  | -,405 | -,253 | ,017  | ,051  | ,583  | -,053 | ,294  |
| MORINTRAINF                                | ,164       | ,029  | ,012  | ,020  | ,096  | -,171 | ,029  | ,798  | -,231 | ,160  |
| REINGRPSIQ                                 | ,246       | ,129  | ,411  | ,104  | ,017  | ,202  | ,037  | ,612  | ,338  | -,063 |
| HOSPASMA                                   | ,128       | -,202 | ,262  | ,495  | ,246  | -,114 | -,602 | -,102 | -,061 | ,076  |
| HOSPEPOC                                   | -,208      | ,047  | ,201  | ,325  | ,760  | -,055 | -,213 | -,213 | -,128 | -,025 |
| HOSPDIAB                                   | ,159       | ,412  | -,063 | ,516  | ,198  | -,053 | ,230  | -,148 | ,181  | ,300  |
| HOSPCERVASC                                | ,382       | ,399  | ,240  | ,300  | ,225  | -,171 | -,004 | -,027 | -,319 | ,303  |
| HOSPINSCAR                                 | ,014       | -,046 | ,122  | ,041  | ,881  | ,112  | ,002  | ,140  | -,039 | ,086  |
| HOSPHIPERT                                 | ,011       | ,093  | ,156  | ,528  | -,325 | -,026 | -,069 | -,332 | -,373 | ,348  |
| AMPINFDIAB                                 | ,820       | -,230 | ,134  | -,003 | ,107  | -,020 | -,099 | -,019 | ,127  | ,103  |
| COBPOLIO1                                  | -,072      | ,194  | -,158 | -,110 | ,161  | ,736  | ,168  | -,103 | -,017 | ,183  |
| COBPOLIO2                                  | -,037      | -,038 | -,028 | ,119  | ,003  | ,772  | ,084  | -,013 | -,120 | -,142 |
| GRIPE65                                    | ,246       | ,106  | -,031 | -,021 | -,090 | -,026 | ,078  | -,098 | ,701  | ,076  |
| TRIPLE1                                    | -,024      | ,079  | ,038  | -,012 | -,059 | ,803  | ,074  | ,016  | ,180  | -,011 |
| TRIPLE2                                    | ,065       | ,099  | ,074  | ,104  | -,056 | ,310  | ,705  | ,134  | -,088 | ,025  |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 15 iteraciones.

Analizando la composición de la matriz de componentes rotados, la significación de los factores extraídos sería la siguiente:

Componente 1: Mortalidades globales, salvo la mortalidad perinatal, más la amputación de pie diabético, y con una participación menor de la hospitalización por enfermedades cerebrovasculares. Pleno sentido asistencial, como indicador de mortalidad

Componente 2: Infección nosocomial, y cirugía laparoscópica, además de una parte de la hospitalización cerebrovascular. Indicador de excelencia hospitalaria

Componente 3: Cirugía conservadora de cáncer de mama, reingresos, reingresos por cirugía programada. Indicador de excelencia hospitalaria

Componente 4: Mortalidad perinatal, cesáreas, hospitalización diabéticos, hospitalización hipertensión. Claramente relacionado con los procesos de parto y puerperio

Componente 5: Hospitalización por EPOC y por Insuficiencia Cardíaca. Procesos cardiovasculares y respiratorios

Componente 6: Coberturas de polio y de vacuna triple vírica. Coberturas vacunales en atención primaria

Componente 7: Histerectomías menores de 35 años, fracturas de cadera en pacientes ingresados, hospitalización por asma. Indicador de excelencia hospitalaria

Componente 8: Mortalidad intrahospitalaria por neumonía, mortalidad intrahospitalaria por infarto, reingresos psiquiátricos. Procesos cardiovasculares y psiquiátricos.

Componente 9: Mortalidad en diabéticos, vacunación por gripe en mayores de 65 años. Atención a la tercera edad

Componente 10: Porcentaje de fracturas de cadera intervenidas antes de las 48 horas. Procesos traumatológicos

Como hemos podido ver, el análisis factorial nos ha ayudado a detectar las dimensiones de la calidad recogidas por el indicador sintético elaborado por el grupo de expertos. Los resultados del análisis refuerzan la idea del carácter fuertemente multidimensional de la calidad asistencial, que completaremos con los análisis realizados en otros capítulos. Este carácter multidimensional fortalece el indicador sintético, pero hace igualmente necesario detenernos, como hemos hecho, en el análisis de la evolución de cada indicador individual, dada la trascendencia de cada dimensión en los resultados finales de los pacientes. Esta multidimensionalidad, explica a su vez los valores del Alfa de Cronbach global.

## **20.1 Cálculo de indicador sintético para 2013 por comunidades autónomas**

### **20.1.1 Indicador sintético en 2013 con la normalización 1**



### 20.1.1.1 Cálculo del indicador en bruto sin ponderaciones

Un primer paso es el de calcular el indicador sintético sin tener en cuenta las ponderaciones establecidas por el grupo de expertos. Sumando los valores normalizados de cada indicador obtenemos la siguiente tabla de resultados:

**Tabla 43: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 estandarizado según normalización 1 y sin ponderar**

|                      | Sintetico |
|----------------------|-----------|
| Asturias             | -4,71     |
| Murcia               | -2,24     |
| Canarias             | -1,76     |
| Comunidad Valenciana | -0,80     |
| Extremadura          | -0,73     |
| Aragón               | -0,57     |
| Castilla y León      | -0,37     |
| Andalucía            | -0,32     |
| Baleares             | -0,21     |
| País Vasco           | 0,07      |
| Cataluña             | 0,08      |
| Galicia              | 0,38      |
| Cantabria            | 1,28      |
| Castilla - La Mancha | 1,32      |
| La Rioja             | 1,85      |
| Madrid               | 2,51      |
| Navarra              | 3,61      |

Los mejores resultados los daría Navarra, con un indicador de 3,61 y los peores Asturias, con -4,71. El indicador normalizado nos dice que, agregando todos los indicadores por igual, Navarra sumaría 3,61 desviaciones estándar mejor de la media en el conjunto de indicadores, y Asturias 4,71 desviaciones peor que la media. Castilla-La Mancha está en una buena cuarta mejor posición global.

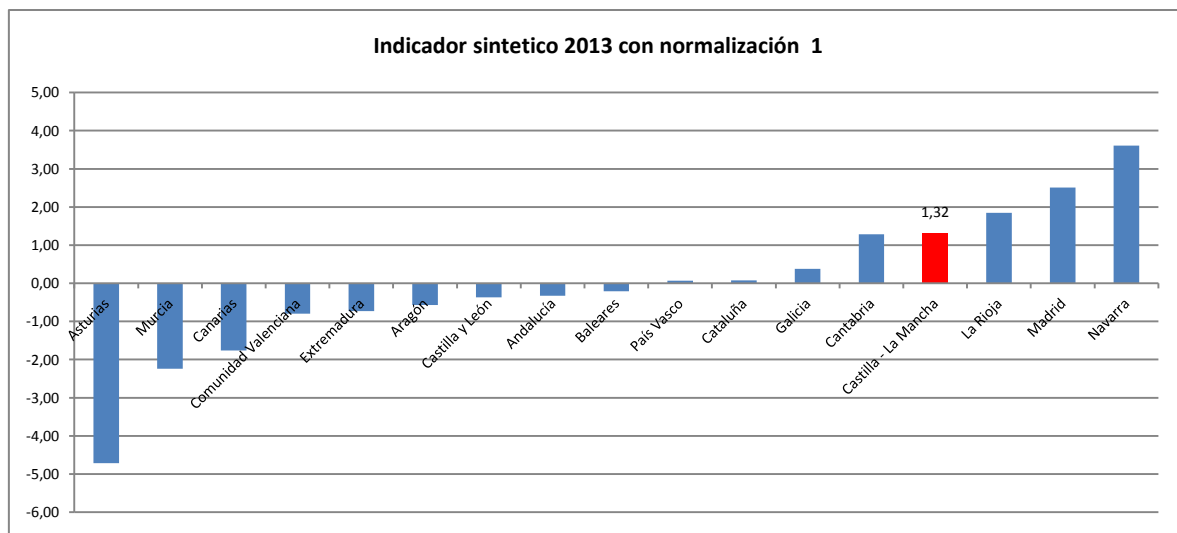


**Ilustración 216:** Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 estandarizado según normalización 1 y sin ponderar

### 20.1.1.2 Cálculo del indicador con ponderaciones

Los valores anteriormente expresados no tendrían una gran validez, dado que se están tratando por igual indicadores de pesos muy distintos a la hora de evaluar la calidad asistencial de un servicio de salud. Por eso es necesario ponderar los distintos indicadores. Esto es lo que hizo nuestro grupo de expertos, que llegan a la tabla de ponderaciones recogida en la Tabla 35, página 269

Si aplicamos estas ponderaciones al indicador sintético con la normalización 1, ya tenemos un valor de nuestro indicador sintético, útil para posicionar las comunidades autónomas en términos de calidad asistencial a partir de la mejor o peor posición de cada una respecto a la media del indicador, ponderado este según la Tabla 1.

**Tabla 44:** Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 estandarizado según normalización 1 y ponderado

|                      | Sintetico |
|----------------------|-----------|
| Asturias             | -21,72    |
| Murcia               | -6,80     |
| País Vasco           | -3,57     |
| Aragón               | -3,33     |
| Castilla y León      | -2,23     |
| Cataluña             | -2,18     |
| Baleares             | -1,54     |
| La Rioja             | -1,17     |
| Extremadura          | -0,80     |
| Canarias             | -0,78     |
| Comunidad Valenciana | -0,51     |

|                      |       |
|----------------------|-------|
| Galicia              | -0,30 |
| Cantabria            | 0,54  |
| Andalucía            | 2,18  |
| Madrid               | 5,09  |
| Castilla - La Mancha | 6,14  |
| Navarra              | 7,39  |

Analizando la tabla y el gráfico adjuntos, podemos apreciar cómo Castilla-La Mancha ocupa una excelente segunda posición en cuanto al valor agregado del indicador, con un valor de 6,14. El mejor resultado es para Navarra, con 7,39 y el peor para Asturias, con -21,72. Los dos extremos coinciden con el indicador sin ponderar, aunque las intensidades varían una vez ponderado.

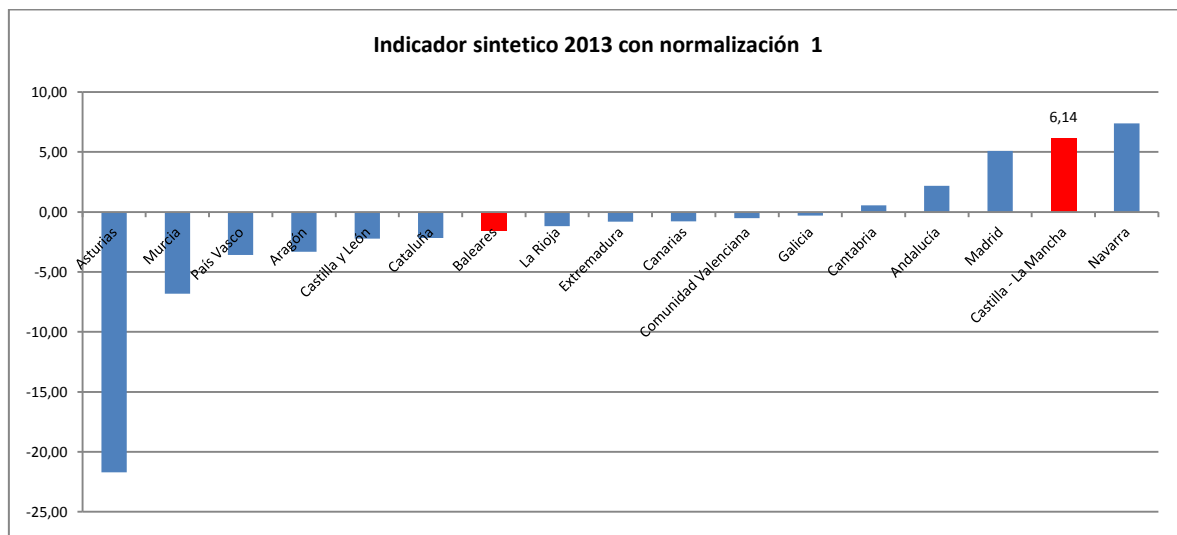


**Ilustración 217:** Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 estandarizado según normalización 1 y ponderado

## 20.1.2 Indicador sintético en 2013 con la normalización 2

### 20.1.2.1 Cálculo del indicador en bruto sin ponderaciones

Sumando los valores normalizados sin ponderar del conjunto de indicadores obtenemos los siguientes resultados:

**Tabla 45:** Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 normalizado según normalización 2 y sin ponderar

| Sintetico |       |
|-----------|-------|
| Asturias  | 17,57 |

|                      |       |
|----------------------|-------|
| Murcia               | 17,41 |
| Extremadura          | 16,36 |
| Comunidad Valenciana | 15,75 |
| Castilla y León      | 15,41 |
| Galicia              | 14,88 |
| Cataluña             | 14,77 |
| Andalucía            | 14,31 |
| Baleares             | 13,95 |
| Canarias             | 13,94 |
| Aragón               | 13,26 |
| Cantabria            | 12,92 |
| País Vasco           | 12,67 |
| Castilla - La Mancha | 11,61 |
| La Rioja             | 11,06 |
| Madrid               | 9,41  |
| Navarra              | 7,91  |

Los mejores resultados corresponden a Navarra, que es la que suma en bruto las menores distancias al mejor valor de cada indicador, con un valor de 7,91. Detrás se sitúan Madrid (9,41) y La Rioja (11,06) y en cuarto lugar Castilla-La Mancha, con 11,61. Los peores valores corresponden a Asturias, con una suma bruta de distancias de 17,57, Murcia (17,41), Extremadura (16,36) y Valencia (15,75).

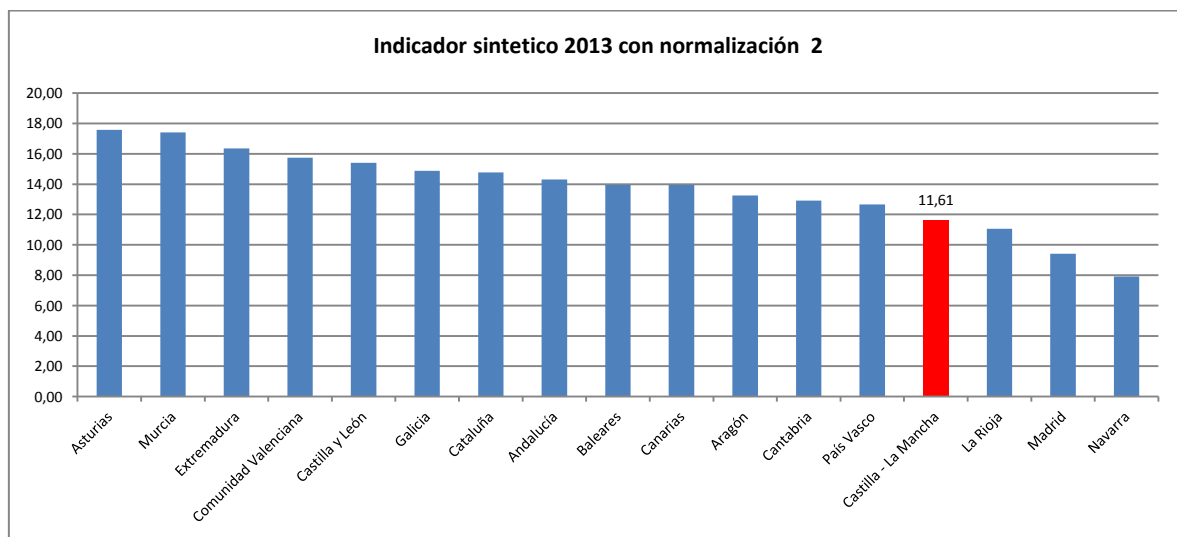


**Ilustración 218:** Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 normalizado según normalización 2 y sin ponderar

### 20.1.2.2 Cálculo del indicador con ponderaciones

Si aplicamos las ponderaciones determinadas por el grupo de expertos en la Tabla 35, página 269, obtenemos el valor del indicador sintético para 2013 aplicando la normalización 2.

Los resultados son los siguientes:

**Tabla 46: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 normalizado según normalización 2 y ponderado**

|                      | Sintético |
|----------------------|-----------|
| Asturias             | 56,49     |
| Murcia               | 50,45     |
| Extremadura          | 46,54     |
| Comunidad Valenciana | 44,18     |
| Galicia              | 43,18     |
| Baleares             | 42,76     |
| Castilla y León      | 42,68     |
| Aragón               | 41,00     |
| La Rioja             | 40,76     |
| Cataluña             | 40,65     |
| Andalucía            | 40,49     |
| Canarias             | 39,77     |
| País Vasco           | 38,15     |
| Cantabria            | 36,83     |
| Castilla - La Mancha | 31,34     |
| Madrid               | 27,73     |
| Navarra              | 25,58     |

Los mejores resultados corresponden a Navarra, con una suma ponderada de distancias de 25,58, seguida de Madrid, con 27,73 y Castilla-La Mancha, con 31,34. Los peores valores son para Asturias, con 56,49, Murcia, con 50,41 y Extremadura con 46,54. Podemos apreciar que CLM queda en una posición excelente en términos de foto de calidad 2013

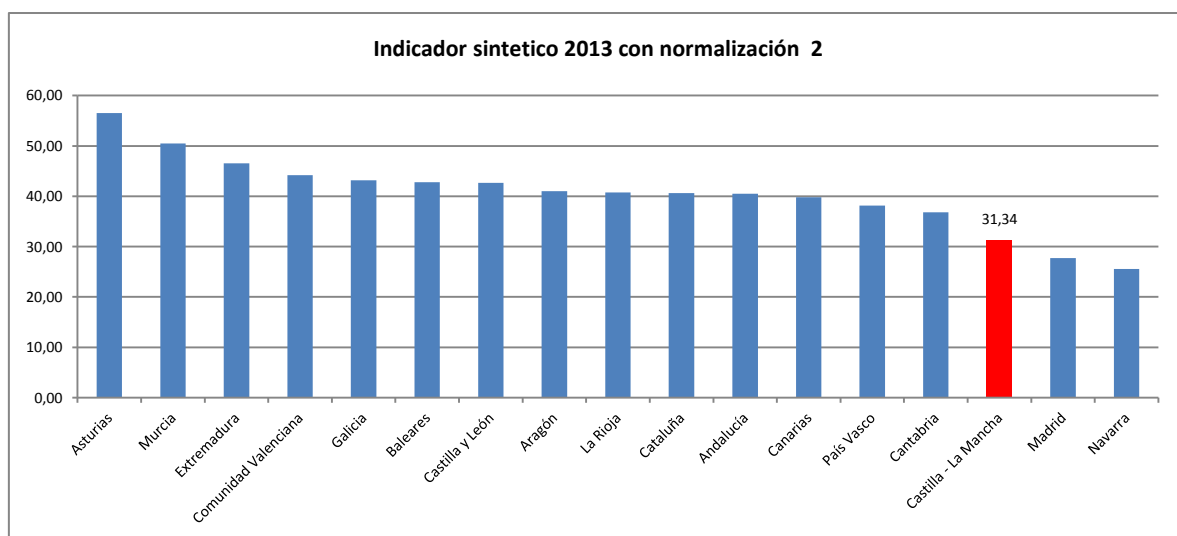


**Ilustración 219: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 normalizado según normalización 2 y ponderado**

Los valores recogidos en este apartado 5.1 nos dan una fotografía de la situación de la calidad asistencial en 2013 por CCAA. Para relacionar esta con el contexto internacional podemos ver las referencias internacionales recogidas en la discusión de los indicadores de los que se disponen datos de este tipo.

Los resultados son bastante consistentes. Los extremos mejor y peor se mantienen con y sin ponderaciones, y de forma independiente al método de normalización empleado.

La fotografía es buena para nuestra región. En los dos métodos de normalización queda situada en un excelente lugar, entre los tres primeros por comunidades autónomas. Si los indicadores no fueran ponderados, se modifica un puesto a la baja. Esto quiere decir que, de acuerdo con el indicador compuesto seleccionado, que agrupa 31 indicadores clave de calidad asistencial, con datos publicados por fuentes oficiales, la calidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha estaba en los mejores niveles agregados respecto al conjunto de regiones españolas. Siendo conscientes de la buena calidad asistencial que ofrece nuestro Sistema Nacional de Salud en el contexto internacional, podemos estar orgullosos de la posición que ocupa nuestra región.

Esta fotografía es una referencia para el análisis que acometeremos en las páginas siguientes, que se corresponde con el objetivo de medir los cambios que se han producido en la calidad asistencial en Castilla-La Mancha en el contexto de la crisis económica y de la reducción de gasto que se ha acometido para mejorar la eficiencia del sistema y para hacer este viable.

## 20.2 Cálculo del cambio del indicador sintético de calidad asistencial en el periodo 2010-2013

Para este cálculo vamos a analizar cuatro resultados diferentes y complementarios a la vez:

- Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 0) sin aplicar las ponderaciones a los indicadores
- Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 0) aplicando las correspondientes ponderaciones de la Tabla 35, página 269
- Incrementos brutos entre 2010 y 2013 de cada indicador aplicando la normalización 1, esto es, restando la media y dividiendo por la desviación estándar
- Incrementos brutos entre 2010 y 2013 de cada indicador aplicando la normalización 2, esto es, calculando la distancia al mejor y dividiendo por la distancia entre el mejor y el peor valor de cada indicador

### 20.2.1 Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 0) sin aplicar las ponderaciones a los indicadores

Computamos las mejoras porcentuales de cada indicador en positivo y los empeoramientos porcentuales en negativo.

**Tabla 47: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 y sin ponderar**

|                      | Sintetico |
|----------------------|-----------|
| Navarra              | -253,81   |
| Canarias             | -63,16    |
| Cantabria            | -42,71    |
| Castilla y León      | -42,65    |
| La Rioja             | -32,33    |
| Madrid               | 6,53      |
| Murcia               | 8,69      |
| Galicia              | 32,09     |
| Aragón               | 32,37     |
| Comunidad Valenciana | 52,50     |
| Andalucía            | 85,62     |
| Asturias             | 112,05    |
| Castilla - La Mancha | 124,20    |
| Baleares             | 130,25    |
| Cataluña             | 151,40    |
| País Vasco           | 169,12    |
| Extremadura          | 302,35    |

De acuerdo con los criterios de medida referidos, y teniendo en cuenta que los datos están sin ponderar, Navarra es la comunidad que sufre una reducción mayor en los valores de sus indicadores de calidad durante la crisis, y Extremadura la que más mejora porcentualmente

sus indicadores en este periodo. Castilla-La Mancha es la quinta comunidad autónoma que más mejora sus indicadores en la crisis, solo superada por Baleares, Cataluña, País Vasco y Extremadura.

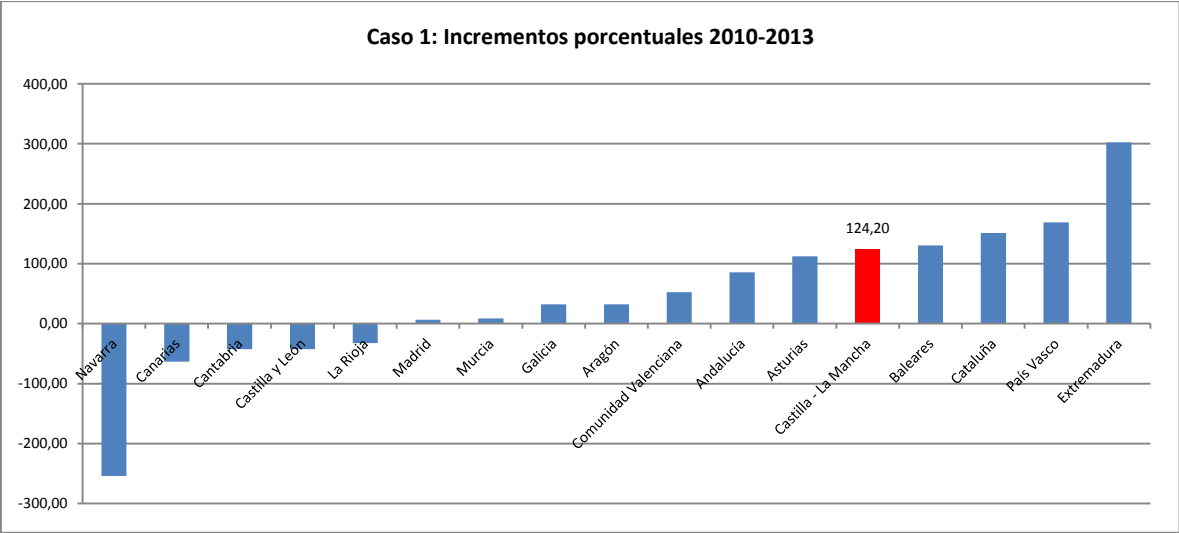


**Ilustración 220:** Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 y sin ponderar

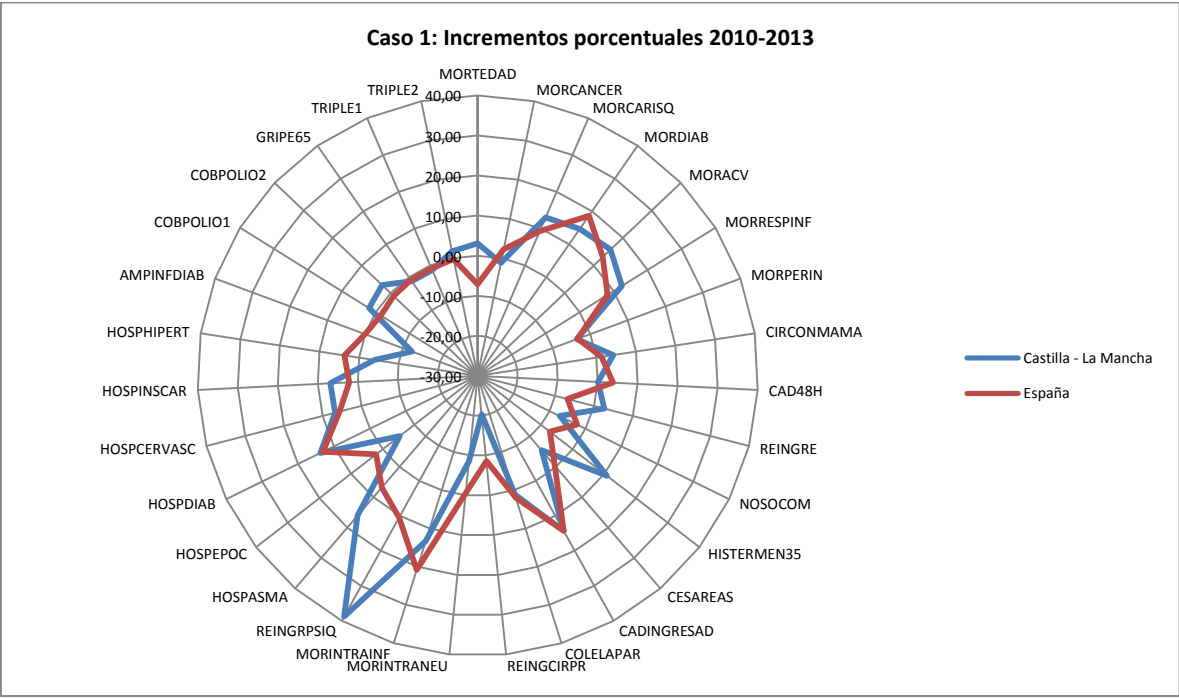


**Ilustración 221:** Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 y sin ponderar. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España



Si analizamos las diferencias entre CLM y el total de España por indicadores, donde estas son mayores, tanto en más como en menos es en el ámbito de la adecuación de la hospitalización, así como en los reingresos. Las mortalidades se muestran más cercanas en sus valores, así como el resto de indicadores.

### 20.2.1 Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 0) aplicando las ponderaciones a los indicadores

El indicador anterior era valioso sobre todo como referente para analizar el grado de modificación que introducen las ponderaciones de los indicadores sobre los resultados, pero el primer indicador sintético real es este, que incluye la normalización 0 y los indicadores. Mide la suma ponderada del incremento porcentual de cada uno de los indicadores entre 2010 y 2013, dejándose las mejoras en cada indicador con signo + en el incremento y los empeoramientos con signo -, y multiplicándose cada uno de los incrementos por la correspondiente ponderación (Tabla 35, página 269)

**Tabla 48: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 y ponderado**

|                      | Sintetico |
|----------------------|-----------|
| Navarra              | -942,04   |
| Aragón               | -223,18   |
| Canarias             | -195,85   |
| Galicia              | -65,64    |
| Castilla y León      | -19,69    |
| La Rioja             | 118,34    |
| Comunidad Valenciana | 136,20    |
| País Vasco           | 150,23    |
| Cantabria            | 217,42    |
| Castilla - La Mancha | 282,71    |
| Madrid               | 302,06    |
| Murcia               | 346,14    |
| Andalucía            | 371,02    |
| Baleares             | 461,87    |
| Cataluña             | 564,99    |
| Asturias             | 595,40    |
| Extremadura          | 699,67    |

Se mantienen los dos extremos de la tabla sin ponderar. Navarra nos da el mayor empeoramiento de los indicadores durante la crisis y Extremadura el mayor grado de mejora. Las comunidades que más mejoran durante la crisis según este indicador son, además de Extremadura, Asturias, Cataluña y Baleares. Las que más empeoran son, junto a Navarra, Aragón, Canarias y Galicia.

Hay que destacar que Navarra, a pesar de ser la comunidad que más ha empeorado, seguía siendo en 2013 la que daba el mejor indicador sintético de calidad (ver Tabla 45, página 302 y Tabla 46 página 304).

Castilla-La Mancha se sitúa en séptima posición, dentro de las comunidades que mejoran sus indicadores sanitarios durante la crisis. Se sitúa entre Madrid y Cantabria en grado de mejora.

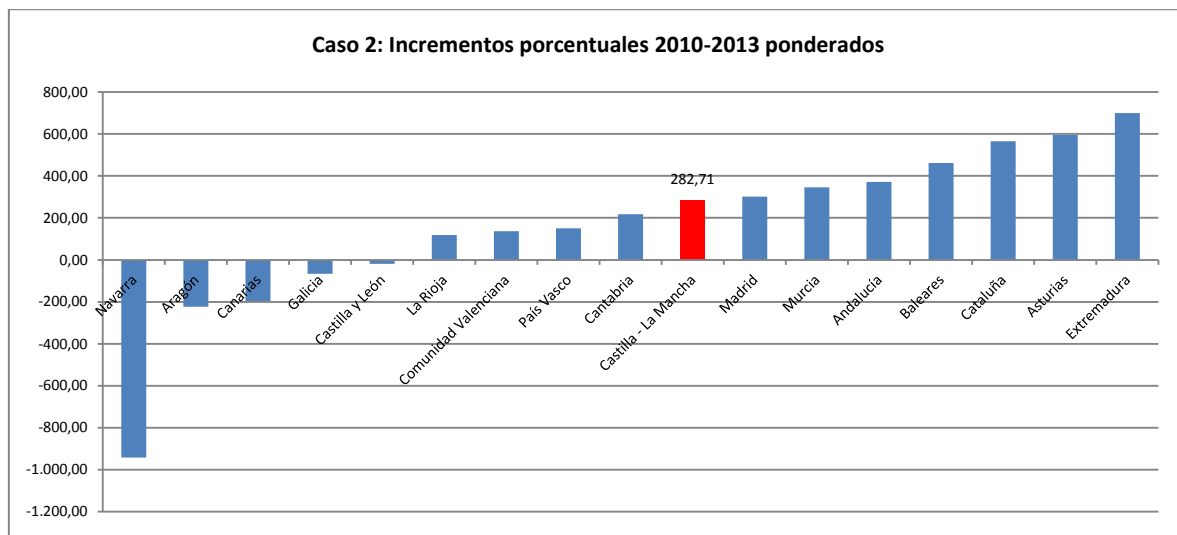


**Ilustración 222: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 ponderado**

Si analizamos las diferencias por indicador ponderado entre Castilla-La Mancha y el conjunto de España, vemos cómo se repite el patrón de mayores diferencias en los indicadores de hospitalización, y menores en los de mortalidad e inmunización.

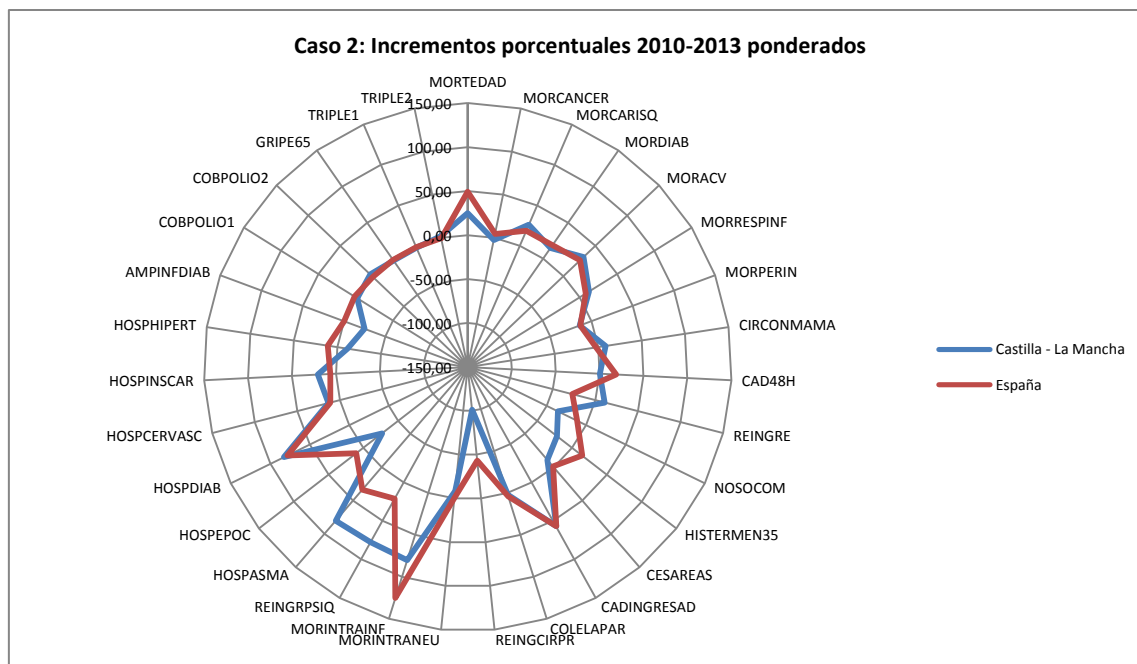


**Ilustración 223: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España**

### 20.2.3 Incrementos de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 1)

La normalización 1 nos da una idea del aumento o disminución del indicador, una vez que a todos los valores se les ha restado la media y se han dividido por la desviación estándar. Se evita que valores con indicadores muy voluminosos o de gran volatilidad sesguen el indicador.

**Tabla 49: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 1 ponderado.**

|                      | Sintetico |
|----------------------|-----------|
| Navarra              | -17,27    |
| Canarias             | -13,36    |
| Galicia              | -10,28    |
| Castilla y León      | -9,15     |
| Aragón               | -8,83     |
| Cantabria            | -8,42     |
| La Rioja             | -5,99     |
| País Vasco           | -3,52     |
| Comunidad Valenciana | -3,44     |
| Murcia               | 0,67      |
| Andalucía            | 2,50      |
| Baleares             | 8,46      |
| Castilla - La Mancha | 9,29      |
| Madrid               | 10,59     |
| Extremadura          | 15,91     |

|          |       |
|----------|-------|
| Cataluña | 16,11 |
| Asturias | 16,71 |

Navarra sigue siendo la comunidad que más baja sus indicadores de calidad en el periodo, y Asturias la que más los mejora. A Asturias la acompañan entre los mejores Extremadura y Cataluña. A Navarra entre los que más descienden la acompañan Canarias y Galicia.

Castilla-La Mancha obtiene una excelente puntuación, que la sitúa la quinta comunidad que más mejora la calidad entre 2010 y 2013.

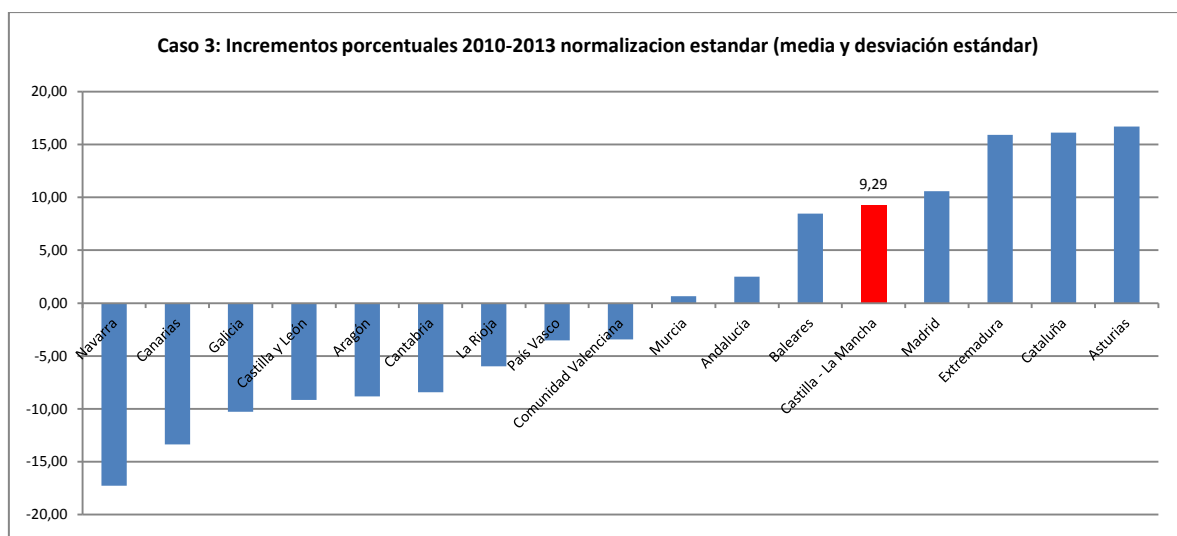


**Ilustración 224: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 1 ponderado.**

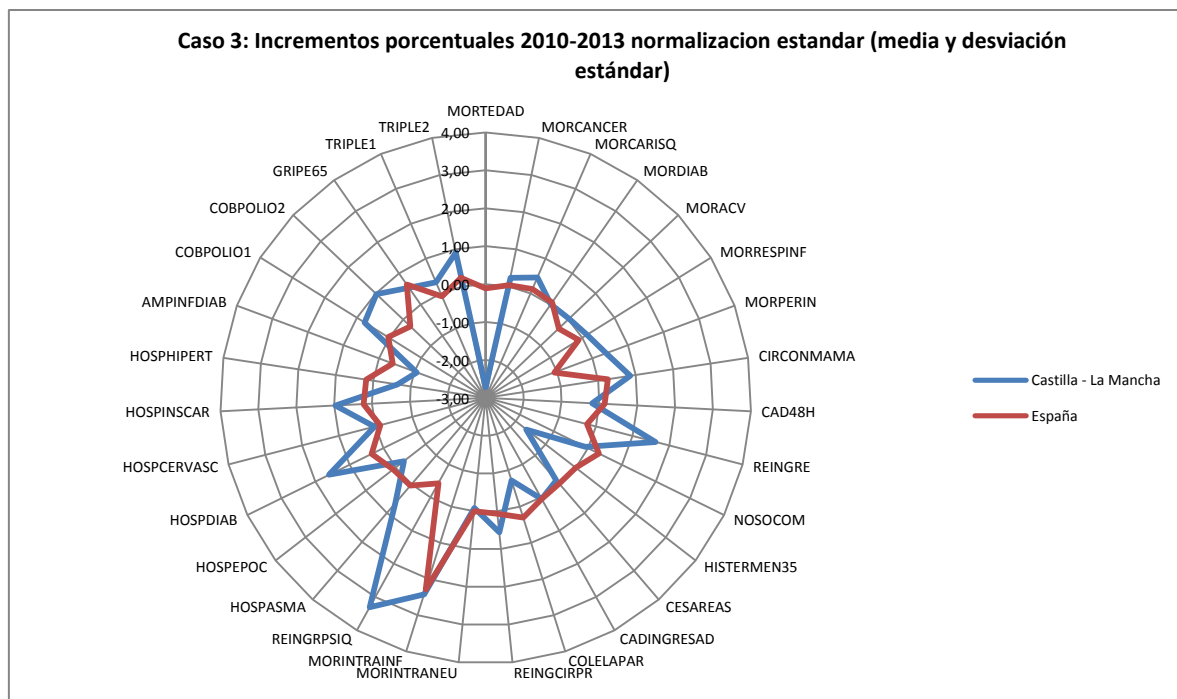


**Ilustración 225: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 1 ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España**

Analizando los valores estandarizados por la normalización 1, aparecen mejores resultados para CLM en hospitalización, en coberturas de inmunización poblacional, y en mortalidades, así como en reingresos

#### 20.2.4 Incrementos de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 2)

La normalización 2 nos da una idea del cambio producido en el periodo respecto a la distancia al mejor desempeño para cada indicador. A la hora de evaluar se da signo positivo a las reducciones de distancia al mejor, y signo negativo a los aumentos de distancia al mejor valor para el indicador.

Los resultados son los siguientes:

**Tabla 50: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 2 ponderado.**

|                      | Sintetico |
|----------------------|-----------|
| Navarra              | -9,68     |
| Comunidad Valenciana | -6,93     |
| Cantabria            | -6,28     |
| Galicia              | -5,44     |
| Aragón               | -4,72     |
| Madrid               | -3,66     |

|                      |       |
|----------------------|-------|
| País Vasco           | -3,08 |
| Extremadura          | -2,15 |
| La Rioja             | -1,89 |
| Murcia               | -1,73 |
| Castilla y León      | -1,41 |
| Andalucía            | -1,15 |
| Canarias             | -0,80 |
| Cataluña             | -0,19 |
| Baleares             | 0,66  |
| Castilla - La Mancha | 1,76  |
| Asturias             | 6,85  |

Castilla-La Mancha es la segunda comunidad que más se acerca en el periodo analizado a los mejores valores para cada indicador, ponderado según los resultados de la Tabla 35, página 269.

Los mejores resultados de mejora son para Asturias y los peores para Navarra y Comunidad Valenciana.

En la comparación con los resultados del indicador entre la normalización 1 y 2, debemos tener en cuenta que en la normalización 1 medimos la mejora en cada indicador, estandarizada para evitar que mejoras en indicadores volátiles tengan un peso desproporcionado sobre mejoras en indicadores más estables. En la normalización 2 medimos la distancia al mejor valor. Puede haber una comunidad con una mejora en el indicador, pero que se aleja del mejor valor, lo que daría una puntuación negativa en este caso. También podríamos tener una comunidad cuyo indicador empeore, pero menos que el mejor desempeño de todas las regiones, lo que le daría un indicador positivo.

Una región con un buen indicador en las dos normalizaciones, ha conseguido una mejora estandarizada en sus indicadores en el periodo analizado, y además un acercamiento a los mejores valores de los indicadores. Si tiene además un buen indicador con la normalización 0, significa que el porcentaje de mejora ponderado de los valores de los indicadores que lo componen da un saldo positivo en el periodo analizado.

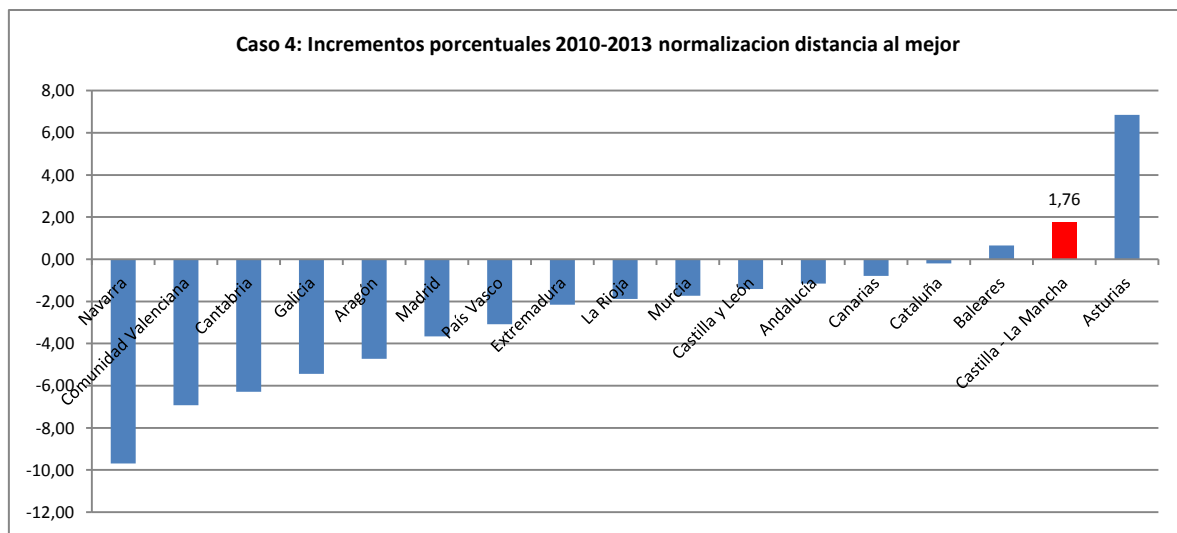


**Ilustración 226: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 2 ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España**

En el gráfico siguiente podemos ver las diferencias referidas a cada indicador entre los valores de estos para Castilla-La Mancha y el conjunto de España

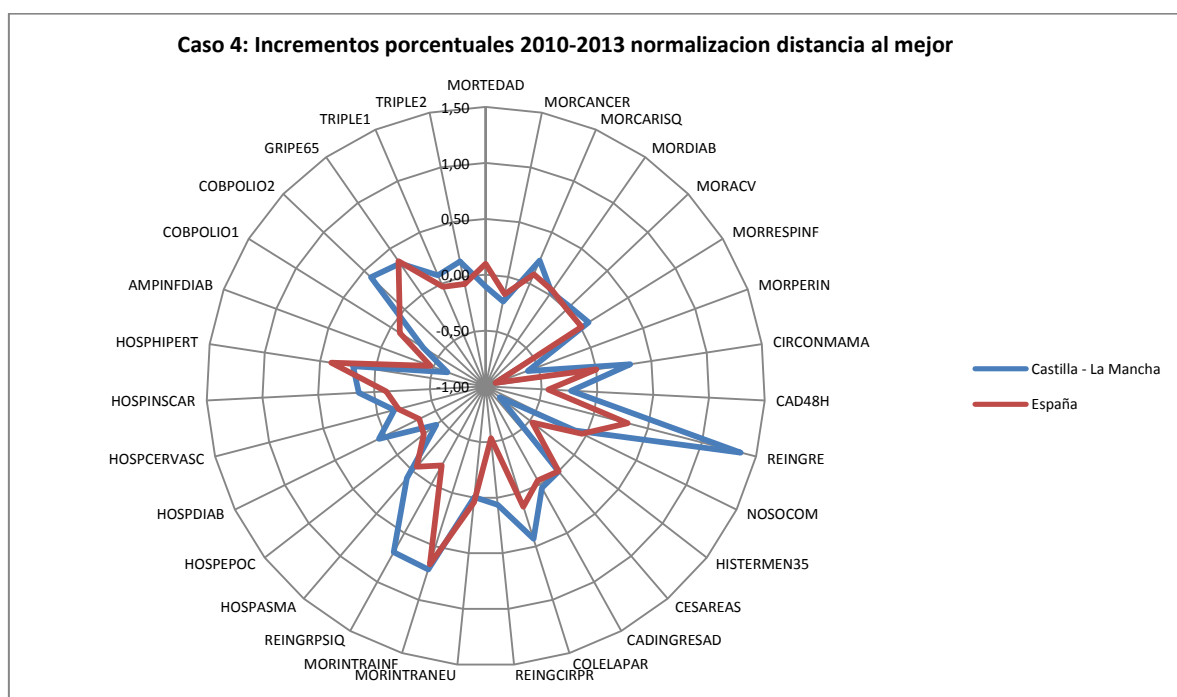


**Ilustración 227: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 2 ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España**

Donde se han conseguido mayores acercamientos al mejor valor ha sido en los indicadores de reingresos, tanto general como psiquiátrico. También en adecuación de la hospitalización, salvo en hipertensión, y en menor medida en inmunización. En general, Castilla-La Mancha presenta un mejor perfil de acercamiento al mejor valor que el conjunto de España, con un

indicador sintético de 1,76 frente un valor de -2,15 para España. Hemos de precisar que España no computa a la hora de calcular los indicadores de distancia al mejor, pero utilizamos su valor de referencia como valor útil para comparar sus distancias con una comunidad en concreto.

## 20.3 Cálculo del indicador sintético de calidad asistencial para el periodo 2001-2010

De cara a obtener una información útil para evaluar la evolución de los indicadores de calidad en el periodo de la crisis, es interesante igualmente evaluar qué pasó con esos mismos indicadores en la época de auge económico y gasto creciente situada entre el año.

Analizaremos los cuatro casos de indicador sintético para el periodo 2001-2010:

- Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2001 y 2010 (normalización 0) sin aplicar las ponderaciones a los indicadores
- Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2001 y 2010 (normalización 0) aplicando las correspondientes ponderaciones de la Tabla 35, página 269
- Incrementos brutos entre 2001 y 2010 de cada indicador aplicando la normalización 1, esto es, restando la media y dividiendo por la desviación estándar
- Incrementos brutos entre 2001 y 2010 de cada indicador aplicando la normalización 2, esto es, calculando la distancia al mejor y dividiendo por la distancia entre el mejor y el peor valor de cada indicador

### 20.3.1 Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2001 y 2010 (normalización 0) sin aplicar las ponderaciones a los indicadores

Computamos las mejoras porcentuales de cada indicador en positivo y los empeoramientos porcentuales en negativo.

**Tabla 51: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y sin ponderar**

|            | Sintetico |
|------------|-----------|
| La Rioja   | -533,79   |
| País Vasco | -271,83   |
| Baleares   | -36,29    |
| Cantabria  | -23,32    |
| Aragón     | 24,11     |
| Navarra    | 26,39     |
| Asturias   | 33,58     |
| Galicia    | 130,18    |



|                      |        |
|----------------------|--------|
| Cataluña             | 140,89 |
| Murcia               | 154,18 |
| Comunidad Valenciana | 188,16 |
| Andalucía            | 196,72 |
| Castilla y León      | 201,62 |
| Castilla - La Mancha | 211,01 |
| Madrid               | 226,56 |
| Extremadura          | 233,59 |
| Canarias             | 381,78 |

De acuerdo con los criterios de medida referidos, y teniendo en cuenta que los datos están sin ponderar, La Rioja es la comunidad que sufre una reducción mayor en los valores de sus indicadores de calidad durante la expansión económica y después de las transferencias, y Canarias la que más mejora porcentualmente sus indicadores en este periodo. Castilla-La Mancha es la cuarta comunidad autónoma que más mejora sus indicadores en este periodo, solo superada por Canarias, Extremadura y Madrid

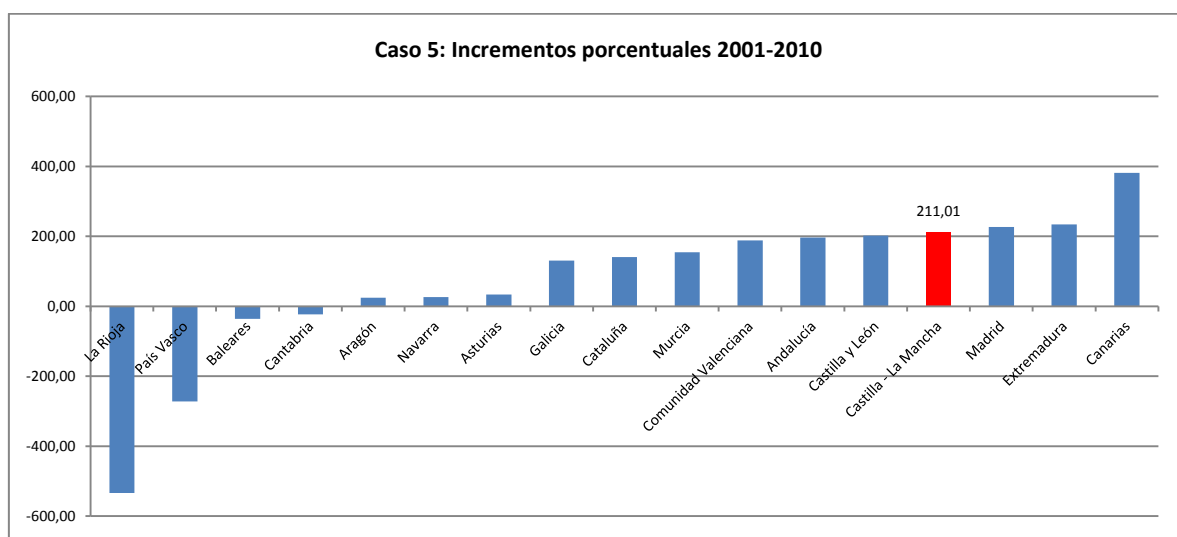


**Ilustración 228: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y sin ponderar**

Si analizamos las diferencias entre CLM y el total de España por indicadores, donde estas son mayores, en negativo para CLM, es en la mejora en los porcentajes de pacientes con intervención de prótesis de cadera en las primeras 48 horas. En positivo destacan las mejoras en mortalidad ajustada e edad o en ingresos por EPOC.

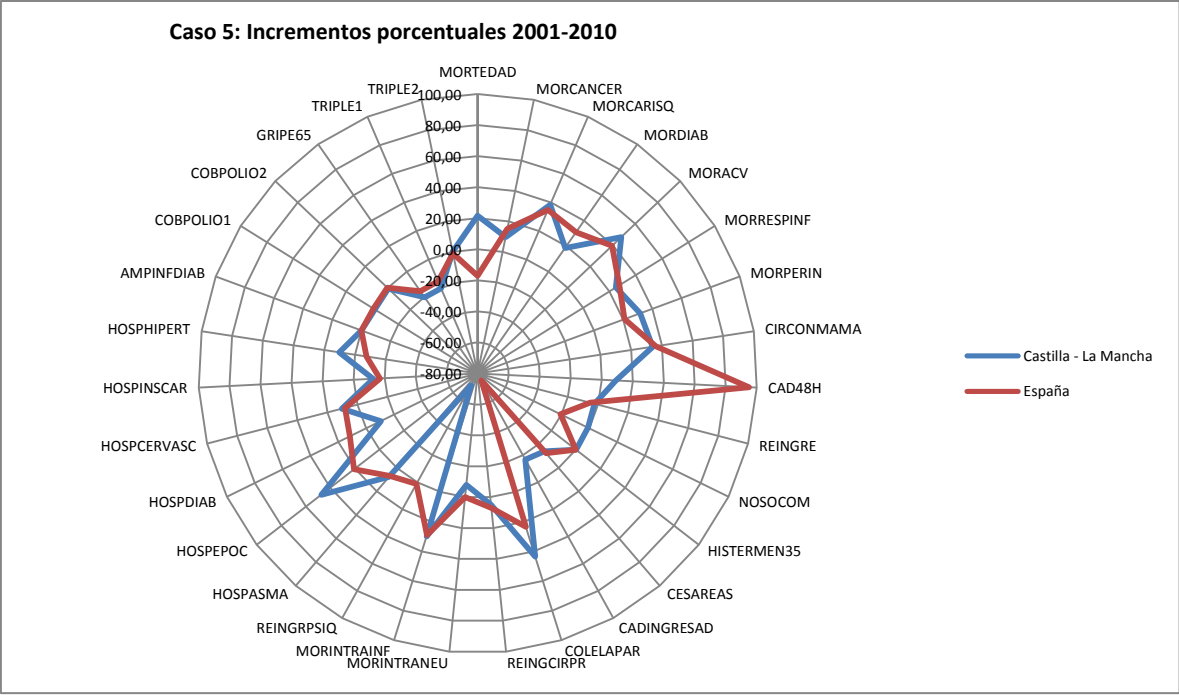


Ilustración 229: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y sin ponderar. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España

**20.3.2 Incrementos porcentuales de cada indicador entre 2001 y 2010 (normalización 0) aplicando las ponderaciones a los indicadores**

El indicador anterior era valioso sobre todo como referente para analizar el grado de modificación que introducen las ponderaciones de los indicadores sobre los resultados, pero el primer indicador sintético real es este, que incluye la normalización 0 y los indicadores. Mide la suma ponderada del incremento porcentual de cada uno de los indicadores entre 2001 y 2010, dejándose las mejoras en cada indicador con signo + en el incremento y los empeoramientos con signo -, y multiplicándose cada uno de los incrementos por la correspondiente ponderación (Tabla 35, página 269)

Tabla 52: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y ponderado

|            | Sintetico |
|------------|-----------|
| País Vasco | -1254,21  |
| Cantabria  | -565,12   |
| La Rioja   | -536,49   |
| Baleares   | -52,80    |
| Aragón     | -4,93     |
| Asturias   | 28,61     |
| Navarra    | 83,24     |

|                      |         |
|----------------------|---------|
| Comunidad Valenciana | 408,92  |
| Murcia               | 414,97  |
| Galicia              | 492,43  |
| Extremadura          | 560,35  |
| Cataluña             | 573,91  |
| Andalucía            | 597,10  |
| Madrid               | 692,81  |
| Castilla y León      | 703,00  |
| Castilla - La Mancha | 1038,95 |
| Canarias             | 1078,77 |

Se mantienen, respecto al caso anterior sin ponderar en la zona de empeoramiento de los indicadores, las comunidades con peores resultados, aunque cambian de orden, siendo los peores resultados los de País Vasco, seguido de Cantabria, Rioja y Baleares. Canarias nos da el mayor grado de mejora de los indicadores entre 2001 y 2010, seguido de Castilla-La Mancha, Castilla-León y Madrid.

Castilla-La Mancha se sitúa en segunda posición, dentro de las comunidades que mejoran sus indicadores sanitarios durante la crisis. Se sitúa entre Cantabria y Castilla y León en grado de mejora.

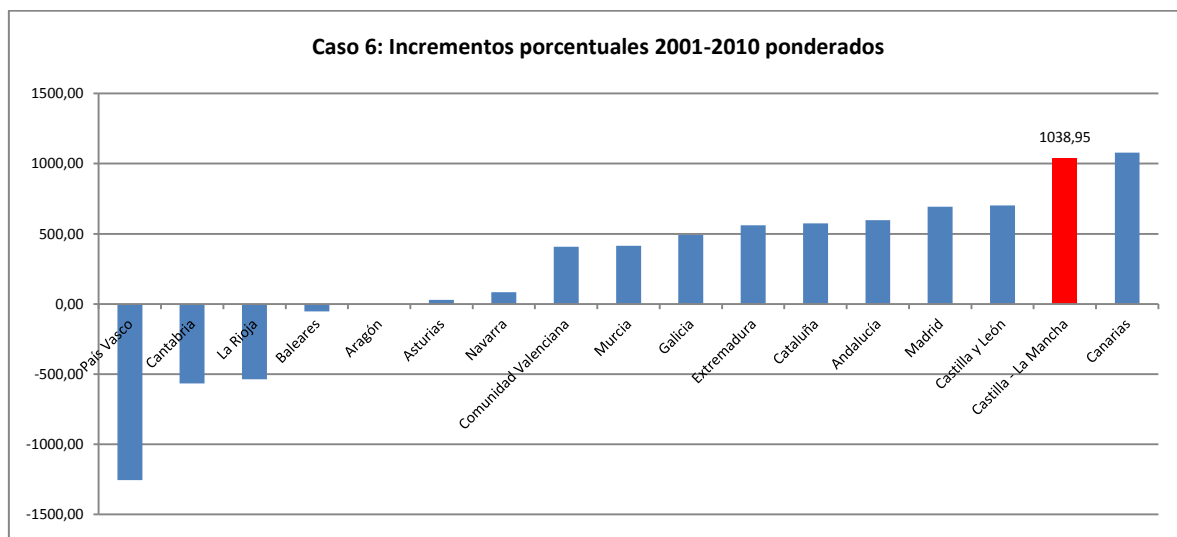


**Ilustración 230:** Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y ponderado

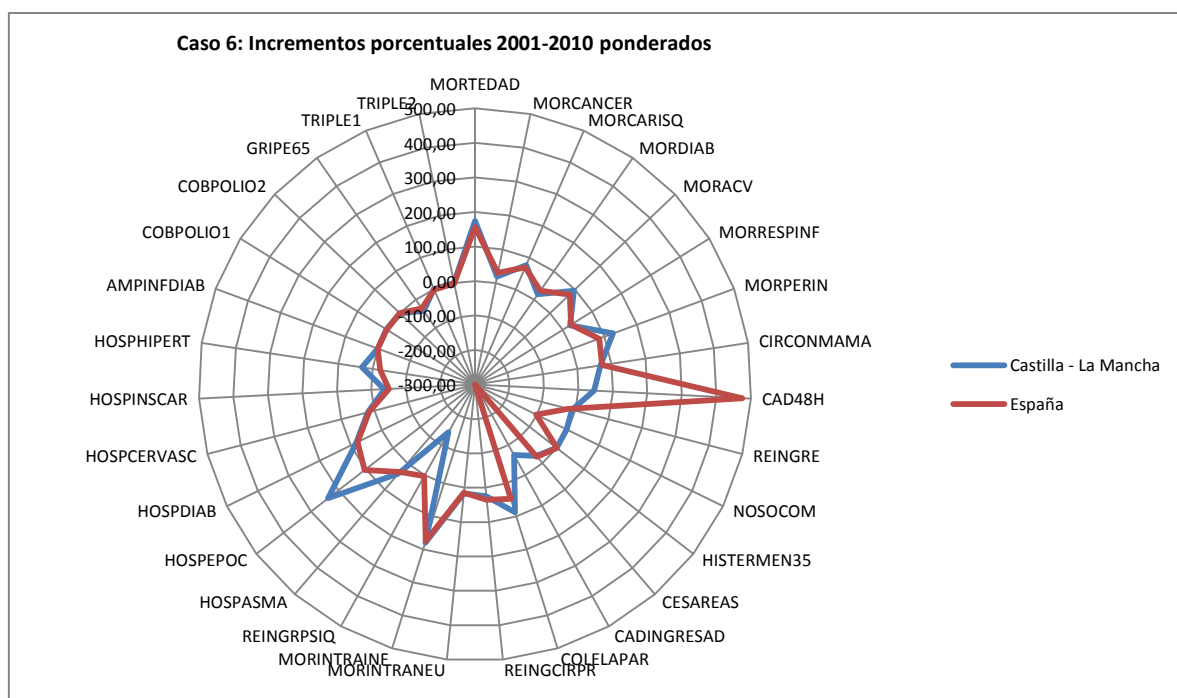


**Ilustración 231:** Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España

### 20.3.3 Incrementos de cada indicador entre 2001 y 2010 (normalización 1)

Como referimos anteriormente, la normalización 1 nos da una idea del aumento o disminución del indicador, una vez que a todos los valores se les ha restado la media y se han dividido por la desviación estándar. Se evita que valores con indicadores muy voluminosos o de gran volatilidad sesguen el indicador.

**Tabla 53:** Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 1 ponderado.

|                      | Sintetico |
|----------------------|-----------|
| Extremadura          | -25,34    |
| Asturias             | -21,38    |
| País Vasco           | -14,98    |
| Murcia               | -14,11    |
| Aragón               | -12,08    |
| Galicia              | -11,11    |
| Baleares             | -10,56    |
| Castilla y León      | -5,54     |
| Madrid               | -0,86     |
| Navarra              | -0,08     |
| Cantabria            | 2,84      |
| Comunidad Valenciana | 5,21      |
| Cataluña             | 8,28      |

|                      |       |
|----------------------|-------|
| Castilla - La Mancha | 18,53 |
| Andalucía            | 24,89 |
| La Rioja             | 28,03 |
| Canarias             | 28,26 |

Las comunidades que más mejoran en este periodo según el indicador normalizado son Canarias, La Rioja y Andalucía, apareciendo en cuarto lugar Castilla-La Mancha.

Los que más empeoran en su posición respecto a la media del resto de comunidades son Extremadura, Asturias, País Vasco y Murcia

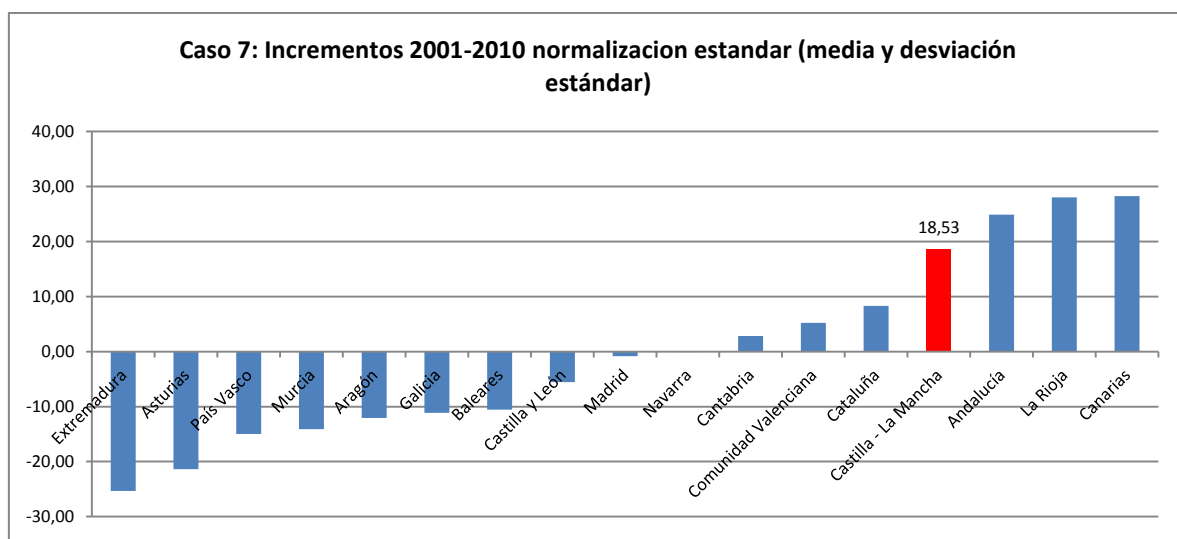


**Ilustración 232: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 1 ponderado.**

Como indicadores con mayor grado de mejora en este periodo respecto al total de España destaca la hospitalización por EPOC, los reingresos, las cesáreas, y el porcentaje de colecistectomías realizadas por laparoscopia. Peores resultados se obtienen en mortalidad ajustada a la edad, cobertura vacunal, o reingresos psiquiátricos.

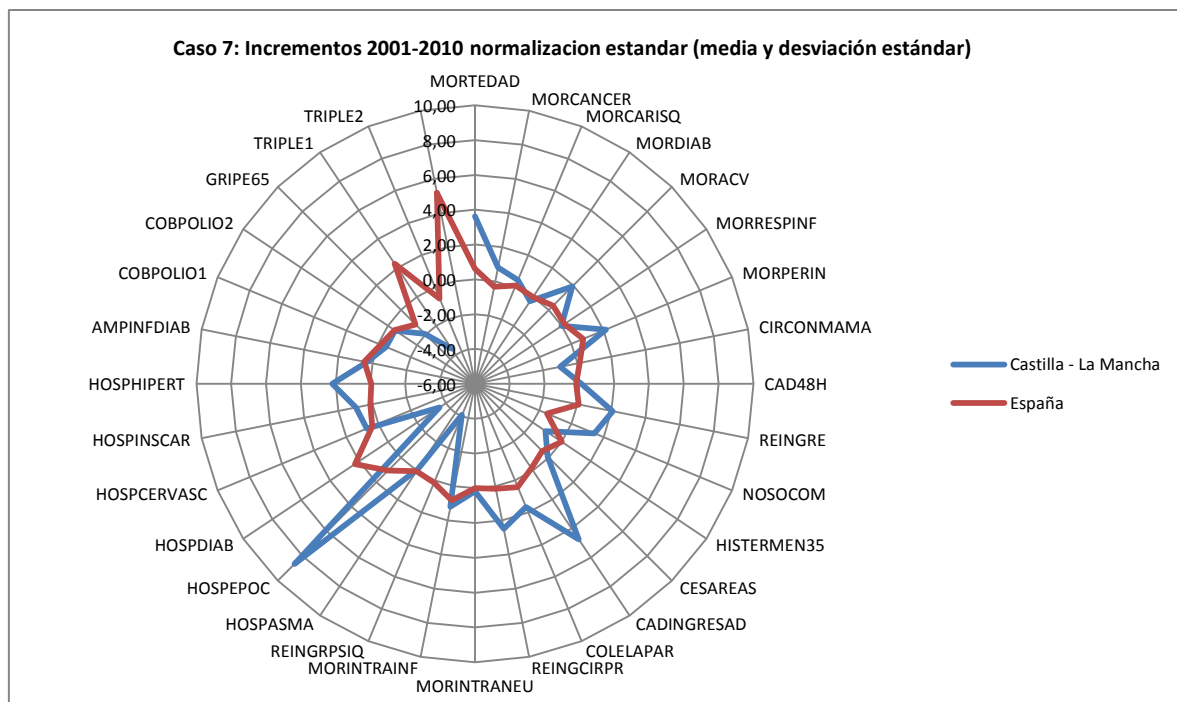


**Ilustración 233: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 1 ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España**

#### 20.3.4 Incrementos de cada indicador entre 2010 y 2013 (normalización 2)

Como indicamos anteriormente, la normalización 2 nos da una idea del cambio producido en el periodo respecto a la distancia al mejor desempeño para cada indicador. A la hora de evaluar damos signo positivo a las reducciones de distancia al mejor, y signo negativo a los aumentos de distancia al mejor valor para el indicador.

Los resultados son los siguientes:

**Tabla 54: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 2 ponderado.**

|            | Sintetico |
|------------|-----------|
| País Vasco | -12,44    |
| Navarra    | -9,35     |
| Murcia     | -6,12     |
| Aragón     | -5,88     |
| Madrid     | -3,14     |
| Baleares   | -3,11     |
| Galicia    | -2,14     |
| Cantabria  | -1,98     |
| Asturias   | -1,95     |
| Canarias   | -1,26     |
| Cataluña   | -1,18     |

|                      |       |
|----------------------|-------|
| Castilla y León      | 1,49  |
| Comunidad Valenciana | 4,19  |
| Andalucía            | 4,96  |
| Castilla - La Mancha | 5,22  |
| Extremadura          | 5,77  |
| La Rioja             | 15,72 |

Castilla-La Mancha es la tercera comunidad que más se acerca en el periodo analizado a los mejores valores para cada indicador, ponderado según los resultados de la Tabla 35, página 269.

El mejor resultado es para La Rioja, seguido de Extremadura y Castilla-La Mancha. Los peores resultados son para País Vasco, Navarra y Murcia

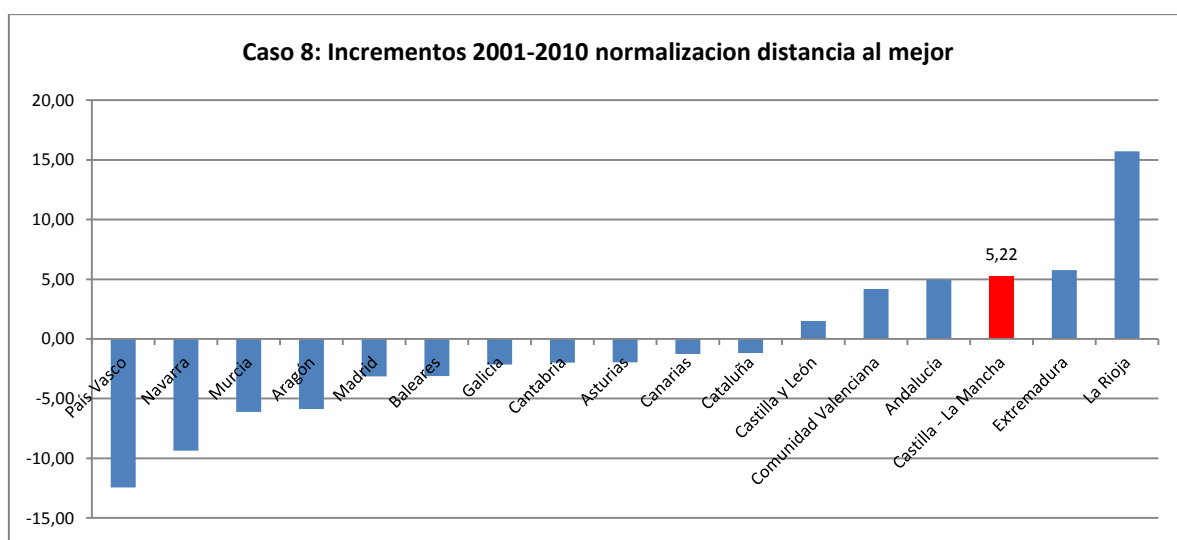


**Ilustración 234: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 2 ponderado.**

En la comparación global con el conjunto de España destaca la mejora en acercamiento al mejor valor en el indicador de caderas ingresadas, y en menor medida en la hospitalización de pacientes diabéticos.

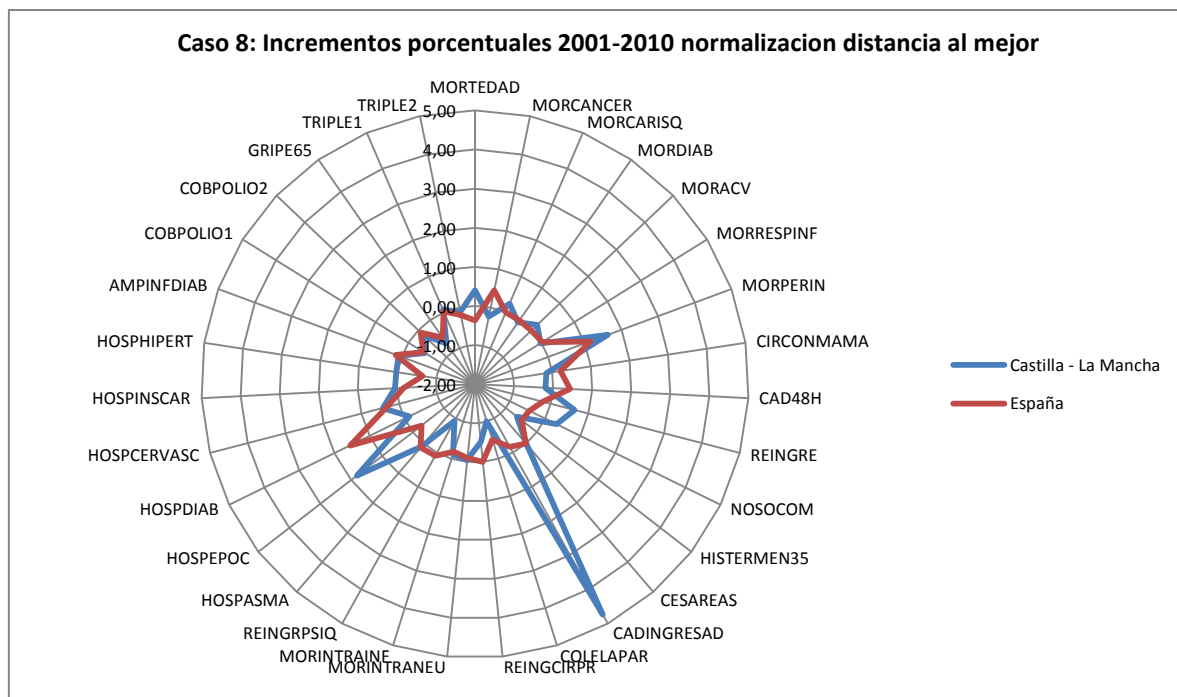


**Ilustración 235:** Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 2 ponderado.

## 20.4 Comparación del grado de mejora de los indicadores entre los periodos 2001-2010 y 2010-2013

Los dos periodos son muy distintos. El primero se caracteriza por un auge económico significativo en toda España y por incrementos muy importantes en el gasto sanitario. El segundo por la mayor crisis de sostenibilidad vivida en el sistema sanitario público español, y por una fuerte contención y reducción del gasto sanitario. Cabría esperar que los resultados fueran muy distintos. Vamos a analizar cuáles son las diferencias. Para ello vamos a comparar la variación anual del indicador sintético en los dos periodos, y podremos obtener una diferencia positiva o negativa de la mejora anual del indicador en los dos periodos. Utilizaremos los cuatro casos de cálculo del indicador sintético para obtener una visión global del resultado, con las peculiaridades que supone la interpretación de cada uno de ellos, y con la riqueza que aporta la suma de las cuatro interpretaciones.

### 20.4.1 Comparación del grado de mejora de los indicadores entre los periodos 2001-2010 y 2010-2013 (normalización 0) sin aplicar las ponderaciones a los indicadores

En la tabla siguiente se recogen los valores de mejora en los dos periodos en el caso de normalización 0 sin ponderar. La mejora anual es el resultado de dividir el cambio en el



periodo de los indicadores por los nueve años en los que se produce en el caso del periodo 2001-10 y por los tres años en que se genera en el caso de periodo 2010-13.

**Tabla 55: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos porcentuales sin ponderar**

|                      | Caso 1: 2010-2013 |              | Caso 5: 2001-2010 |              | Diferencia |
|----------------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|------------|
|                      | Sintético 2       | Mejora anual | Sintético 6       | Mejora anual |            |
| Navarra              | -253,81           | -84,60       | 26,39             | 2,93         | -87,54     |
| Canarias             | -63,16            | -21,05       | 381,78            | 42,42        | -63,47     |
| Castilla y León      | -42,65            | -14,22       | 201,62            | 22,40        | -36,62     |
| Madrid               | 6,53              | 2,18         | 226,56            | 25,17        | -23,00     |
| Murcia               | 8,69              | 2,90         | 154,18            | 17,13        | -14,23     |
| Cantabria            | -42,71            | -14,24       | -23,32            | -2,59        | -11,64     |
| Galicia              | 32,09             | 10,70        | 130,18            | 14,46        | -3,77      |
| Comunidad Valenciana | 52,50             | 17,50        | 188,16            | 20,91        | -3,41      |
| Andalucía            | 85,62             | 28,54        | 196,72            | 21,86        | 6,68       |
| Aragón               | 32,37             | 10,79        | 24,11             | 2,68         | 8,11       |
| Castilla - La Mancha | 124,20            | 41,40        | 211,01            | 23,45        | 17,95      |
| Asturias             | 112,05            | 37,35        | 33,58             | 3,73         | 33,62      |
| Cataluña             | 151,40            | 50,47        | 140,89            | 15,65        | 34,81      |
| Baleares             | 130,25            | 43,42        | -36,29            | -4,03        | 47,45      |
| La Rioja             | -32,33            | -10,78       | -533,79           | -59,31       | 48,53      |
| Extremadura          | 302,35            | 100,78       | 233,59            | 25,95        | 74,83      |
| País Vasco           | 169,12            | 56,37        | -271,83           | -30,20       | 86,58      |

Las comunidades que han mejorado la calidad más en los años de crisis que en los años de auge económico, sumando las mejoras porcentuales anuales de los indicadores sin ponderar son las que aparecen con signo positivo. La de mayor mejora diferencial en la crisis es el País Vasco, y la de mayor empeoramiento diferencial en la crisis es Navarra.

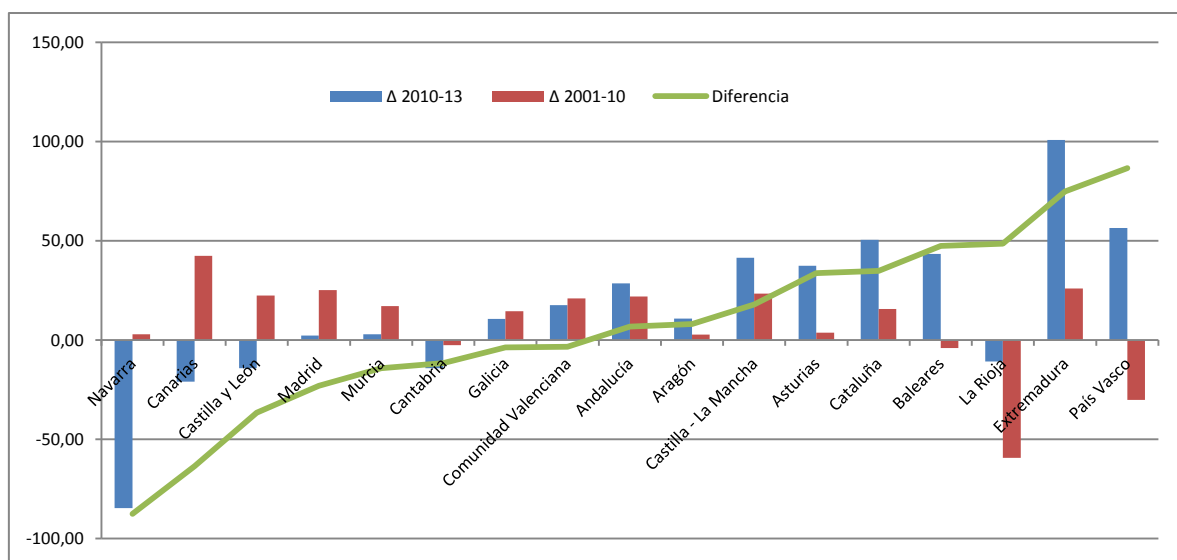


**Ilustración 236: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos porcentuales sin ponderar**

#### 20.4.2 Comparación del grado de mejora de los indicadores entre los periodos 2001-2010 y 2010-2013 (normalización 0) con ponderaciones en los indicadores

Una vez aplicadas las ponderaciones determinadas por el grupo de expertos y recogidas en la Tabla 35, página 269, los valores de la tabla comparativa son los siguientes:

**Tabla 56: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos porcentuales ponderados (normalización 0)**

##### Incrementos porcentuales ponderados

|                      | Caso 2: 2010-2013 |              | Caso 6: 2001-2010 |              | Diferencia |
|----------------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|------------|
|                      | Sintético 2       | Mejora anual | Sintético 6       | Mejora anual |            |
| Navarra              | -942,04           | -314,01      | 83,24             | 9,25         | -323,26    |
| Canarias             | -195,85           | -65,28       | 1078,77           | 119,86       | -185,15    |
| Castilla y León      | -19,69            | -6,56        | 703,00            | 78,11        | -84,67     |
| Galicia              | -65,64            | -21,88       | 492,43            | 54,71        | -76,60     |
| Aragón               | -223,18           | -74,39       | -4,93             | -0,55        | -73,85     |
| Castilla - La Mancha | 282,71            | 94,24        | 1038,95           | 115,44       | -21,20     |
| Comunidad Valenciana | 136,20            | 45,40        | 408,92            | 45,44        | -0,03      |
| Madrid               | 302,06            | 100,69       | 692,81            | 76,98        | 23,71      |
| Andalucía            | 371,02            | 123,67       | 597,10            | 66,34        | 57,33      |
| Murcia               | 346,14            | 115,38       | 414,97            | 46,11        | 69,27      |
| La Rioja             | 118,34            | 39,45        | -536,49           | -59,61       | 99,06      |
| Cataluña             | 564,99            | 188,33       | 573,91            | 63,77        | 124,56     |

|             |        |        |          |         |        |
|-------------|--------|--------|----------|---------|--------|
| Cantabria   | 217,42 | 72,47  | -565,12  | -62,79  | 135,26 |
| Baleares    | 461,87 | 153,96 | -52,80   | -5,87   | 159,82 |
| Extremadura | 699,67 | 233,22 | 560,35   | 62,26   | 170,96 |
| País Vasco  | 150,23 | 50,08  | -1254,21 | -139,36 | 189,43 |
| Asturias    | 595,40 | 198,47 | 28,61    | 3,18    | 195,29 |

Debemos interpretar correctamente las cifras del indicador. La comunidad que obtiene el mayor diferencial entre los dos periodos no necesariamente es la que más ha mejorado la calidad en ambos. Por ejemplo, el País Vasco está la segunda comunidad con un valor más alto en este diferencial porque pasó de un empeoramiento en el periodo 2001-10 de 139,36 puntos agregados de media anual a una mejora de 50,08 en el periodo 2010-13. La Comunidad Valenciana, con mejoras de 45 puntos de media de mejora anual en los dos periodos, está en una posición intermedia, con un diferencial de 0.

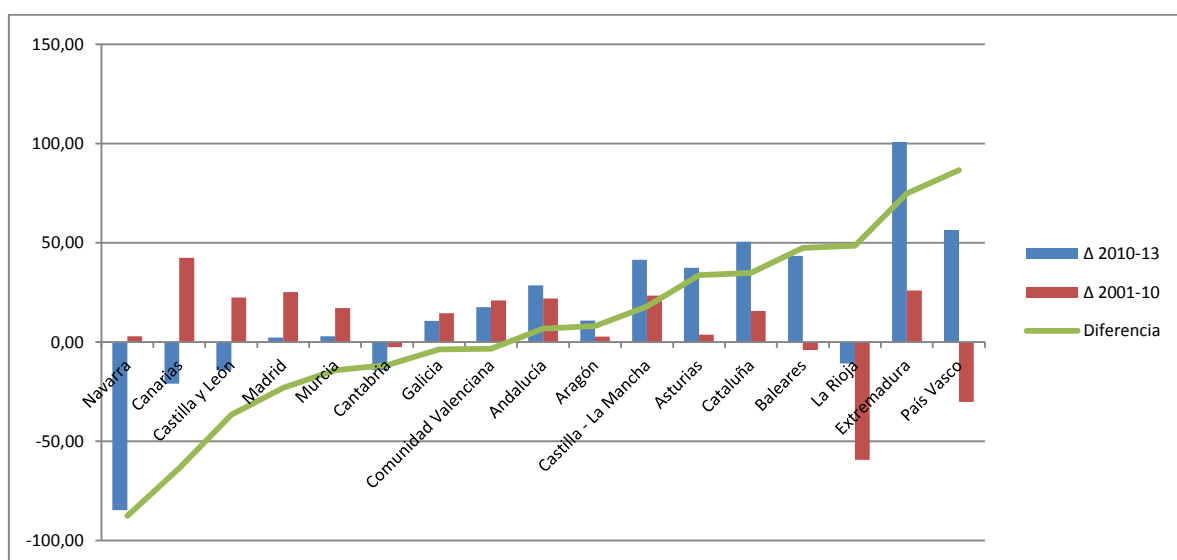


**Ilustración 237: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos porcentuales ponderados (normalización 0)**

#### 20.4.3 Comparación del grado de mejora de los indicadores entre los periodos 2001-2010 y 2010-2013 (normalización 1) con ponderaciones en los indicadores

Una vez aplicada la normalización 1, la tabla de cambio relativo en los dos periodos por comunidades queda de la siguiente forma:

**Tabla 57: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos ponderados (normalización 1)**

| Incrementos normalización 1 ponderados |                   |              |                   |              |            |
|----------------------------------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|------------|
|                                        | Caso 3: 2010-2013 |              | Caso 7: 2001-2010 |              | Diferencia |
|                                        | Sintético 3       | Mejora anual | Sintético 7       | Mejora anual |            |
| Canarias                               | -13,36            | -4,45        | 28,26             | 3,14         | -7,59      |
| Navarra                                | -17,27            | -5,76        | -0,08             | -0,01        | -5,75      |
| La Rioja                               | -5,99             | -2,00        | 28,03             | 3,11         | -5,11      |
| Cantabria                              | -8,42             | -2,81        | 2,84              | 0,32         | -3,12      |
| Castilla y León                        | -9,15             | -3,05        | -5,54             | -0,62        | -2,43      |
| Galicia                                | -10,28            | -3,43        | -11,11            | -1,23        | -2,19      |
| Andalucía                              | 2,50              | 0,83         | 24,89             | 2,77         | -1,93      |
| Comunidad Valenciana                   | -3,44             | -1,15        | 5,21              | 0,58         | -1,73      |
| Aragón                                 | -8,83             | -2,94        | -12,08            | -1,34        | -1,60      |
| País Vasco                             | -3,52             | -1,17        | -14,98            | -1,66        | 0,49       |
| Castilla - La Mancha                   | 9,29              | 3,10         | 18,53             | 2,06         | 1,04       |
| Murcia                                 | 0,67              | 0,22         | -14,11            | -1,57        | 1,79       |
| Madrid                                 | 10,59             | 3,53         | -0,86             | -0,10        | 3,63       |
| Baleares                               | 8,46              | 2,82         | -10,56            | -1,17        | 3,99       |
| Cataluña                               | 16,11             | 5,37         | 8,28              | 0,92         | 4,45       |
| Asturias                               | 16,71             | 5,57         | -21,38            | -2,38        | 7,95       |
| Extremadura                            | 15,91             | 5,30         | -25,34            | -2,82        | 8,12       |

Las comunidades con diferencial más favorable en los años de la crisis son las de signo positivo, entre las que está Castilla-La Mancha. Esto quiere decir, en el caso de esta región, que el ritmo medio de mejora anual del indicador sintético en el periodo 2010-13 fue de 3,10, mientras que en el periodo 2001-10 fue de 2,06. Un caso de mejora en los dos periodos con balance positivo en la crisis es el de Cataluña, con 5,37 puntos anuales en 2010-13 frente a 0,92 en 2001-10.

El caso opuesto es Navarra, con una estabilidad en 2001-10 (-0,01 puntos anuales de empeoramiento del indicador sintético) frente a un deterioro importante en 2010-13, con -5,76 puntos anuales de reducción del mismo. Hemos de recordar que Navarra pierde puntos en este periodo, pero se mantiene en 2013 como la comunidad con mejores resultados en el indicador sintético, como podemos ver en la Tabla 44, página 301. Esto nos debe hacer reflexionar sobre la interpretación de los resultados. Una comunidad con valores muy buenos de los indicadores de calidad, como Navarra, puede esperar sobre todo mantenimiento o reducción de estos. En idénticas circunstancias y esfuerzo, una comunidad con peores valores de los indicadores, por ejemplo Asturias, tendrá mucho más fácil mejorar estos.

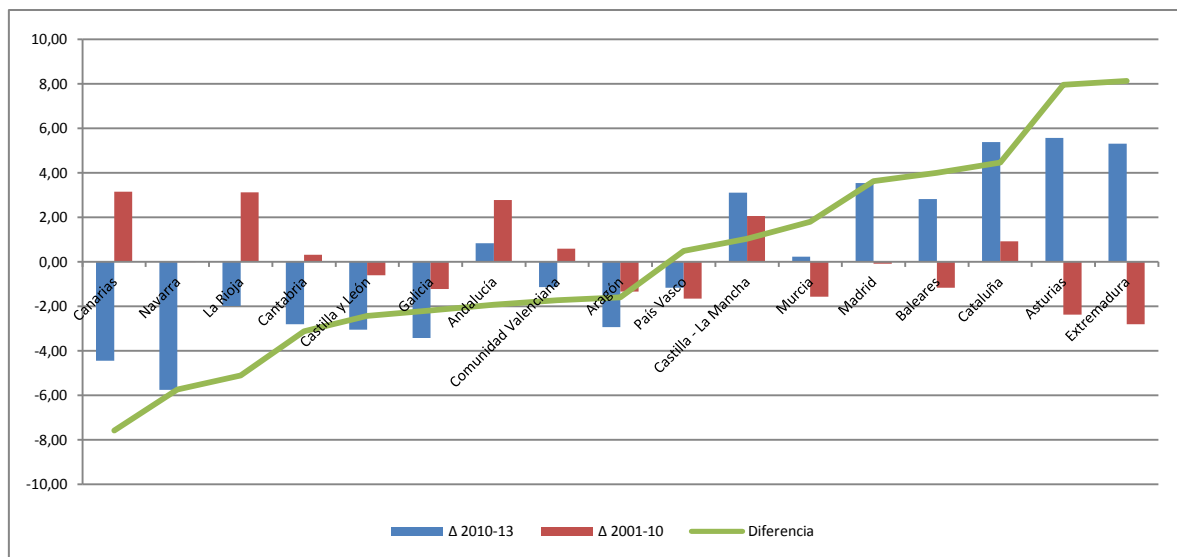


**Ilustración 238:** Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos ponderados (normalización 1)

#### 20.4.4 Comparación del grado de mejora de los indicadores entre los periodos 2001-2010 y 2010-2013 (normalización 2) con ponderaciones en los indicadores

Una vez aplicada la normalización 2, (ver Ecuación 2 y Ecuación 3 en la página 285) la tabla de cambio relativo en los dos periodos por comunidades queda de la siguiente forma:

**Tabla 58:** Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos ponderados (normalización 2)

##### Incrementos normalización 2 ponderados

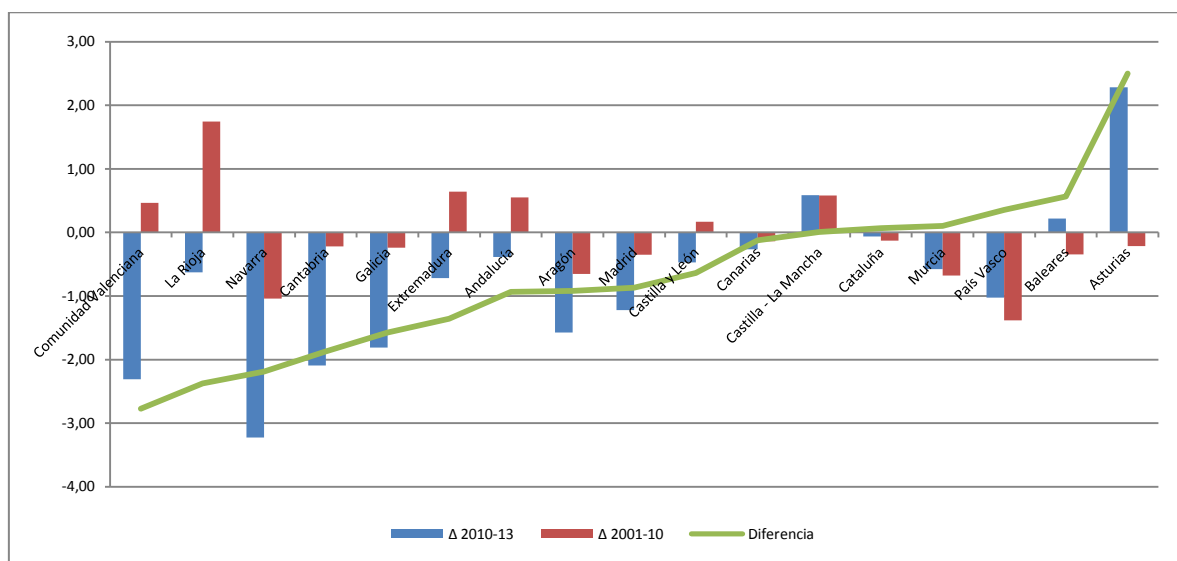
|                      | Caso 4: 2010-2013 |              | Caso 8: 2001-2010 |              | Diferencia |
|----------------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|------------|
|                      | Sintético 2       | Mejora anual | Sintético 6       | Mejora anual |            |
| Comunidad Valenciana | -6,93             | -2,31        | 4,19              | 0,47         | -2,77      |
| La Rioja             | -1,89             | -0,63        | 15,72             | 1,75         | -2,38      |
| Navarra              | -9,68             | -3,23        | -9,35             | -1,04        | -2,19      |
| Cantabria            | -6,28             | -2,09        | -1,98             | -0,22        | -1,87      |
| Galicia              | -5,44             | -1,81        | -2,14             | -0,24        | -1,58      |
| Extremadura          | -2,15             | -0,72        | 5,77              | 0,64         | -1,36      |
| Andalucía            | -1,15             | -0,38        | 4,96              | 0,55         | -0,94      |
| Aragón               | -4,72             | -1,57        | -5,88             | -0,65        | -0,92      |
| Madrid               | -3,66             | -1,22        | -3,14             | -0,35        | -0,87      |
| Castilla y León      | -1,41             | -0,47        | 1,49              | 0,17         | -0,64      |
| Canarias             | -0,80             | -0,27        | -1,26             | -0,14        | -0,13      |
| Castilla - La Mancha | 1,76              | 0,59         | 5,22              | 0,58         | 0,01       |
| Cataluña             | -0,19             | -0,06        | -1,18             | -0,13        | 0,07       |
| Murcia               | -1,73             | -0,58        | -6,12             | -0,68        | 0,10       |

|            |       |       |        |       |      |
|------------|-------|-------|--------|-------|------|
| País Vasco | -3,08 | -1,03 | -12,44 | -1,38 | 0,36 |
| Baleares   | 0,66  | 0,22  | -3,11  | -0,35 | 0,56 |
| Asturias   | 6,85  | 2,28  | -1,95  | -0,22 | 2,50 |

Las comunidades con diferencial más favorable en los años de la crisis son las de signo positivo, entre las que está Castilla-La Mancha. Esto quiere decir, en el caso de esta región, que el ritmo medio de mejora anual del indicador sintético referido al grado de acercamiento al mejor valor en el periodo 2010-13 fue de 0,59 puntos anuales, mientras que en el periodo 2001-10 fue de 0,58. Podemos concluir cómo el grado de acercamiento anual a los mejores anuales de los indicadores de calidad se mantiene igual antes y después de la crisis. Castilla-La Mancha es la única comunidad autónoma que mantiene acercamientos positivos en los dos periodos analizados.

Hacer énfasis igualmente, en el caso de la normalización 2, que una región que se encuentre con los mejores valores en un indicador ya sólo puede igualar o mantener su distancia al óptimo, mientras que una región que tenga malos valores, tiene una mucha mayor facilidad para conseguir reducir sus distancias al óptimo.

**Tabla 59: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos ponderados (normalización 2)**



## 21.- Resultados finales del capítulo de calidad asistencial

El objetivo que se planteaba al inicio del capítulo era analizar el impacto que la reducción del gasto sanitario que se ha realizado en el periodo 2010-13 en Castilla-La Mancha, en la hipótesis de que esta reducción del gasto, si se realiza sobre ineficiencias del sistema y no sobre componentes esenciales de la asistencia, no debería tener un impacto negativo en la calidad asistencial.

Se ha formado un grupo de expertos, que ha seleccionado una batería de indicadores representativos de la calidad orientada a resultados asistenciales, parte referidos a resultados y algunos al propio proceso que debe asegurar esos resultados. Estos se han agrupado en un bloque general, otro de atención hospitalaria y otro de atención primaria.

El grupo de expertos igualmente ha determinado, en dos etapas, las ponderaciones que deberían tener los indicadores para calcular el indicador sintético. Primero, repartiendo un presupuesto de 100 puntos entre los tres grandes bloques. Una vez se llegó a una solución consensuada, repartiendo los puntos de cada bloque entre sus indicadores. Se han completado igualmente los datos faltantes, que eran muy pocos respecto al total, y se han normalizado los valores de los indicadores por distintos métodos, cuya interpretación es complementaria.

Hemos comentado uno a uno los resultados para cada uno de los 31 indicadores que componen el indicador sintético. Las conclusiones son muy extensas, pero cabe destacar que raramente se detectan puntos de inflexión en el valor de cada indicador asociados a una reducción de los niveles de calidad en los años 2010-13. Con más frecuencia se han observado mejoras asociadas a estos años.

Hemos calculado los valores del indicador sintético para el año 2013. Al tratarse de un momento estático, no cabía la normalización 0, que realizamos sobre porcentajes de incremento o decremento del valor de los indicadores. Por ello nos hemos centrado en este caso en la 1 y en la 2.

Como podemos ver en la tabla siguiente, en 2013 Castilla-La Mancha está en la segunda mejor posición de España por comunidades autónomas, en lo que se refiere al valor del indicador sintético de acuerdo con la normalización 1, esto es, con el valor agregado de las distancias a la media dividido por la desviación estándar de la serie.

Si normalizamos el indicador mediante la normalización 2, esto es, calculando la distancia al mejor o al peor desempeño por cada CCAA, CLM se sitúa como la tercera comunidad autónoma con mejores indicadores de calidad asistencial agregados y ponderados. En definitiva, la primera conclusión a la que podemos llegar es que CLM ha terminado 2013 con unos resultados en calidad asistencial que la ponen a la cabeza de España.

La segunda pregunta que nos planteamos es la de si la calidad asistencial ha mejorado o empeorado en los años de la crisis. En la Tabla 60 resumen vemos cómo esta cuestión se analiza mediante cuatro enfoques. Con el indicador sintético sin ponderar, se mejora en 124,20 puntos, la quinta mayor mejora del país. Si aplicamos las ponderaciones al indicador sintético, la mejora es de 282,71, la octava mejor del país. Si aplicamos la normalización 1 obtenemos una mejora de 9,29 puntos de acercamiento agregado a la media de los indicadores dividido por la desviación estándar, que la sitúa en la cuarta mejora más importante de las CCAA españolas. Si aplicamos la normalización 2, esto es, la suma de las distancias al mejor valor de cada indicador, CLM se sitúa en segundo lugar con un valor de 1,76 puntos de mejora neta en estos tres últimos años.

**Tabla 60: Resumen de los resultados obtenidos**

|                          | $\Delta$ s/ponderar |          | $\Delta$ ponderado |          | Normalización 1 |          | Normalización 2 |          |
|--------------------------|---------------------|----------|--------------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|
|                          | Valor               | Posición | Valor              | Posición | Valor           | Posición | Valor           | Posición |
| Indicador sintético 2013 |                     |          |                    |          | 6,14            | 2        | 31,34           | 3        |
| Evolución 2010-13        | 124,20              | 5        | 282,71             | 8        | 9,29            | 5        | 1,76            | 2        |
| Mejora anual 2010-13     | 41,40               |          | 94,24              |          | 3,10            |          | 0,59            |          |
| Evolución 2001-10        | 211,01              | 4        | 1.038,95           | 2        | 18,53           | 4        | 5,22            | 3        |
| Mejora anual 2001-10     | 23,45               |          | 115,44             |          | 2,06            |          | 0,58            |          |
| Comparación evolución    | 17,95               |          | -21,20             |          | 1,04            |          | 0,01            |          |

Por tanto, en todos los escenarios de cálculo del indicador sintético se consiguen valores positivos y nos situamos en una posición de privilegio a nivel de toda España.

Si medimos el diferencial de mejora media anual en las dos etapas, el incremento sin ponderar era de 17,95 puntos al año de mayor mejora anual en la etapa 2010-13. Ponderando el indicador da mayor mejora anual en 21,20 puntos para el periodo 2001-10. Si aplicamos la normalización 1 hay un diferencial de 1,04 puntos de mejora más en el periodo de 2010-13, y en la normalización 2 hay casi un empate, que gana el periodo 2010-13 por 0,01 puntos

Con estos datos podemos afirmar, que de acuerdo con los cálculos realizados, la reducción del gasto que realizó CLM en 2010-13 no tuvo ningún efecto perjudicial para la calidad asistencial, que mejoró en la etapa del ajuste, a un ritmo similar o algo mayor a como lo hacía en la época del auge económico. Casi todos los escenarios dan además un mejor desempeño en esta última etapa que al anterior.





## Capítulo VI: Impacto en la eficiencia del sistema sanitario

---

## 22. Variación de la eficiencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2010 y 2013

### 22.1 Marco metodológico

A la hora de analizar si la gestión sanitaria en una unidad de decisión ha sido más o menos adecuada, es importante conocer cómo ha afectado a la eficiencia. Para entender el concepto de eficiencia, podemos empezar refiriéndonos al de productividad, que es la relación entre los resultados obtenidos en un proceso productivo y los inputs primarios empleados en el mismo (Ortun, Casado, & Sánchez, 1999). La productividad podría mejorar en un entorno determinado, bien por cambios tecnológicos, por cambios en el entorno productivo o por mejoras en la eficiencia. La eficiencia es entonces la productividad máxima que puede conseguirse en un entorno determinado y con una tecnología concreta (Fried, Lovell, & Schmidt, 2008).

La medida de la eficiencia es compleja en una organización sanitaria. Siguiendo a Ortún (Ortun et al., 1999), hemos de distinguir entre la generación de inputs intermedios, como consultas, o estancias, de lo que llama 'eficiencia ingenieril', de la generación de resultados asistenciales, que llama 'eficiencia médica', y de la generación de mejoras reales en la salud de los ciudadanos, a lo que llama 'resultado', y que tiene una fuerte influencia de variables del entorno donde se aplican las políticas sanitarias, asociándose ya no a la eficiencia, sino a la efectividad. La complejidad para llegar a la segunda y a la tercera medida es muy alta, aunque podría aproximarse combinando medidas de actividad y calidad.

Farrell (Farrell, 1957), distingue entre los conceptos de eficiencia técnica y asignativa, refiriéndose la técnica a la maximización del output con los inputs disponibles, y la asignativa a la obtención de la mejor combinación de inputs, de acuerdo con sus precios y productividades marginales.

La investigación sobre la eficiencia en organizaciones sanitarias públicas, es importante, siguiendo a Puig Junoy (Puig-Junoy, 2000). En primer lugar porque nos ayuda a evaluar las políticas públicas, identificando mejores y peores prácticas. En segundo lugar, para el diseño de nuevas políticas públicas con un mejor conocimiento de sus efectos esperados. En tercer lugar, para atraer la investigación al campo de la gestión de servicios sanitarios públicos

Desde su nacimiento, el Análisis Envolvente de Datos o DEA (Data Envelopment Analysis) ha servido para analizar la eficiencia de unidades organizativas de muy diversa índole. Las medidas de eficiencia a partir de este método no son ni más ni menos que una generalización de las medidas clásicas del ratio input/output, muy usadas en ingeniería (Aparicio, 2007).

Los estudios precursores del DEA se remontan a los trabajos de Farrell (Farrell, 1957) que analizando las dificultades para estimar funciones de producción sobre las que medir la

eficiencia, sirvió de punto de partida para los métodos de medición de la eficiencia de tipo paramétrico y para los no paramétricos, como el DEA.

El precursor directo del DEA es el artículo de Charnes, Coopers y Rhodes sobre medida de la eficiencia (Charnes, Cooper, & Rhodes, 1978), cuando al analizar la eficiencia de un conjunto de escuelas en Estados Unidos, vieron que los métodos estadísticos no les daban buenos resultados y sí obtuvieron resultados satisfactorios utilizando el DEA.

En DEA no se necesita establecer ninguna hipótesis sobre la función de producción, sino que calculamos una frontera de eficiencia dentro de la cual quedan englobadas todas las DMUs. Las que se encuentran en su relación entre inputs y outputs sobre la frontera, se consideran unidades eficientes.

La versión inicial del modelo de Charnes, Coopers y Rhodes sobre el modelo, también denominada modelo CCR por las iniciales de sus autores, es la siguiente:

**Ecuación 4**

$$\max E_0 = \sum_{r=1}^s y_{r0} u_{r0}$$

s.a.

$$\sum_{i=1}^m x_{i0} v_{i0} = 1$$

$$\sum_{r=1}^s y_{rj} u_{r0} \leq \sum_{i=1}^m x_{i0} v_{i0} \quad \forall j$$

$$u_{r0} \geq 0 \quad \forall r$$

$$v_{i0} \geq 0 \quad \forall i$$

Este modelo asume que los rendimientos son constantes independientemente de la escala (constant returns to scale, CRS).

Como indica Navarro (José Luis Navarro Espigares, 1995), una gran ventaja de los métodos de análisis de la eficiencia no paramétricos es que permiten la utilización de cualquier unidad de medida en los inputs y los outputs. Esto es especialmente relevante en organizaciones muy complejas, como las sanitarias, que deben de ser evaluadas siempre desde una perspectiva multidimensional.

De cara al presente trabajo, debemos plantear cuales van a ser nuestros inputs y nuestros outputs. Como hemos indicado anteriormente, no es una cuestión fácil el determinar cómo

medir el producto de una organización sanitaria, máxime de una tan amplia y compleja como un servicio de salud.

Hollingsworth (Hollingsworth, 2003) hace un repaso a los trabajos de análisis de eficiencia con frontera paramétrica y no paramétrica realizados hasta el momento de su publicación en organizaciones sanitarias. De cara a nuestro trabajo, interesa repasar los trabajos realizados a nivel de servicios de salud, ya sean países o departamentos de salud dentro de un país.

Puig-Junoy (Puig-Junoy, 1998), hace una análisis de eficiencia utilizando el DEA para comparar sistemas sanitarios en países de la OCDE. Utiliza como variable de output la variación de la expectativa de vida para hombres y mujeres. Como medidas de inputs utiliza el número de médicos y de no-médicos empleado por el sistema por cada 1000 habitantes, junto al número de camas por habitante. Utiliza como proxies del estilo de vida el consumo de tabaco y de alcohol per cápita. La proporción de personas con menos de 65 años es considerada como variable proxy para la edad.

Wang et al, (Wang, Ozcan, Wan, & Harrison, 1999), analizan 6010 hospitales en 314 mercados metropolitanos en Estados Unidos. Las variables que contemplan en el estudio son: altas ajustadas por el índice de case-mix de cada hospital, visitas ambulatorias (consultas y urgencias), número total de servicios diagnósticos y especiales ofrecidos por cada hospital, camas operativas, número de empleados a tiempo completo, y gastos operativos del hospital. Podemos ver que se trata de un modelo de evaluación puramente hospitalario y muy orientado a la eficiencia productiva.

Rosenman (Rosenman, Siddharthan, & Ahern, 1997) analiza la eficiencia de 28 Health Maintenance Organisations (HMOs) en Florida. Utilizan como variable de output el número de personas afiliadas a la HMO, y como inputs los bienes de capital, los gastos en la provisión de servicios médicos y los gastos administrativos.

Sinimole (Sinimole, 2012), analiza la eficiencia de 180 sistemas nacionales de salud, y utiliza como variables de output la mortalidad (adultos, infantil, neonatal y antes de los cinco años) y las coberturas de inmunización al año de edad (difteria, tétanos y tosferina por una parte y varicela por la otra), como variables de output utiliza el número de médicos y de enfermeras y el gasto total en sanidad. Obtiene una frontera de eficiencia quizá demasiado extensa, con 42 países en posición de eficiencia

Halkos (Halkos & Tzeremes, 2011) realiza un estudio de eficiencia del sistema sanitario de 13 regiones griegas. Utiliza como variables de input el número de camas hospitalarias, el número de médicos y enfermeros en hospitales y atención primaria. Como output utilizan los días de estancia hospitalaria, que a simple vista se revela como un output tremendamente débil para medir el desempeño sanitario de una región. Un mayor número de días de estancia puede deberse a un mal funcionamiento de atención primaria, o a una organización deficiente en los hospitales, nada más lejano a una mayor producción de salud.

Cordero (Cordero Ferrera, Cebada, & Murillo Zamorano, 2014), aboga por la utilización en la medida de la eficiencia en atención primaria de metodologías que permitan el uso de indicadores de calidad y variables de entorno. Propone diversas metodologías para su

tratamiento. En una opción se separa conceptualmente de manera acusada la calidad con los output del sistema sanitario, cuando la calidad es un componente esencial de dicho output. Como segunda opción, más acertada desde mi punto de vista, incluye la calidad como un output del sistema. El problema de esta segunda opción es que hace que el modelo DEA pierda capacidad de discriminar situaciones de ineficiencia, y aumenta el número de unidades de decisión eficientes. Podría llevarnos a resultados en términos de ponderación inconsistentes con nuestro conocimiento previo de la realidad analizada. Para salir de este problema propone utilizar el DEA con restricciones en los pesos.

Murillo-Zamorano (Murillo-Zamorano & Petraglia, 2011), propone un modelo de evaluación de atención primaria en el que los outputs son el número de consultas (por médico de familia, enfermero, pediatra, e urgencias). Como inputs distinguen el número de trabajadores médicos y no médicos per cápita, un indicador de la dotación de capital, y el número de prescripciones per cápita. Como indicadores de calidad incluyen el número de visitas a médico de familia, enfermera o pediatra por día, asumiendo que menos visitas proporcionan más calidad. Otras variables de calidad incluidas son la experiencia en los últimos 15 años de los profesionales y el número de pruebas diagnósticas solicitadas, asumiendo que más pruebas solicitadas equivalen a más calidad. Los indicadores de calidad utilizados son muy discutibles, sobre todo el tercero, aunque también el segundo por inconsistente y el primero por simplista. El trabajo necesitaría un fuerte replanteamiento de los indicadores de calidad utilizados.

Gerdtham, (Gerdtham, Rehnberg, & Tambour, 1999), analizando los cambios en el modelo sueco de atención sanitaria, argumenta que la introducción de un modelo de financiación prospectivo redujo la discrecionalidad política en la financiación. Utiliza como outputs para medir la eficiencia el número de operaciones a corto plazo realizadas, el número de ingresos médicos y quirúrgicos, y el número de visitas ambulatorias en cirugía de corta estancia y en medicina interna. Como inputs utiliza el coste y el número de camas.

Salinas-Jiménez (Salinas-Jiménez & Smith, 1996) realiza un análisis de eficiencia en distritos de atención primaria en el Reino Unido, intentando introducir indicadores de calidad. Eligen indicadores muy pobres, probablemente por no disponibilidad de datos: Médicos de atención primaria por cada 10000 habitantes, porcentaje de consultorios con enfermera practicante, porcentaje de médicos con menos de 2500 pacientes en lista, porcentaje de médicos que no trabajan solos en el consultorio, niveles de inmunización infantil, seguimiento de cribaje de cáncer de cérvix y porcentaje de prácticas que siguen los protocolos acordados. Como variables de entorno utiliza un ratio de morbilidad estandarizado y el porcentaje de desempleo. Como variable de input selecciona el gasto sanitario per cápita en el distrito.

De cara a nuestro trabajo es complejo, como hemos visto, seleccionar las variables adecuadas de output a la hora de evaluar la eficiencia de un servicio de salud. Tenemos, básicamente, dos dimensiones de producción. Una es el ámbito hospitalario y otra el ámbito de atención primaria.

En el ámbito hospitalario son muy abundantes los estudios sobre eficiencia realizados. Destacaremos los realizados por Cabello e Hidalgo (Cabello Granado & Hidalgo Vega, 2014), analizando la eficiencia de hospitales en el Sistema Nacional de Salud y agrupando estos por Comunidad Autónoma, en un primer paso para establecer diferencias en la eficiencia de los

sistemas sanitarios autonómicos. También destacar el trabajo de Navarro Espigares (J L Navarro Espigares & Hernández Torres, 2003), en el que ya destaca la necesidad de introducir indicadores de calidad a la hora de comparar la eficiencia de hospitales públicos, además de los indicadores clásicos de actividad. Macías (Macías & López, 2004) analiza la eficiencia hospitalaria desde el punto de vista de la especialización, y cómo ésta puede afectar a los resultados en eficiencia.

El ámbito hospitalario está más orientado a la actividad, el hospital es una organización compleja que posee unos procesos de diagnóstico y tratamiento que han de dar resultados en términos de mejora de la salud de los pacientes atendidos y de volumen de actividad suficiente para dar un servicio adecuado a la población. Un hospital, no obstante, puede generar actividad no deseable, como ingresos inadecuados, o estancias por encima de lo necesario, o pruebas diagnósticas no necesarias, o indicaciones quirúrgicas no necesarias. Por tanto, hemos de completar los indicadores de actividad propiamente dicha con indicadores de calidad.

Para medir la actividad hospitalaria, utilizaremos las unidades de complejidad hospitalaria, (UCH). Estas unidades han sido utilizadas ampliamente en nuestro sistema sanitario, especialmente en el INSALUD para la confección de sus contratos de gestión (García Cornejo, 2004) y en muchas de las comunidades autónomas que recibieron la gestión de este para el mismo cometido o para la firma de acuerdos de gestión clínica entre los hospitales y sus unidades clínicas. Las UCH se crean aplicando los pesos de los GRD (grupos relacionados con el diagnóstico) a las altas hospitalarias y a los procesos de Cirugía Mayor Ambulatoria. Para los procesos de consultas externas y de urgencias, se aplican ponderaciones específicas del sistema de UCH que se estimaron en función del coste de los distintos procedimientos y actividades. Con estos cálculos, tendremos una variable representativa de la actividad del hospital.

Medir la actividad en atención primaria es más complejo. La medida bruta del número de consultas no es representativa. Más consultas pueden suponer peor seguimiento de los pacientes, o menor orden en el apoyo a pacientes crónicos. Ortún (Ortun et al., 1999) realiza una buena reflexión sobre el producto de atención primaria, su complejidad a la hora de ser medido, y la necesidad de avanzar en la implantación de sistemas de clasificación de pacientes en el ámbito de la atención primaria, tal y como ha hecho el Sescam en los últimos cuatro años con la implantación de ACGs en atención primaria. Recomienda de cara al futuro separar la medida de outputs intermedios, como el número de consultas, de los outputs finales, como la mejora del estado de salud de los pacientes. Pina (Pina & Torres, 1992), realiza un análisis de eficiencia de distritos sanitarios en Aragón, y utiliza como variables de input el gasto en personal, el gasto en receta, y el resto de conceptos de gasto del distrito como tercera variable de input. Como variables de output la media de consultas por habitante, la media de consultas por profesional (discutible), y el porcentaje de consultas programadas.

A falta de datos globales por comunidad autónoma de morbilidad esperada utilizando sistemas de clasificación de pacientes orientados a la atención primaria, la población es un buen factor de medida de la actividad esperada en este nivel asistencial. El trabajo de un centro de salud o de un distrito sanitario está condicionado por el volumen de población asignada. No obstante, hemos de ponderar esta población por la edad. Sánchez Maldonado (Fernández & Maldonado,

2009) hace un análisis del impacto en el gasto y por tanto en la carga de trabajo asistencial de la población en distintos niveles de edad. Los recién nacidos y la población más envejecida son los usuarios más intensivos en atención primaria. En el Reino Unido, Nigel Rice (Rice, Cole, Dixon, Lloyd, & Roberts, 2000) encuentran significativo el factor edad a la hora de ajustar la financiación per cápita en la atención primaria. Sáez, en (Sáez, 2003) nos recuerda que el factor edad puede ser considerado como una variable proxy de la carga de enfermedad de la población, muy útil dada la dificultad de medir esta segunda variable. Rivera Casares et al (Rivera Casares et al., 2000) analizan la utilización de las consultas por un cupo de atención primaria, tratando de establecer perfiles de utilización. Los menos utilizadores son mayoritariamente hombres, más jóvenes y sin problemas crónicos de salud.

Blanquer (Blanquer Gregori, 2007), analiza, desde una perspectiva más corporativa, las distintas alternativas para ponderar los cupos de atención primaria de manera equitativa, resaltando la población, la edad y la morbilidad como factores críticos que se repiten en la literatura a la hora de ponderar los cupos.

Analizando el producto en atención primaria, Glazier (Glazier, Klein-Geltink, Kopp, & Sibley, 2009) analiza en Ontario el comportamiento de dos perfiles de médicos de atención primaria: los que cobran por acto y los que cobran por capitación. Encuentran que, con pacientes de similares características demográficas, los que cobran por acto generan más actividad, generan más trabajo fuera de horario. Los médicos en el sistema de capitación incorporan menos pacientes, y generan menos actividad por paciente. Parece claro que en un nivel asistencial como primaria, donde prima la prevención, debemos ir a métodos de pago per cápita, que favorecen la gestión global de los pacientes y la anticipación de los profesionales sanitarios para evitar que los problemas de salud no aparezcan, o que se agraven cuando estos ocurran. La población parece entonces ser una buena unidad de producto en atención primaria.

Gosden, en un revisión Cochrane (Gosden et al., 2000), concluye que los sistemas de pago por acto en atención primaria generan más actividad que los de pago per cápita, salvo en visitas a urgencias y ambulatorias, si bien advierte que la evidencia recopilada no es del todo robusta y que habrá que tener en cuenta las características del entorno donde se vayan a aplicar las distintas políticas.

Pujol Ribera (Pujol Ribera et al., 2006) analiza la evidencia publicada sobre la utilización de servicios en atención primaria, y encuentra las siguientes variables: el estado de salud como variable principal, aunque difícilmente medible hasta ahora, el sexo y la edad como variable proxies del estado de salud. También se han descrito variables socioculturales y familiares, o la renta de los individuos, variable esta muy criticada en la literatura.

En nuestro modelo de análisis envolvente de datos vamos a seleccionar las siguientes variables:

Como variables de output:

- Representativa de la producción hospitalaria, las UCH producidas por cada servicio de salud



- Representativa de la producción en atención primaria, la población ajustada por edad. Para ajustar la población por edad utilizaremos los criterios consensuados por Andalucía en sus contratos de gestión clínica en atención primaria (Servicio Andaluz de Salud, 2007) y en las retribuciones de atención primaria asociadas a la capitación en esta comunidad autónoma (BOJA, 2001)
- Representativa de la calidad en atención primaria y hospitales, el indicador sintético de calidad asistencial que hemos desarrollado en el capítulo de calidad asistencial.
- Como factor no controlable pero que genera un mayor esfuerzo para dar asistencia, la dispersión geográfica representada por el número de municipios por comunidad autónoma (Moyano, 1978)

Como variable de input, seleccionamos el gasto total de cada servicio de salud, dado que es la variable que agrupa todos los inputs sanitarios, y en este caso está perfectamente agregada al ser el objeto de análisis el servicio de salud al completo. Como alternativas a la forma agregada del gasto total utilizaremos:

- Las siguientes variables de gasto, que sumadas constituyen el gasto total:
  - Gasto en personal
  - Gasto en bienes, servicios y resto de conceptos de gasto
  - Gasto en conciertos
  - Gasto en transferencias corrientes, principalmente en receta médica
  - Gasto en capital
- El gasto sanitario per cápita

Compararemos la eficiencia de Castilla-La Mancha respecto al resto de comunidades autónomas en el año 2010 y en el año 2013, último para el que existen hasta la fecha datos publicados, para ver el desplazamiento que sufre la comunidad autónoma en términos de eficiencia. Para ello utilizaremos el análisis envolvente de datos.

## 22.2 Datos utilizados

### 22.2.1 Producción en UCH hospitalarias

La medida de la actividad hospitalaria ha evolucionado en los últimos años, desde agregados simples de la estancia, a unidades ponderadas más elaboradas, como la UPA (Bestard Perelló, Sevilla Pérez, & Elola Somoza, 1993), hasta unidades como la UCH que ponderan la actividad a partir del case mix hospitalario. En cualquier caso, la medida de la actividad a partir de productos intermedios en el hospital es a la vez una necesidad, dado que existen muchos componentes de eficiencia de proceso en una buena gestión hospitalaria, y un problema, dado que la producción de actividad hospitalaria puede ser necesaria o innecesaria, y más producción a veces no significa buena sino mala gestión. Baste repasar el capítulo de calidad, donde varios indicadores relevantes de calidad se refieren a ingresos no adecuados de

pacientes con enfermedades que deberían ser seguidas de forma ambulatoria. Estos ingresos, en los sistemas actuales de medida de la actividad hospitalaria, generan más actividad, y en el límite pueden generar una impresión de más eficiencia cuando la realidad es la contraria. Igual ocurriría cuando se produce sobreindicación quirúrgica como respuesta a incentivos perversos a la actividad, o cuando se generan consultas inadecuadas al no retornar el paciente al nivel de atención primaria y quedar atrapado en consultas especializadas que justifica a su vez con su presencia.

Hechas estas salvedades, vamos a explicar el proceso por el que calculamos la actividad hospitalaria. Para ello vamos a calcular las Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH) producidas por cada servicio de salud en 2010, esto es antes de las medidas de ajuste por la crisis, y en 2013, una vez que estas ya fueron aplicadas y último año para el que se dispone actualmente de datos.

Las UCH se calculan a partir de la ponderación de las altas del hospital en función de su peso medio, añadiéndole el resto de conceptos ambulatorios no recogidos mediante una ponderación en función de su coste interno. En el cálculo cotidiano de la UCH hay un tercer componente, los conceptos extraídos, que a veces lo que aportan son incentivos a la financiación de centros hospitalarios o servicios mediante la incentivación vía precio de estas actividades, que se consideran estratégicas para la organización sanitaria. Es un concepto muy correcto desde el punto de vista de la gestión, pero no adecuado desde la eficiencia, dado que estas actividades ya se han recogido en la casuística del propio hospital, y sus precios no representan el coste sino el incentivo a prestar por un determinado servicio de salud.

El cálculo que realizamos de UCH, realizado a partir de los coeficientes que utiliza actualmente la Comunidad de Madrid en sus contratos de gestión, recogido en (Francisco, Moreno Domene, & Plasencia Martín, 2015). La actividad a medir será:

**Tabla 61: Ponderaciones utilizadas en el cálculo de la UCH**

| Actividad                | Ponderación |
|--------------------------|-------------|
| Ingresos hospitalización | Peso medio  |
| Altas CMA                | Peso medio  |
| Urgencias no ingresadas  | 0.054       |
| Consultas hospitalarias  | 0.044       |
| Hospital de día          | 0.1         |
| Pacientes diálisis       | 12.386      |

Los ingresos hospitalarios por comunidades autónomas se han obtenido de la base de datos de Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, en septiembre de 2015.

El peso medio se ha obtenido de la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad.

Las altas de CMA, urgencias no ingresadas, consultas hospitalarias, hospital de día y pacientes en diálisis se han obtenido igualmente de la base de datos de SIAE. Para calcular el número de pacientes en diálisis se ha estimado, desde el número de sesiones realizadas, una media de 2,5 entre sesión por paciente.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

**Tabla 62: Producción en UCH por comunidades autónomas en el año 2013**

|                      | 2013                     |           |                         |                         |                 |                    | Total UCH 2013 |
|----------------------|--------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------|-----------------|--------------------|----------------|
|                      | Ingresos hospitalización | Altas CMA | Urgencias no ingresadas | Consultas hospitalarias | Hospital de día | Pacientes diálisis |                |
| Andalucía            | 522.659                  | 197.011   | 3.775.606               | 11.922.519              | 593.711         | 1.968              | 1.560.675      |
| Aragón               | 131.063                  | 21.987    | 498.184                 | 2.496.922               | 89.727          | 492                | 300.294        |
| Asturias             | 105.010                  | 23.522    | 365.622                 | 2.013.408               | 93.729          | 482                | 253.500        |
| Baleares             | 76.931                   | 22.247    | 381.377                 | 1.459.354               | 79.290          | 483                | 198.889        |
| Canarias             | 116.535                  | 19.878    | 517.914                 | 3.109.609               | 119.386         | 816                | 327.337        |
| Cantabria            | 49.494                   | 11.386    | 278.025                 | 904.135                 | 58.802          | 76                 | 126.761        |
| Castilla y León      | 237.497                  | 56.670    | 803.426                 | 4.246.251               | 199.249         | 1.233              | 559.582        |
| Castilla - La Mancha | 160.809                  | 49.039    | 728.013                 | 3.375.253               | 120.297         | 594                | 414.959        |
| Cataluña             | 577.996                  | 217.964   | 3.248.358               | 11.879.096              | 1.411.110       | 2.518              | 1.706.153      |
| Comun. Valenciana    | 411.639                  | 134.500   | 1.814.969               | 8.252.616               | 612.057         | 2.173              | 1.089.923      |
| Extremadura          | 104.370                  | 23.887    | 393.616                 | 1.716.243               | 61.931          | 390                | 224.510        |
| Galicia              | 245.005                  | 60.877    | 880.930                 | 4.763.220               | 190.481         | 1.643              | 611.612        |
| Madrid               | 486.484                  | 178.183   | 2.588.160               | 12.655.307              | 721.732         | 2.302              | 1.515.115      |
| Murcia               | 117.115                  | 28.805    | 673.123                 | 2.495.473               | 83.450          | 290                | 302.549        |
| Navarra              | 54.556                   | 8.509     | 217.124                 | 956.897                 | 79.005          | 259                | 124.845        |
| País Vasco           | 198.663                  | 62.615    | 770.644                 | 4.631.063               | 335.155         | 676                | 545.933        |
| La Rioja             | 27.593                   | 9.815     | 94.530                  | 566.791                 | 19.470          | 161                | 67.658         |

Para el año 2010:

**Tabla 63: Producción en UCH por comunidades autónomas en el año 2010**

|                      | 2010                     |           |           |                         |                 |                    | Total UCH 2010 |
|----------------------|--------------------------|-----------|-----------|-------------------------|-----------------|--------------------|----------------|
|                      | Ingresos hospitalización | Altas CMA | Urgencias | Consultas hospitalarias | Hospital de día | Pacientes diálisis |                |
| Andalucía            | 543.994                  | 183.965   | 3.874.009 | 11.343.079              | 516.462         | 1.832              | 1.517.874      |
| Aragón               | 129.447                  | 17.255    | 497.441   | 2.496.965               | 63.763          | 392                | 287.321        |
| Asturias             | 109.497                  | 21.013    | 385.749   | 1.963.823               | 87.746          | 376                | 247.267        |
| Baleares             | 75.649                   | 19.973    | 399.360   | 1.413.406               | 68.780          | 299                | 189.958        |
| Canarias             | 120.826                  | 17.064    | 558.372   | 2.921.512               | 100.023         | 492                | 315.441        |
| Cantabria            | 48.312                   | 8.632     | 288.913   | 887.642                 | 48.435          | 156                | 120.084        |
| Castilla y León      | 241.669                  | 50.043    | 795.639   | 4.128.839               | 160.282         | 1.523              | 545.405        |
| Castilla - La Mancha | 177.331                  | 41.834    | 761.738   | 3.591.255               | 112.604         | 564                | 421.215        |

|                   |         |         |           |            |           |       |           |
|-------------------|---------|---------|-----------|------------|-----------|-------|-----------|
| Cataluña          | 605.490 | 218.020 | 3.439.816 | 11.838.995 | 1.211.436 | 2.363 | 1.680.587 |
| Comun. Valenciana | 394.711 | 107.911 | 1.887.092 | 7.708.677  | 467.313   | 1.218 | 980.393   |
| Extremadura       | 103.706 | 15.427  | 415.758   | 1.506.233  | 63.990    | 355   | 205.553   |
| Galicia           | 237.573 | 36.711  | 952.498   | 4.549.951  | 184.704   | 632   | 557.699   |
| Madrid            | 480.231 | 152.164 | 2.423.156 | 11.857.256 | 540.968   | 2.010 | 1.395.571 |
| Murcia            | 114.264 | 28.998  | 663.717   | 2.356.836  | 99.543    | 386   | 290.378   |
| Navarra           | 58.377  | 5.535   | 219.440   | 991.565    | 34.924    | 263   | 122.308   |
| País Vasco        | 193.851 | 44.842  | 775.550   | 4.045.280  | 143.103   | 683   | 471.790   |
| La Rioja          | 27.232  | 9.470   | 91.891    | 555.993    | 18.319    | 95    | 65.094    |

La variación entre 2010 y 2013 de la producción en UCH a partir de estos datos fue:

**Tabla 64: Diferencias entre la producción de UCH en 2010 y 2013 por comunidades autónomas**

|                      | UCH Hospitalización | UCH altas ambulatorias | UCH Urgencias | UCH consultas | UCH hospital de día | UCH pacientes diálisis | Variación total UCH | Variación % UCH |
|----------------------|---------------------|------------------------|---------------|---------------|---------------------|------------------------|---------------------|-----------------|
| Andalucía            | -5.869              | 19.087                 | -5.314        | 25.495        | 7.725               | 1.676                  | 42.801              | 2.82%           |
| Aragón               | 4.156               | 4.935                  | 40            | -2            | 2.596               | 1.246                  | 12.973              | 4.52%           |
| Asturias             | -152                | 3.375                  | -1.087        | 2.182         | 598                 | 1.317                  | 6.233               | 2.52%           |
| Baleares             | 2.051               | 2.496                  | -971          | 2.022         | 1.051               | 2.281                  | 8.930               | 4.70%           |
| Canarias             | -3.211              | 3.069                  | -2.185        | 8.276         | 1.936               | 4.011                  | 11.896              | 3.77%           |
| Cantabria            | 3.197               | 3.292                  | -588          | 726           | 1.037               | -986                   | 6.677               | 5.56%           |
| Castilla y León      | 661                 | 7.628                  | 421           | 5.166         | 3.897               | -3.596                 | 14.177              | 2.60%           |
| Castilla - La Mancha | -5.717              | 9.643                  | -1.821        | -9.504        | 769                 | 373                    | -6.257              | -1.49%          |
| Cataluña             | 1.406               | 10.842                 | -10.339       | 1.764         | 19.967              | 1.924                  | 25.565              | 1.52%           |
| Comun. Valenciana    | 32.547              | 30.640                 | -3.895        | 23.933        | 14.474              | 11.830                 | 109.530             | 11.17%          |
| Extremadura          | 2.678               | 8.007                  | -1.196        | 9.240         | -206                | 432                    | 18.957              | 9.22%           |
| Galicia              | 10.031              | 25.258                 | -3.865        | 9.384         | 578                 | 12.528                 | 53.913              | 9.67%           |
| Madrid               | 21.160              | 32.665                 | 8.910         | 35.114        | 18.076              | 3.617                  | 119.544             | 8.57%           |
| Murcia               | 7.393               | 969                    | 508           | 6.100         | -1.609              | -1.189                 | 12.172              | 4.19%           |
| Navarra              | -3.046              | 2.881                  | -125          | -1.525        | 4.408               | -56                    | 2.536               | 2.07%           |
| País Vasco           | 10.579              | 18.941                 | -265          | 25.774        | 19.205              | -91                    | 74.143              | 15.72%          |
| La Rioja             | 597                 | 405                    | 143           | 475           | 115                 | 828                    | 2.564               | 3.94%           |

Como vemos, todas las comunidades aumentaron su actividad menos Castilla-La Mancha, que centró sus esfuerzos precisamente en evitar la actividad innecesaria.

## 22.2.2 Cálculo de la población ponderada

Partimos de la siguiente tabla de ponderación, que es la utilizada en Andalucía para ponderar su población en atención primaria (BOJA, 2001):

**Tabla 65: Ponderaciones utilizadas para ajustar la población en atención primaria**

|                  |     |
|------------------|-----|
| 0-1              | 5.0 |
| 1 a 2            | 3.0 |
| 3 a 6            | 1.5 |
| 7 a 64           | 1.0 |
| 65-74            | 2.0 |
| 75 o mas         | 4.0 |
| pensionistas <65 | 2.0 |

Para obtener estos valores, hemos tenido que realizar algún ajuste. Hemos de tener en cuenta que la población registrada en atención primaria (recogida de la base de datos del Sistema de Información de Atención Primaria, SIAP), es diferente de la población total de España, dado que existen diferencias entre población censada y población beneficiaria del Sistema Nacional de Salud. No obstante, la información disponible por el Ministerio de Sanidad relativa a población beneficiaria de atención primaria, se presenta en grupos de edades de cinco en cinco años, que no coinciden con los intervalos de la ponderación. Para calcular estos escalones en los intervalos, hemos recurrido a la base de datos del INE de estadística del padrón, que sí tiene una tabla por comunidades autónomas año a año. Hemos obtenido el porcentaje de población que corresponde a cada año de edad en el padrón, y hemos utilizado estos porcentajes para calcular los intervalos que nos faltaban. El margen de error asumido en esta estimación es bajo, y nos permite calcular la población ponderada por comunidades autónomas.

La tabla de población ponderada en función del esfuerzo esperado en atención primaria por comunidades autónomas es la siguiente:

**Tabla 66: Resumen de población ponderada**

|                      | Población ponderada |            |            |
|----------------------|---------------------|------------|------------|
|                      | 2004                | 2010       | 2013       |
| Andalucía            | 10.484.953          | 11.720.539 | 11.790.651 |
| Aragón               | 1.929.400           | 2.047.231  | 2.009.636  |
| Asturias             | 1.654.402           | 1.701.810  | 1.696.832  |
| Baleares             | 1.336.592           | 1.453.835  | 1.486.364  |
| Canarias             | 2.495.185           | 2.669.417  | 2.660.574  |
| Cantabria            | 816.750             | 869.630    | 871.640    |
| Castilla y León      | 3.755.462           | 3.909.241  | 3.891.656  |
| Castilla - La Mancha | 2.793.660           | 3.081.596  | 3.035.664  |
| Cataluña             | 10.358.461          | 11.177.005 | 10.941.187 |
| Comunidad Valenciana | 6.705.219           | 7.797.814  | 7.499.519  |
| Extremadura          | 1.581.685           | 1.650.932  | 1.647.806  |
| Galicia              | 4.114.674           | 4.394.958  | 4.335.033  |
| Madrid               | 8.396.904           | 9.047.644  | 9.193.280  |
| Murcia               | 1.831.165           | 2.087.883  | 1.997.685  |
| Navarra              | 835.783             | 937.193    | 942.528    |

|            |           |           |           |
|------------|-----------|-----------|-----------|
| País Vasco | 3.217.714 | 3.784.032 | 3.474.694 |
| La Rioja   | 450.899   | 471.361   | 477.699   |

### 22.2.3 Indicador sintético de calidad

Utilizamos los indicadores sintéticos obtenidos en el capítulo de calidad, en su versión normalizada, tanto en su normalización 1 como en su normalización 2. La normalización 2 tiene el problema de que nos da los resultados de forma inversa, esto es, menor valor del indicador significa menor distancia al mejor valor de este.

Los indicadores los presentamos en forma de media geométrica, en lugar de en forma aditiva, para mantener la normalización realizada sobre sus componentes.

Así, para la normalización 1, el indicador sintético será:

**Tabla 67: Indicador sintético de calidad con normalización 1 en forma de media geométrica**

|                             | 2010        | 2013        |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| Andalucía                   | 0.01        | 0.02        |
| Aragón                      | 0.02        | -0.04       |
| Asturias                    | -0.32       | -0.24       |
| Baleares                    | -0.03       | -0.02       |
| Canarias                    | 0.03        | -0.01       |
| Cantabria                   | -0.01       | 0.01        |
| Castilla y León             | 0.01        | -0.02       |
| <b>Castilla - La Mancha</b> | <b>0.05</b> | <b>0.07</b> |
| Cataluña                    | -0.05       | -0.02       |
| Comunidad Valenciana        | 0.00        | -0.01       |
| Extremadura                 | -0.04       | -0.01       |
| Galicia                     | 0.02        | 0.00        |
| Madrid                      | 0.04        | 0.06        |
| Murcia                      | -0.08       | -0.07       |
| Navarra                     | 0.10        | 0.08        |
| País Vasco                  | -0.03       | -0.04       |
| La Rioja                    | 0.00        | -0.01       |

Podemos ver cómo Castilla-La Mancha tiene un resultado muy bueno en 2010 estando ya en segundo lugar en calidad, y mejora de forma importante en 2013, situándose muy cerca de Navarra, la primera comunidad con mejor resultado.

**Tabla 68: Indicador sintético de calidad con normalización 2 en forma de media geométrica**

|  | 2010 | 2013 |
|--|------|------|
|--|------|------|

|                      |      |      |
|----------------------|------|------|
| Andalucía            | 0.47 | 0.44 |
| Aragón               | 0.40 | 0.45 |
| Asturias             | 0.69 | 0.61 |
| Baleares             | 0.49 | 0.46 |
| Canarias             | 0.39 | 0.43 |
| Cantabria            | 0.41 | 0.40 |
| Castilla y León      | 0.42 | 0.46 |
| Castilla - La Mancha | 0.36 | 0.34 |
| Cataluña             | 0.47 | 0.44 |
| Comunidad Valenciana | 0.49 | 0.48 |
| Extremadura          | 0.54 | 0.51 |
| Galicia              | 0.43 | 0.47 |
| Madrid               | 0.32 | 0.30 |
| Murcia               | 0.56 | 0.55 |
| Navarra              | 0.21 | 0.28 |
| País Vasco           | 0.39 | 0.41 |
| La Rioja             | 0.40 | 0.44 |

Con el indicador normalizado por la distancia al mejor valor, vemos como nuestra comunidad queda igualmente entre los valores con menor distancia media al óptimo, y mejora en el periodo 2010-13

#### 22.2.4 Consideración de la dispersión geográfica

Un servicio de salud tiene que realizar un esfuerzo mucho mayor para llegar a una población dispersa respecto a una población concentrada. El número de consultorios, centros de salud, puntos de atención continuada y hospitales comarcales ha de ser inevitablemente mayor. El número de profesionales contratados, de ambulancias y helicópteros disponibles o de sanitarios de guardia será mucho mayor para atender estas distancias.

Podemos considerar esta variable como un output no controlable, y para medirla hemos utilizado el número de municipios por comunidad autónoma (Moyano, 1978)

**Tabla 69: Número de municipios por comunidad autónoma. Fuente (Moyano, 1978)**

|                      |      |
|----------------------|------|
| Andalucía            | 770  |
| Aragón               | 730  |
| Asturias             | 78   |
| Baleares             | 67   |
| Canarias             | 87   |
| Cantabria            | 102  |
| Castilla y León      | 2248 |
| Castilla - La Mancha | 919  |
| Cataluña             | 946  |

|                      |     |
|----------------------|-----|
| Comunidad Valenciana | 542 |
| Extremadura          | 383 |
| Galicia              | 315 |
| Madrid               | 179 |
| Murcia               | 45  |
| Navarra              | 272 |
| País Vasco           | 251 |
| La Rioja             | 174 |

### 22.2.5 Gasto sanitario por comunidad autónoma

Como fuente utilizamos los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre Estadística del Gasto Público Sanitario por criterio de devengo (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b), que llega hasta el año 2013. Esta estadística se aproxima bastante al gasto real que realizan las siguientes comunidades, salvo las facturas que en alguna comunidad no estuvieran contabilizadas. En Castilla-La Mancha se eliminó en el año 2012 esta posibilidad con la creación de un registro telemático de facturas, con el obligado registro de todas las facturas a la llegada a los centros de gasto.

Los datos recogidos de este documento son los siguientes:

La tabla de gasto en personal:

**Tabla 70: Gastos de personal por comunidades autónomas. Fuente** (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b)

| Remuneración del personal | 2010      | 2011      | 2012*     | 2013*     |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Andalucía                 | 4.799.159 | 4.776.014 | 4.364.872 | 4.177.245 |
| Aragón                    | 1.067.346 | 1.050.992 | 995.379   | 974.289   |
| Asturias                  | 791.041   | 779.200   | 742.720   | 748.695   |
| Baleares                  | 714.291   | 689.274   | 631.515   | 632.508   |
| Canarias                  | 1.377.741 | 1.341.423 | 1.232.712 | 1.272.397 |
| Cantabria                 | 408.238   | 400.838   | 375.795   | 383.717   |
| Castilla y León           | 1.878.671 | 1.899.450 | 1.736.603 | 1.790.706 |
| Castilla - La Mancha      | 1.634.403 | 1.592.258 | 1.337.250 | 1.306.947 |
| Cataluña                  | 3.802.020 | 3.623.253 | 3.345.379 | 3.306.310 |
| Comun. Valenciana         | 2.523.436 | 2.463.791 | 2.211.842 | 2.281.680 |
| Extremadura               | 859.387   | 843.160   | 781.203   | 802.100   |
| Galicia                   | 1.787.188 | 1.760.107 | 1.648.546 | 1.647.445 |
| Madrid                    | 3.822.952 | 3.730.182 | 3.482.140 | 3.409.928 |
| Murcia                    | 1.070.818 | 1.070.979 | 991.395   | 986.231   |
| Navarra                   | 491.917   | 486.940   | 478.544   | 469.437   |
| País Vasco                | 1.819.017 | 1.811.759 | 1.731.797 | 1.743.342 |
| La Rioja                  | 225.030   | 216.668   | 198.404   | 199.930   |



La tabla en gasto en bienes, servicios y otros conceptos de gasto:

**Tabla 71: Gastos de bienes, servicios y resto de conceptos de gasto por comunidades autónomas. Fuente** ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b))

| Consumo de bienes, serv, cap | 2010      | 2011      | 2012*     | 2013*     |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Andalucía                    | 1.928.752 | 1.945.698 | 2.448.717 | 2.128.498 |
| Aragón                       | 383.178   | 514.768   | 604.630   | 283.442   |
| Asturias                     | 371.668   | 455.357   | 488.454   | 385.959   |
| Baleares                     | 475.736   | 480.289   | 324.196   | 316.956   |
| Canarias                     | 565.781   | 537.205   | 541.105   | 538.485   |
| Cantabria                    | 213.587   | 154.801   | 488.582   | 237.903   |
| Castilla y León              | 665.627   | 470.499   | 824.260   | 823.974   |
| Castilla - La Mancha         | 583.714   | 577.365   | 538.829   | 560.014   |
| Cataluña                     | 2.133.666 | 2.006.978 | 2.042.189 | 2.032.671 |
| Comun. Valenciana            | 1.952.688 | 2.089.287 | 2.258.713 | 1.800.959 |
| Extremadura                  | 374.130   | 382.960   | 380.232   | 368.201   |
| Galicia                      | 770.466   | 747.959   | 797.734   | 817.846   |
| Madrid                       | 1.528.126 | 2.589.460 | 2.099.285 | 1.996.860 |
| Murcia                       | 500.749   | 559.293   | 556.962   | 578.029   |
| Navarra                      | 202.431   | 194.652   | 190.210   | 203.753   |
| País Vasco                   | 777.035   | 787.544   | 830.293   | 837.598   |
| La Rioja                     | 113.749   | 118.161   | 112.121   | 109.175   |

La tabla de gasto en conciertos:

**Tabla 72: Gastos de conciertos por comunidades autónomas. Fuente** ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b))

| Conciertos           | 2010      | 2011      | 2012*     | 2013*     |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Andalucía            | 515.167   | 446.568   | 460.375   | 385.456   |
| Aragón               | 74.961    | 81.767    | 85.508    | 55.854    |
| Asturias             | 128.524   | 123.790   | 118.525   | 94.680    |
| Baleares             | 85.508    | 128.232   | 116.669   | 123.164   |
| Canarias             | 287.846   | 286.071   | 253.331   | 270.790   |
| Cantabria            | 33.803    | 34.540    | 31.266    | 30.785    |
| Castilla y León      | 156.738   | 169.007   | 162.122   | 147.746   |
| Castilla - La Mancha | 202.413   | 206.999   | 166.861   | 133.402   |
| Cataluña             | 2.577.635 | 2.450.073 | 2.386.326 | 2.386.399 |
| Comun. Valenciana    | 429.289   | 442.269   | 376.612   | 348.857   |
| Extremadura          | 66.839    | 72.644    | 74.356    | 71.392    |
| Galicia              | 223.949   | 214.224   | 206.345   | 204.993   |
| Madrid               | 572.710   | 713.657   | 834.388   | 788.416   |
| Murcia               | 161.417   | 162.621   | 152.113   | 135.811   |
| Navarra              | 66.110    | 75.057    | 67.101    | 64.336    |
| País Vasco           | 251.130   | 248.374   | 248.141   | 239.470   |

|          |        |        |        |        |
|----------|--------|--------|--------|--------|
| La Rioja | 34.119 | 34.457 | 33.845 | 36.418 |
|----------|--------|--------|--------|--------|

La tabla de gasto en transferencias corrientes, cuyo componente principal es la receta médica:

**Tabla 73: Gastos en transferencias corrientes por comunidades autónomas. Fuente ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b))**

| Transferencias corrientes | 2010      | 2011      | 2012*     | 2013*     |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Andalucía                 | 2.488.032 | 2.209.576 | 1.878.204 | 2.040.474 |
| Aragón                    | 409.240   | 373.480   | 332.570   | 304.988   |
| Asturias                  | 367.527   | 348.749   | 300.369   | 274.686   |
| Baleares                  | 290.660   | 265.406   | 193.456   | 183.776   |
| Canarias                  | 605.292   | 567.007   | 494.912   | 461.392   |
| Cantabria                 | 164.236   | 153.124   | 138.499   | 126.352   |
| Castilla y León           | 780.016   | 722.323   | 633.781   | 584.661   |
| Castilla - La Mancha      | 644.145   | 604.295   | 536.325   | 501.710   |
| Cataluña                  | 1.911.825 | 1.815.038 | 1.544.052 | 1.413.960 |
| Comun. Valenciana         | 1.731.599 | 1.575.895 | 1.234.707 | 1.209.334 |
| Extremadura               | 384.040   | 358.648   | 315.845   | 297.457   |
| Galicia                   | 1.050.169 | 878.072   | 821.245   | 829.461   |
| Madrid                    | 1.363.324 | 1.313.202 | 1.194.104 | 1.207.605 |
| Murcia                    | 466.867   | 424.481   | 371.416   | 351.982   |
| Navarra                   | 184.514   | 174.899   | 152.737   | 142.022   |
| País Vasco                | 642.695   | 598.235   | 554.309   | 527.234   |
| La Rioja                  | 91.077    | 84.039    | 73.436    | 68.955    |

La tabla de gasto en inversiones:

**Tabla 74: Gastos en inversiones por comunidades autónomas. Fuente ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b))**

| Gasto de capital     | 2010    | 2011    | 2012*   | 2013*   |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|
| Andalucía            | 302.841 | 77.591  | 82.326  | 91.047  |
| Aragón               | 57.812  | 30.776  | 25.882  | 37.576  |
| Asturias             | 15.253  | 15.286  | 6.380   | 17.536  |
| Baleares             | 114.419 | 22.047  | 28.696  | 23.220  |
| Canarias             | 49.017  | 35.567  | 26.580  | 33.967  |
| Cantabria            | 38.582  | 23.783  | 12.076  | 22.411  |
| Castilla y León      | 141.681 | 76.697  | 102.449 | 47.045  |
| Castilla - La Mancha | 143.534 | 87.904  | 34.152  | 17.019  |
| Cataluña             | 339.969 | 287.581 | 224.688 | 187.981 |
| Comun. Valenciana    | 178.996 | 155.132 | 39.127  | 33.178  |
| Extremadura          | 53.875  | 42.314  | 6.233   | 6.648   |
| Galicia              | 122.251 | 78.096  | 63.789  | 67.058  |
| Madrid               | 98.596  | 92.339  | 99.400  | 32.277  |

|            |         |         |        |        |
|------------|---------|---------|--------|--------|
| Murcia     | 42.930  | 50.958  | 40.281 | 35.382 |
| Navarra    | 56.628  | 59.008  | 30.870 | 14.046 |
| País Vasco | 120.897 | 123.132 | 86.316 | 48.410 |
| La Rioja   | 6.150   | 9.452   | 1.583  | 803    |

Con estos componentes, la tabla de gasto total, de uso alternativo a las anteriores, será la siguiente:

**Tabla 75: Gasto total en sanidad por comunidades autónomas. Fuente ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b))**

| Gasto total          | 2010       | 2011       | 2012*     | 2013*     |
|----------------------|------------|------------|-----------|-----------|
| Andalucía            | 10.033.950 | 9.455.447  | 9.234.494 | 8.822.720 |
| Aragón               | 1.992.537  | 2.051.783  | 2.043.969 | 1.656.149 |
| Asturias             | 1.674.014  | 1.722.381  | 1.656.448 | 1.521.557 |
| Baleares             | 1.680.614  | 1.585.248  | 1.294.532 | 1.279.625 |
| Canarias             | 2.885.676  | 2.767.273  | 2.548.641 | 2.577.031 |
| Cantabria            | 858.446    | 767.087    | 1.046.218 | 801.168   |
| Castilla y León      | 3.622.733  | 3.337.974  | 3.459.215 | 3.394.132 |
| Castilla - La Mancha | 3.208.210  | 3.068.821  | 2.613.416 | 2.519.092 |
| Cataluña             | 10.765.114 | 10.182.924 | 9.542.634 | 9.327.322 |
| Comun. Valenciana    | 6.816.007  | 6.726.374  | 6.121.001 | 5.674.008 |
| Extremadura          | 1.738.271  | 1.699.726  | 1.557.869 | 1.545.798 |
| Galicia              | 3.954.022  | 3.678.459  | 3.537.659 | 3.566.802 |
| Madrid               | 7.385.708  | 8.438.840  | 7.709.316 | 7.435.086 |
| Murcia               | 2.242.782  | 2.268.331  | 2.112.168 | 2.087.436 |
| Navarra              | 1.001.601  | 990.556    | 919.462   | 893.593   |
| País Vasco           | 3.610.774  | 3.569.045  | 3.450.856 | 3.396.053 |
| La Rioja             | 470.125    | 462.777    | 419.389   | 415.281   |

El gasto per cápita, para 2010 y 2013 que son los años principales de análisis, quedaría como sigue:

**Tabla 76: Gasto sanitario per cápita por comunidades autónomas. Fuente ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b)) y ((Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015a))**

|                  | 2010  | 2013* |
|------------------|-------|-------|
| <b>Andalucía</b> | 1.218 | 1.052 |
| <b>Aragón</b>    | 1.517 | 1.241 |
| <b>Asturias</b>  | 1.584 | 1.431 |
| <b>Baleares</b>  | 1.556 | 1.150 |
| <b>Canarias</b>  | 1.379 | 1.222 |

|                             |       |       |
|-----------------------------|-------|-------|
| <b>Cantabria</b>            | 1.482 | 1.361 |
| <b>Castilla y León</b>      | 1.452 | 1.354 |
| <b>Castilla - La Mancha</b> | 1.573 | 1.209 |
| <b>Cataluña</b>             | 1.470 | 1.253 |
| <b>Comun. Valenciana</b>    | 1.366 | 1.142 |
| <b>Extremadura</b>          | 1.606 | 1.407 |
| <b>Galicia</b>              | 1.445 | 1.296 |
| <b>Madrid</b>               | 1.162 | 1.164 |
| <b>Murcia</b>               | 1.530 | 1.429 |
| <b>Navarra</b>              | 1.614 | 1.403 |
| <b>País Vasco</b>           | 1.689 | 1.565 |
| <b>La Rioja</b>             | 1.494 | 1.311 |

La población para extraer la tabla anterior está obtenida de los datos del Ministerio de Sanidad sobre población total (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015a):

**Tabla 77: Población total por comunidades autónomas. Fuente: (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Extraído en septiembre 2015**

|                              | 2010      | 2011      | 2012      | 2013      |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ANDALUCÍA                    | 8.238.811 | 8.270.483 | 8.299.137 | 8.387.930 |
| ARAGÓN                       | 1.313.148 | 1.315.530 | 1.311.924 | 1.334.783 |
| ASTURIAS (PRINCIPADO DE)     | 1.057.132 | 1.054.548 | 1.049.218 | 1.063.006 |
| BALEARS (ILLES)              | 1.080.066 | 1.092.508 | 1.097.345 | 1.112.698 |
| CANARIAS                     | 2.092.435 | 2.107.035 | 2.120.956 | 2.108.416 |
| CANTABRIA                    | 579.064   | 578.290   | 577.997   | 588.473   |
| CASTILLA Y LEÓN              | 2.494.989 | 2.483.827 | 2.468.498 | 2.506.390 |
| CASTILLA - LA MANCHA         | 2.039.492 | 2.045.432 | 2.043.345 | 2.084.320 |
| CATALUÑA                     | 7.321.102 | 7.303.119 | 7.289.819 | 7.442.519 |
| COMUNIDAD VALENCIANA         | 4.990.627 | 5.001.231 | 5.011.414 | 4.969.213 |
| EXTREMADURA                  | 1.082.407 | 1.083.118 | 1.081.821 | 1.098.485 |
| GALICIA                      | 2.736.567 | 2.731.979 | 2.720.467 | 2.753.200 |
| MADRID (COMUNIDAD DE)        | 6.358.587 | 6.371.567 | 6.406.528 | 6.389.270 |
| MURCIA (REGION DE)           | 1.465.812 | 1.471.407 | 1.477.509 | 1.461.204 |
| NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE) | 620.674   | 622.788   | 623.514   | 637.014   |
| PAIS VASCO                   | 2.137.944 | 2.127.863 | 2.116.899 | 2.170.232 |
| RIOJA (LA)                   | 314.746   | 312.715   | 311.569   | 316.667   |
| CEUTA                        | 75.419    | 76.644    | 77.325    | 84.418    |
| MELILLA                      | 73.819    | 75.060    | 77.839    | 83.596    |

## 22.3 Cálculo de la eficiencia técnica de Castilla-La Mancha antes y después de la crisis

Vamos a analizar la eficiencia técnica de Castilla-La Mancha y del resto de comunidades mediante el análisis envolvente de datos, descrito al principio de este capítulo.

Vamos a aplicar dicha técnica a distintas combinaciones de inputs y de outputs, considerando como unidades de decisión a todas las comunidades autónomas españolas, sin incluir Ceuta y Melilla, y considerando como unidad de decisión cada comunidad autónoma en 2010 y en 2013. Esto es, para el cálculo de eficiencia cada comunidad autónoma competirá con las demás en 2013, con las demás en 2010, y consigo misma en 2010.

La tabla de modelos alternativos considerados es la siguiente:

**Tabla 78: Modelos alternativos de inputs y de outputs utilizados en el análisis de eficiencia**

| INPUTS           | OUTPUTS                                   |
|------------------|-------------------------------------------|
| Gasto per cápita | Calidad                                   |
| Gasto total      | Población<br>UCH<br>Calidad               |
| Gasto desglosado | Población<br>UCH<br>Calidad               |
| Gasto total      | Población<br>UCH                          |
| Gasto desglosado | Población<br>UCH                          |
| Gasto total      | Población<br>UCH<br>Calidad<br>Municipios |

Utilizamos de forma generalizada el modelo BCC de rendimientos variables a escala de Banker, Charnes y Cooper (Banker, Charnes, & Cooper, 1984).

### 22.3.1 Gasto per cápita y calidad

#### 22.3.1.1 Utilizando los indicadores de calidad normalizados por la normalización 1 (estandarizados)

Consideramos como input es gasto sanitario per cápita y como output el indicador sintético de calidad. Nos da una idea importante de cómo se aprovechan los recursos sanitarios empleados en la mejora de la calidad asistencial, entendida esta como un todo multidimensional, y centrada en los outcomes tanto globales, como de atención hospitalaria y atención primaria.

Los resultados de aplicar el modelo DEA en su versión BCCi de rendimientos variables a escala orientado al input son los representados en la Tabla 79. Podemos ver cómo en 2010 sólo

Navarra estaba en situación de eficiencia. En 2013 las regiones que están en situación de eficiencia son Andalucía, Castilla-La Mancha, y Madrid. Todas las comunidades autónomas salvo Navarra han mejorado su nivel de eficiencia durante la crisis, y la que más lo ha hecho ha sido Castilla-La Mancha, seguida de Baleares. La comunidad más alejada de la frontera de eficiencia es el País Vasco, dado que emplea un volumen de recursos muy importante para obtener unos resultados asistenciales similares.

**Tabla 79: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1**

|       | 2013 | 2010 | Dif   |
|-------|------|------|-------|
| AND   | 1,00 | 0,86 | 0,14  |
| ARA   | 0,85 | 0,69 | 0,15  |
| AST   | 0,73 | 0,66 | 0,07  |
| BAL   | 0,91 | 0,68 | 0,24  |
| CAN   | 0,86 | 0,78 | 0,08  |
| CANTA | 0,77 | 0,71 | 0,06  |
| CYL   | 0,78 | 0,72 | 0,05  |
| CLM   | 1,00 | 0,72 | 0,28  |
| CAT   | 0,84 | 0,72 | 0,12  |
| VAL   | 0,92 | 0,77 | 0,15  |
| EXT   | 0,75 | 0,65 | 0,09  |
| GAL   | 0,81 | 0,73 | 0,08  |
| MAD   | 1,00 | 0,95 | 0,05  |
| MUR   | 0,74 | 0,69 | 0,05  |
| NAV   | 0,96 | 1,00 | -0,04 |
| PV    | 0,67 | 0,62 | 0,05  |
| LRIO  | 0,80 | 0,70 | 0,10  |

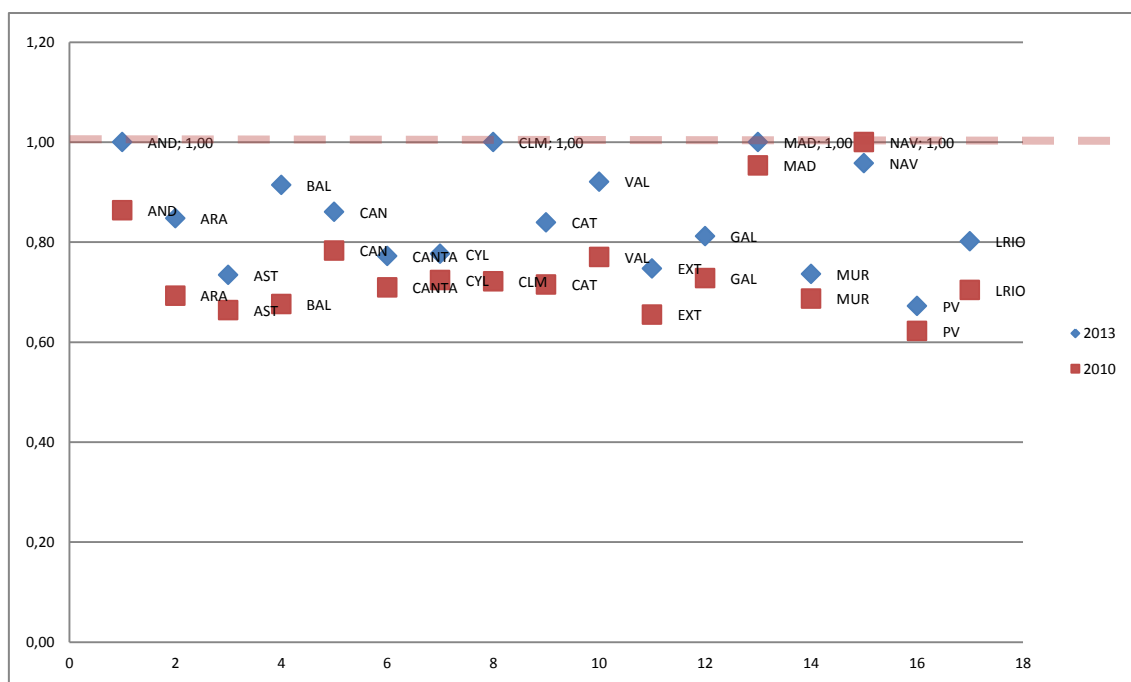


**Ilustración 239: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1**

Si utilizamos el modelo de análisis envoltorio de datos de rendimientos constantes a escala orientado al input (CCRI), obtenemos los resultados que aparecen en la Tabla 80. Respecto al modelo BCC, vemos como las regiones con indicador de calidad negativo (esto significa que la media geométrica de las desviaciones de cada indicador respecto a la media de las comunidades autónomas dividido por su desviación estándar es negativa) computan como eficiencia cero. No obstante, es interesante ver qué pasa con las que tienen indicador positivo, que son las que mejores resultados relativos tienen en calidad. El máximo de eficiencia lo da Navarra 2010, que no obstante pierde este nivel de eficiencia en 2013. El máximo de eficiencia en 2013 lo tiene Castilla-La Mancha con 0,93, seguida de Navarra con 0,92. El modelo también registra el gran aumento de la eficiencia de Castilla-La Mancha entre 2010 y 2013.

**Tabla 80: Resultados de aplicar el modelo DEA-CCRI de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad**

|       | 2013 | 2010 | Dif   |
|-------|------|------|-------|
| AND   | 0,31 | 0,13 | 0,17  |
| ARA   | 0,00 | 0,21 | -0,21 |
| AST   | 0,00 | 0,00 | 0,00  |
| BAL   | 0,00 | 0,00 | 0,00  |
| CAN   | 0,00 | 0,35 | -0,35 |
| CANTA | 0,12 | 0,00 | 0,12  |
| CYL   | 0,00 | 0,11 | -0,11 |
| CLM   | 0,93 | 0,51 | 0,42  |
| CAT   | 0,00 | 0,00 | 0,00  |
| VAL   | 0,00 | 0,00 | 0,00  |
| EXT   | 0,00 | 0,00 | 0,00  |
| GAL   | 0,00 | 0,22 | -0,22 |
| MAD   | 0,83 | 0,56 | 0,28  |
| MUR   | 0,00 | 0,00 | 0,00  |

|             |      |      |       |
|-------------|------|------|-------|
| <b>NAV</b>  | 0,92 | 1,00 | -0,08 |
| <b>PV</b>   | 0,00 | 0,00 | 0,00  |
| <b>LRIO</b> | 0,00 | 0,00 | 0,00  |

### 22.3.1.1 Utilizando los indicadores de calidad normalizados por la normalización 2 (distancia al mejor)

En este caso, los valores del output se ponderan a partir de la distancia al mejor valor de cada indicador. Por tanto, es una valoración de la calidad complementaria a la primera. Los resultados son muy consistentes con los obtenidos por la normalización 1, como podemos ver en la

Tabla 81 y en la Ilustración 240. En este caso las regiones eficientes son Navarra en 2010, y Andalucía y Madrid en 2013. Castilla-La Mancha es la siguiente región más cercana al nivel de eficiencia, con un coeficiente de 0,94. Es, junto a Baleares, la región que más aumenta su nivel de eficiencia entre los dos periodos. El País Vasco sigue siendo la comunidad más ineficiente en 2013.

Tabla 81: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2

|              | 2013 | 2010 | Dif   |
|--------------|------|------|-------|
| <b>AND</b>   | 1.00 | 0.86 | 0.14  |
| <b>ARA</b>   | 0.85 | 0.71 | 0.13  |
| <b>AST</b>   | 0.73 | 0.66 | 0.07  |
| <b>BAL</b>   | 0.91 | 0.68 | 0.24  |
| <b>CAN</b>   | 0.87 | 0.79 | 0.08  |
| <b>CANTA</b> | 0.80 | 0.73 | 0.07  |
| <b>CYL</b>   | 0.78 | 0.74 | 0.04  |
| <b>CLM</b>   | 0.94 | 0.71 | 0.23  |
| <b>CAT</b>   | 0.84 | 0.72 | 0.12  |
| <b>VAL</b>   | 0.92 | 0.77 | 0.15  |
| <b>EXT</b>   | 0.75 | 0.65 | 0.09  |
| <b>GAL</b>   | 0.81 | 0.73 | 0.08  |
| <b>MAD</b>   | 1.00 | 0.99 | 0.01  |
| <b>MUR</b>   | 0.74 | 0.69 | 0.05  |
| <b>NAV</b>   | 0.90 | 1.00 | -0.10 |
| <b>PV</b>    | 0.69 | 0.65 | 0.04  |
| <b>LRIO</b>  | 0.80 | 0.73 | 0.08  |



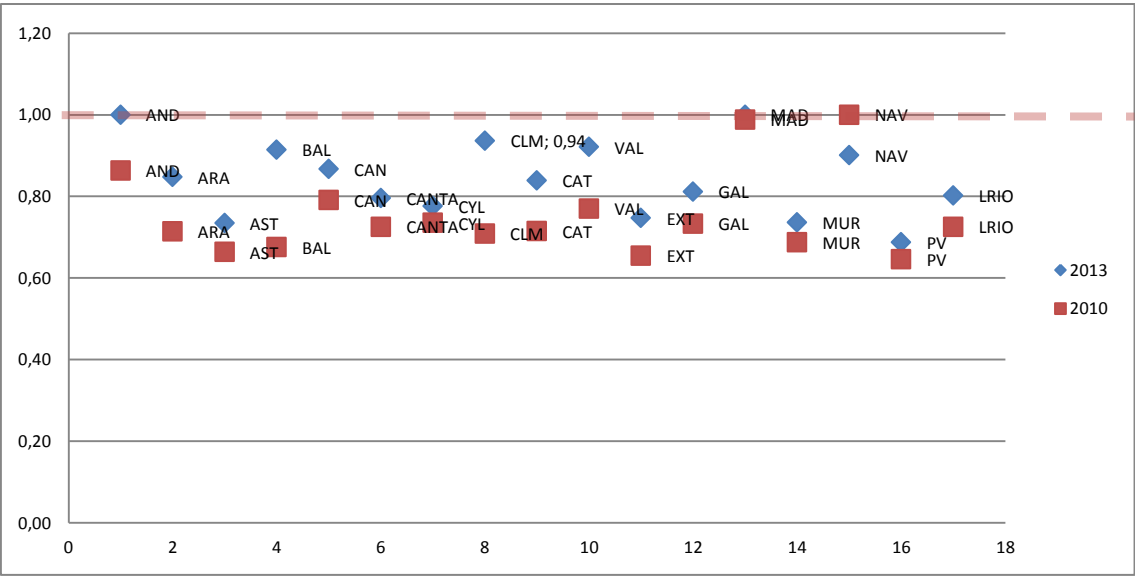


Ilustración 240: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2

Si aplicamos el modelo BCCo, esto es, orientado al output con estos datos tenemos los resultados de la Tabla 82. Son similares a la solución orientada al input. Destaca que mejora el resultado 2013 de Navarra y empeoran muchas regiones, como Baleares, Asturias o Extremadura. El numero de comunidades que empeoran la eficiencia entre 2010 y 2013 aquí es mayor, y se incluyen Aragón, Canarias, Castilla y León, Galicia, Navarra, País Vasco y Rioja. Asturias y Castilla-La Mancha son las regiones que más aumentan la eficiencia.

Tabla 82: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2

|       | 2013 | 2010 | Dif   |
|-------|------|------|-------|
| AND   | 1.00 | 0.75 | 0.25  |
| ARA   | 0.77 | 0.78 | -0.01 |
| AST   | 0.52 | 0.40 | 0.12  |
| BAL   | 0.79 | 0.66 | 0.14  |
| CAN   | 0.80 | 0.82 | -0.02 |
| CANTA | 0.81 | 0.77 | 0.04  |
| CYL   | 0.73 | 0.77 | -0.03 |
| CLM   | 0.93 | 0.82 | 0.11  |
| CAT   | 0.78 | 0.70 | 0.08  |
| VAL   | 0.77 | 0.69 | 0.08  |
| EXT   | 0.65 | 0.58 | 0.07  |
| GAL   | 0.73 | 0.75 | -0.02 |
| MAD   | 1.00 | 0.98 | 0.02  |
| MUR   | 0.60 | 0.57 | 0.03  |
| NAV   | 0.96 | 1.00 | -0.04 |
| PV    | 0.76 | 0.77 | -0.02 |
| LRIO  | 0.77 | 0.78 | -0.02 |

Si aplicamos el modelo CCRI, esto es, de rendimientos constantes a escala orientado al input, tenemos el resultado de la Tabla 83. En este caso sólo Madrid en 2013 aparece como comunidad en nivel de eficiencia, y en segundo lugar se sitúa Castilla-La Mancha en 2013. Además, Castilla-La Mancha es junto a Baleares la comunidad que más ha aumentado la eficiencia en ese periodo.

**Tabla 83: Resultados de aplicar el modelo DEA-CCRI de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2**

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 0.89 | 0.72 | 0.16 |
| ARA   | 0.74 | 0.66 | 0.08 |
| AST   | 0.45 | 0.33 | 0.13 |
| BAL   | 0.78 | 0.54 | 0.24 |
| CAN   | 0.78 | 0.74 | 0.04 |
| CANTA | 0.73 | 0.66 | 0.07 |
| CYL   | 0.66 | 0.66 | 0.00 |
| CLM   | 0.91 | 0.68 | 0.23 |
| CAT   | 0.74 | 0.60 | 0.14 |
| VAL   | 0.76 | 0.62 | 0.14 |
| EXT   | 0.58 | 0.48 | 0.10 |
| GAL   | 0.68 | 0.66 | 0.02 |
| MAD   | 1.00 | 0.97 | 0.03 |
| MUR   | 0.52 | 0.48 | 0.05 |
| NAV   | 0.85 | 0.81 | 0.04 |
| PV    | 0.63 | 0.60 | 0.03 |
| LRIO  | 0.71 | 0.67 | 0.04 |

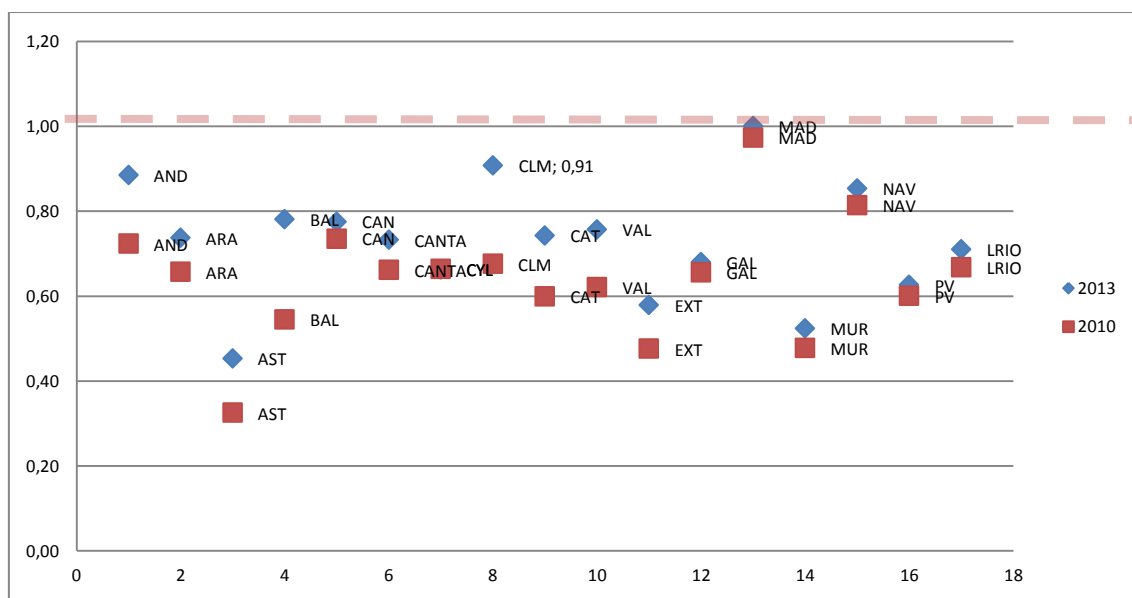


**Ilustración 241: Resultados de aplicar el modelo DEA-CCRI de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2**

Si utilizamos el modelo de rendimientos constantes a escala orientado al output, CCRO, tenemos los resultados que nos muestra la Tabla 84. El nivel máximo de eficiencia lo alcanzan

Andalucía y Madrid en 2013 y Navarra en 2010. Les sigue Castilla-La Mancha en 2013, con un coeficiente de 0,93

**Tabla 84: Resultados de aplicar el modelo DEA-CCRo de rendimientos constantes a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2**

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 0.89 | 0.72 | 0.16 |
| ARA   | 0.74 | 0.66 | 0.08 |
| AST   | 0.45 | 0.33 | 0.13 |
| BAL   | 0.78 | 0.54 | 0.24 |
| CAN   | 0.78 | 0.74 | 0.04 |
| CANTA | 0.73 | 0.66 | 0.07 |
| CYL   | 0.66 | 0.66 | 0.00 |
| CLM   | 0.91 | 0.68 | 0.23 |
| CAT   | 0.74 | 0.60 | 0.14 |
| VAL   | 0.76 | 0.62 | 0.14 |
| EXT   | 0.58 | 0.48 | 0.10 |
| GAL   | 0.68 | 0.66 | 0.02 |
| MAD   | 1.00 | 0.97 | 0.03 |
| MUR   | 0.52 | 0.48 | 0.05 |
| NAV   | 0.85 | 0.81 | 0.04 |
| PV    | 0.63 | 0.60 | 0.03 |
| LRIO  | 0.71 | 0.67 | 0.04 |



**Ilustración 242: Resultados de aplicar el modelo DEA-CCRo de rendimientos constantes a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2**

### 22.3.1.3 Resumen de resultados

En la Tabla 85 podemos ver el resumen de los resultados obtenidos en el caso. Hemos utilizado datos normalizados por la normalización 1 (estandarizados) y por la normalización 2 (distancia a la media). Para poder trabajar con los datos de la normalización 2 hemos positivizado sus valores, dado que al ser todos negativos impedían la aplicación del modelo. Para ello, hemos sumado 1 a todos los valores.

Hemos aplicado los modelos de análisis envolvente de datos de rendimientos variables a escala (BCC) y de rendimientos constantes a escala (CCR), y hemos aplicado ambos con orientación al input y al output. En la normalización 1 no ha sido posible realizar la orientación al output al existir igualmente valores negativos en los indicadores.

**Tabla 85: Resumen de resultados con gasto per cápita y calidad**

| Datos                                | N1                        |         | N2                        |                           |       |       |
|--------------------------------------|---------------------------|---------|---------------------------|---------------------------|-------|-------|
| Modelo                               | BCCi                      | CCRi    | BCCi                      | BCCo                      | CCRi  | CCRo  |
| Regiones eficientes                  | CLM13,<br>MAD13,<br>NAV10 | NAV2010 | AND13,<br>MAD13,<br>NAV10 | AND13,<br>MAD13,<br>NAV10 | MAD13 | MAD13 |
| Coeficiente CLM 2010                 | 0.72                      | 0.51    | 0.71                      | 0.82                      | 0.68  | 0.68  |
| Coeficiente CLM 2013                 | 1                         | 0.93    | 0.94                      | 0.93                      | 0.91  | 0.91  |
| Cambio 2010-13                       | 0.28                      | 0.42    | 0.23                      | 0.11                      | 0.23  | 0.23  |
| Posición 2013 CLM 2013 en eficiencia | 1                         | 1       | 3                         | 4                         | 2     | 2     |
| Posición CLM 2013 en mejora          | 1                         | 1       | 2                         | 4                         | 2     | 2     |

En todos los análisis realizados se han obtenido los siguientes puntos en común:

- En el año 2013 Castilla-La Mancha está entre las españolas más eficientes en su sanidad pública. En el peor resultado está en cuarto lugar, y normalmente se sitúa en segundo lugar.
- Esto se ha producido por una importante mejora en la eficiencia, entre el año 2010 y el año 2013. En casi todos los modelos Castilla-La Mancha está a la cabeza en mejora de la eficiencia en este periodo.
- La mayoría de los servicios regionales de salud han mejorado la eficiencia en el periodo 2010-13.

Los resultados han sido mejores en los modelos orientados al input, aunque han sido igualmente congruentes y de resultados parecidos los orientados al output.

### 22.3.2 Gasto total respecto a población, actividad en UCH y calidad

En este caso seleccionamos como variable de input el gasto total, y como variables de output la población para atención primaria, la actividad en UCH para los hospitales, y la calidad como output global. Se trata de una visión donde desde el lado del output, se diversifica este tanto en cantidad de atención, en el caso de hospitales, como en magnitud de la población asignada, en el caso de atención primaria, como en la calidad de la asistencia prestada. La variable pertinente como output no puede ser el gasto per cápita, y seleccionamos el gasto total, que es el que podemos comparar con los inputs seleccionados.

#### 22.3.2.1 Utilizando los indicadores de calidad normalizados por la normalización 1 (estandarizados)

En la Tabla 86, vemos como al diversificar los outputs aumenta el número de regiones eficientes. Además, al introducirse la población como output de primaria, esto beneficia a regiones muy pobladas con baja dispersión, como Cataluña, Andalucía, Valencia y Madrid, que se sitúan en el nivel de eficiencia. También lo hacen Navarra y la Rioja. Castilla-La Mancha es la siguiente comunidad, con un coeficiente de 0,97. Castilla-La Mancha y Baleares son las comunidades que más mejoran la eficiencia de su sistema sanitario público en el periodo 2010-13.

**Tabla 86: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1**

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.87 | 0.13 |
| ARA   | 0.96 | 0.82 | 0.14 |
| AST   | 0.89 | 0.80 | 0.09 |
| BAL   | 0.91 | 0.68 | 0.23 |
| CAN   | 0.79 | 0.73 | 0.06 |
| CANTA | 0.93 | 0.82 | 0.11 |
| CYL   | 0.88 | 0.83 | 0.05 |
| CLM   | 0.97 | 0.76 | 0.21 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.86 | 0.14 |
| EXT   | 0.83 | 0.74 | 0.09 |
| GAL   | 0.93 | 0.85 | 0.08 |
| MAD   | 1.00 | 0.96 | 0.04 |
| MUR   | 0.76 | 0.72 | 0.04 |
| NAV   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| PV    | 0.82 | 0.80 | 0.02 |
| LRIO  | 1.00 | 1.00 | 0.00 |

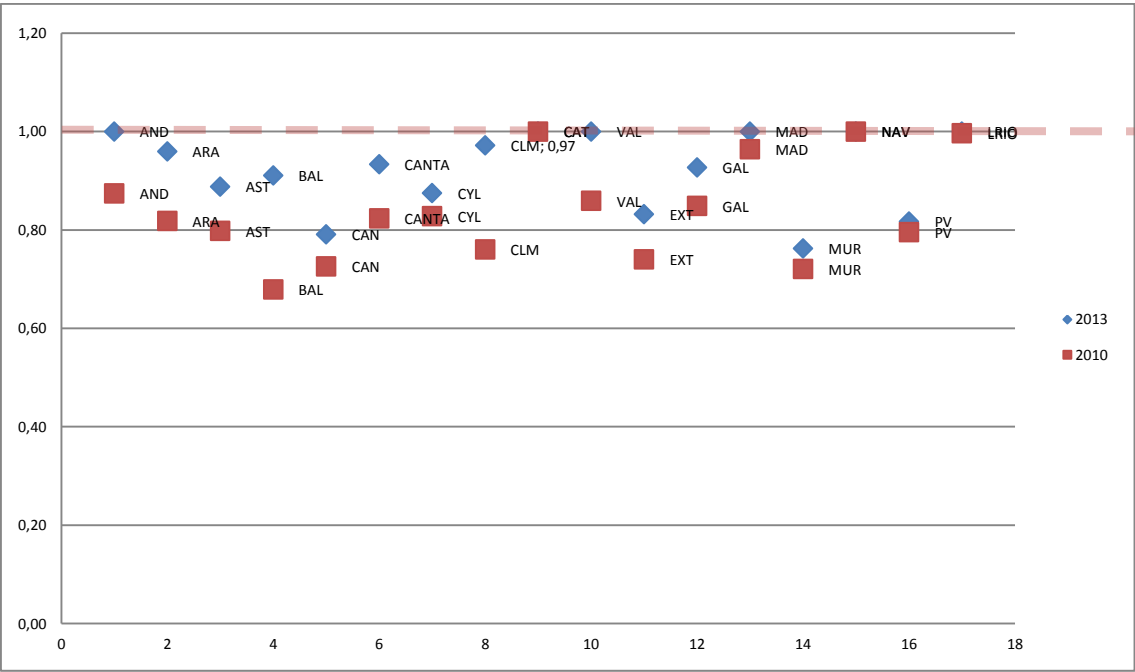


Ilustración 243: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1

Si aplicamos el modelo de rendimientos variables a escala orientado al output, BCCo, tenemos los resultados siguientes, que son prácticamente idénticos a los del BCCi:

Tabla 87: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.99 | 0.01 |
| ARA   | 0.96 | 0.81 | 0.15 |
| AST   | 0.88 | 0.79 | 0.09 |
| BAL   | 0.91 | 0.67 | 0.24 |
| CAN   | 0.79 | 0.72 | 0.07 |
| CANTA | 0.93 | 0.81 | 0.12 |
| CYL   | 0.87 | 0.82 | 0.05 |
| CLM   | 0.97 | 0.76 | 0.22 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.86 | 0.14 |
| EXT   | 0.83 | 0.73 | 0.09 |
| GAL   | 0.93 | 0.85 | 0.08 |
| MAD   | 1.00 | 0.96 | 0.04 |
| MUR   | 0.75 | 0.71 | 0.04 |
| NAV   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| PV    | 0.81 | 0.79 | 0.02 |
| LRIO  | 1.00 | 0.89 | 0.11 |

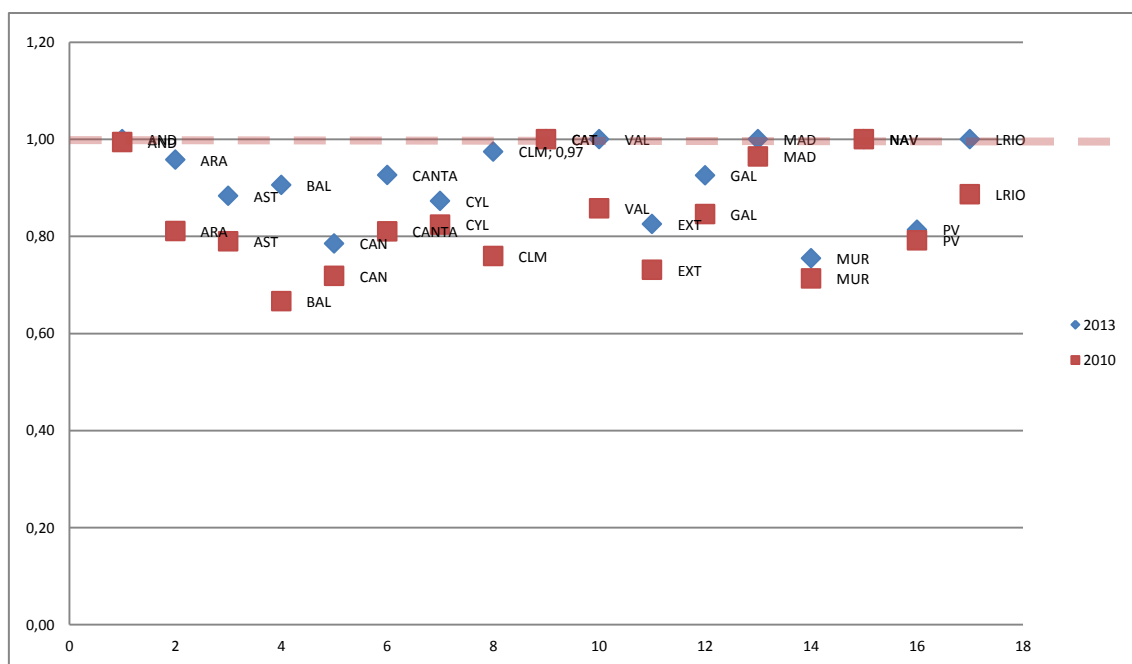


**Ilustración 244:** Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1

### 22.3.2.2 Utilizando los indicadores de calidad normalizados por la normalización 2 (distancia al mejor)

En este caso, los valores del output se ponderan a partir de la distancia al mejor valor de cada indicador. Los resultados son muy similares y consistentes con los obtenidos con la normalización 1 o estandarización.

En la Tabla 88 y en la Ilustración 245 podemos ver el resultado de la aplicación del modelo de rendimientos variables a escala orientado al input (BCCi). Aparecen como eficientes en 2013 Andalucía, Cataluña, Valencia, Madrid, Navarra y La Rioja, seguidos a continuación por Castilla-La Mancha y Aragón, con un coeficiente ambos de 0,96. El mayor incremento de eficiencia en el periodo 2010-13 corresponde a Baleares y Castilla-La Mancha.

**Tabla 88:** Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.87 | 0.13 |
| ARA   | 0.96 | 0.82 | 0.14 |
| AST   | 0.89 | 0.80 | 0.09 |
| BAL   | 0.91 | 0.68 | 0.23 |
| CAN   | 0.79 | 0.72 | 0.07 |
| CANTA | 0.94 | 0.85 | 0.09 |
| CYL   | 0.88 | 0.83 | 0.05 |
| CLM   | 0.96 | 0.76 | 0.20 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.86 | 0.14 |

|      |      |      |      |
|------|------|------|------|
| EXT  | 0.83 | 0.74 | 0.09 |
| GAL  | 0.92 | 0.84 | 0.08 |
| MAD  | 1.00 | 0.97 | 0.03 |
| MUR  | 0.76 | 0.72 | 0.04 |
| NAV  | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| PV   | 0.82 | 0.81 | 0.01 |
| LRIO | 1.00 | 1.00 | 0.00 |

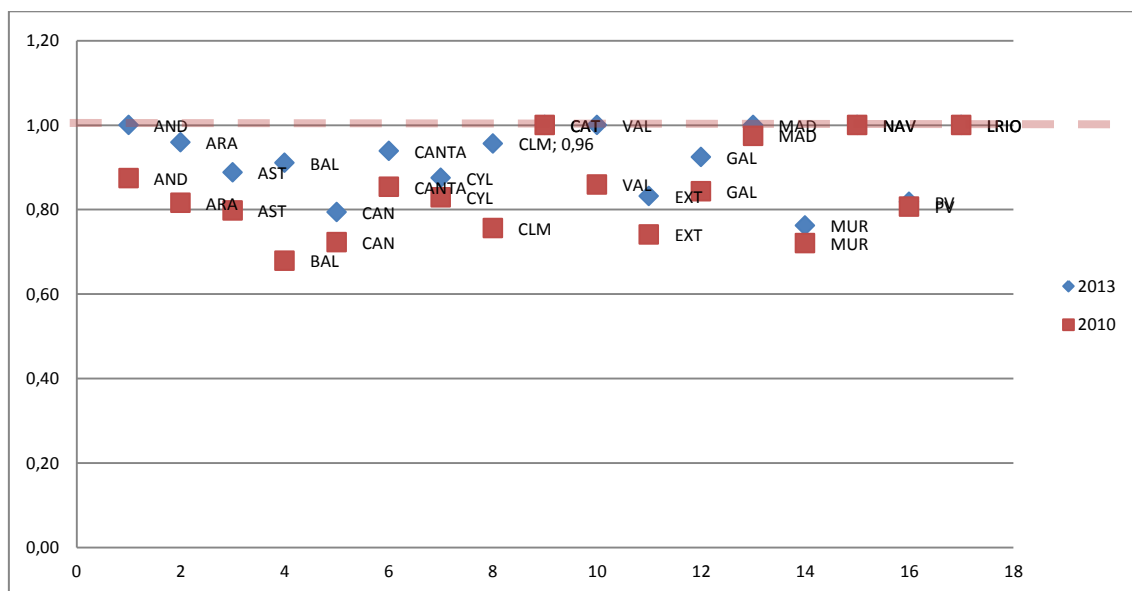


**Ilustración 245: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2**

Si calculamos el mismo modelo BCC pero orientado al output, los resultados son muy similares a la orientación al input. Las comunidades que aparecen como eficientes en 2013 son las mismas. Castilla-La Mancha queda inmediatamente detrás con un coeficiente de 0,96 igualada con Aragón y Cantabria. En rango de mejora respecto a 2010 es igualmente la segunda comunidad en mejora después de Baleares.

**Tabla 89: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2**

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.99 | 0.01 |
| ARA   | 0.96 | 0.85 | 0.11 |
| AST   | 0.88 | 0.79 | 0.09 |
| BAL   | 0.92 | 0.72 | 0.20 |
| CAN   | 0.82 | 0.80 | 0.02 |
| CANTA | 0.96 | 0.90 | 0.06 |
| CYL   | 0.89 | 0.85 | 0.04 |
| CLM   | 0.96 | 0.84 | 0.12 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.86 | 0.14 |
| EXT   | 0.84 | 0.75 | 0.09 |
| GAL   | 0.93 | 0.86 | 0.07 |
| MAD   | 1.00 | 0.98 | 0.02 |
| MUR   | 0.76 | 0.73 | 0.04 |



|      |      |      |      |
|------|------|------|------|
| NAV  | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| PV   | 0.84 | 0.84 | 0.00 |
| LRIO | 1.00 | 1.00 | 0.00 |

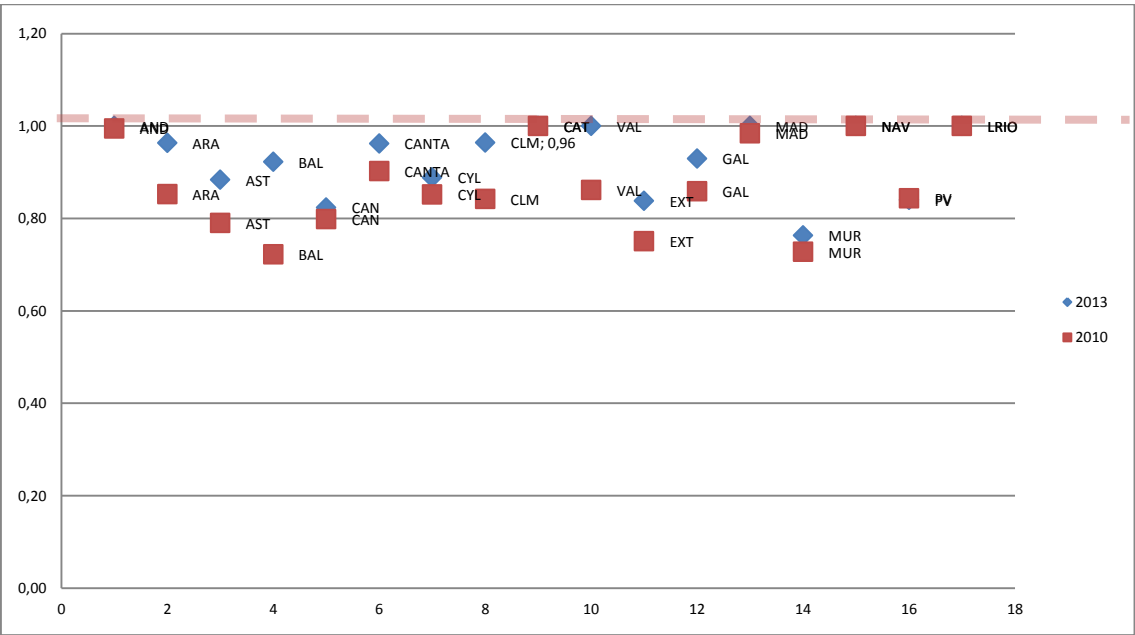


Ilustración 246: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2

22.3.2.3 Resumen de resultados

En la Tabla 90 presentamos los resultados para este caso. Hemos considerado para simplificar rendimientos variables a escala, dado que se adapta mejor a las peculiaridades y la complejidad de la actividad hospitalaria, y ya vimos en el primer caso como la utilización de rendimientos constantes a escala no modificaba las conclusiones obtenidas. Hemos utilizado los datos de calidad con normalización 1 y 2, al ser complementaria la información facilitada por estos, y hemos considerado igualmente orientación al input y al output en los modelos de análisis envolvente.

Tabla 90: Resumen de resultados con gasto total, calidad, producción en UCH y población

|  | N1   |      | N2   |      |
|--|------|------|------|------|
|  | BCCi | BCCo | BCCi | BCCo |

| Regiones eficientes                  | AND13, CAT13,<br>MAD13, VAL13,<br>NAV13, RIO13,<br>RIO10, NAV10,<br>CAT10 | AND13, CAT13,<br>MAD13, VAL13,<br>NAV13, RIO13,<br>NAV10, CAT10 | AND13, CAT13,<br>MAD13, VAL13,<br>NAV13, RIO13,<br>RIO10, NAV10,<br>CAT10 | AND13, CAT13,<br>MAD13, VAL13,<br>NAV13, RIO13,<br>RIO10, NAV10,<br>CAT10 |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Coeficiente CLM 2010                 | 0.76                                                                      | 0.76                                                            | 0.76                                                                      | 0.84                                                                      |
| Coeficiente CLM 2013                 | 0.97                                                                      | 0.97                                                            | 0.96                                                                      | 0.96                                                                      |
| Cambio 2010-13                       | 0.21                                                                      | 0.21                                                            | 0.2                                                                       | 0.12                                                                      |
| Posición 2013 CLM 2013 en eficiencia | 7                                                                         | 7                                                               | 7                                                                         | 7                                                                         |
| Posición CLM 2013 en mejora          | 2                                                                         | 2                                                               | 2                                                                         | 3                                                                         |

Los resultados comunes a todos los modelos son los siguientes:

- En el año 2013 Castilla-La Mancha está entre las regiones españolas más eficientes en su sanidad pública. Aparece siempre en séptimo lugar, muy cerca de la frontera de eficiencia y a escasas décimas de las otras 6 que aparecen en primer lugar situadas en dicha frontera.
- Esto se ha producido por una importante mejora en la eficiencia, entre el año 2010 y el año 2013. En casi todos los modelos Castilla-La Mancha está entre las primeras regiones en mejora de la eficiencia en este periodo.
- La mayoría de los servicios regionales de salud han mejorado la eficiencia en el periodo 2010-13. La crisis y las medidas adoptadas en cada región han contribuido a una mejora generalizada de la eficiencia

### 22.3.3 Gasto desglosado en conceptos respecto a población, actividad en UCH y calidad

En este apartado utilizamos como inputs el gasto desglosado en gasto de personal y gasto de no personal, considerándose como outputs los mismos del punto anterior, esto es, población, actividad en UCH y la calidad.

Vamos a realizar los cálculos con las dos versiones del indicador sintético de calidad.

#### 22.3.3.1 Utilizando los indicadores de calidad estandarizados por la normalización 1

En primer lugar, vamos a realizar el análisis envolvente de datos con el modelo de rendimientos variables a escala y orientado al input. Los resultados colocan a siete comunidades en la frontera de eficiencia, entre las que está Castilla-La Mancha. Baleares y Castilla-La Mancha son con mucha diferencia las comunidades que más mejoran en el periodo 2010-13, con un aumento del coeficiente de 0,23 y 0,22 respectivamente. Todas las comunidades mejoran o mantienen su nivel de eficiencia desde 2010.

**Tabla 91: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1**

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.88 | 0.12 |
| ARA   | 1.00 | 0.85 | 0.15 |
| AST   | 0.90 | 0.81 | 0.09 |
| BAL   | 0.92 | 0.69 | 0.23 |
| CAN   | 0.80 | 0.73 | 0.07 |
| CANTA | 0.93 | 0.82 | 0.11 |
| CYL   | 0.91 | 0.86 | 0.05 |
| CLM   | 1.00 | 0.78 | 0.22 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.95 | 0.05 |
| EXT   | 0.86 | 0.75 | 0.11 |
| GAL   | 0.93 | 0.85 | 0.08 |
| MAD   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| MUR   | 0.77 | 0.73 | 0.04 |
| NAV   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| PV    | 0.83 | 0.81 | 0.02 |
| LRIO  | 1.00 | 1.00 | 0.00 |

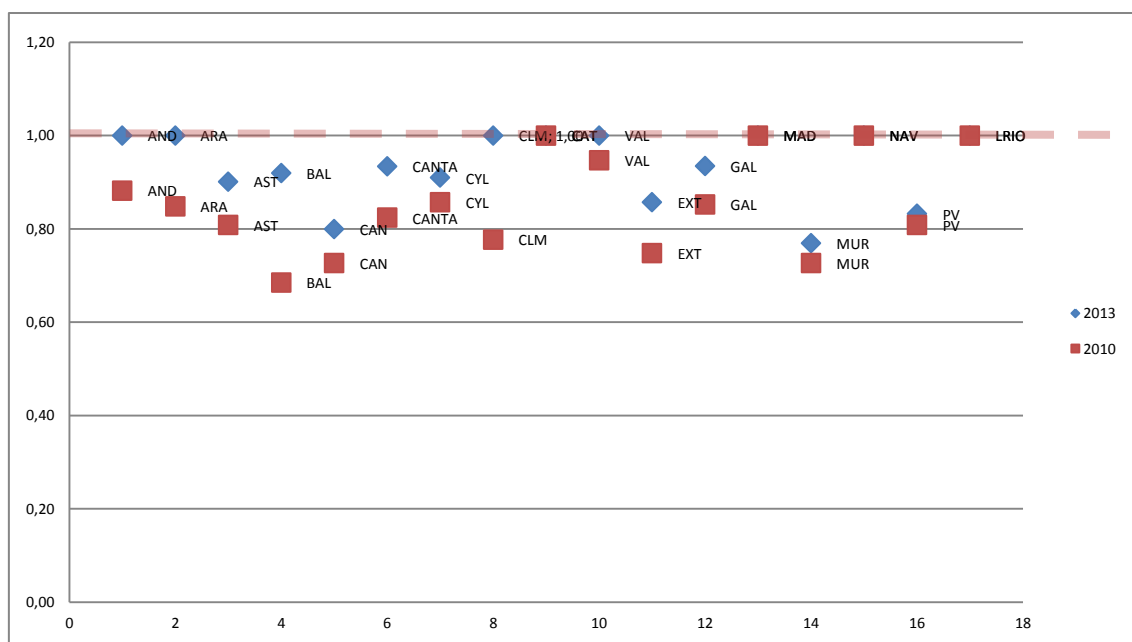


**Ilustración 247:** Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1

Si aplicamos el mismo modelo BCC pero orientado al output, los resultados son muy similares a los anteriores, con un alto número de regiones eficientes, entre las que está Castilla-La Mancha, y con una muy fuerte mejora relativa de esta región en el periodo 2010-13, así como en una mejora generalizada en estos años de todas las comunidades.

**Tabla 92:** Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.99 | 0.01 |
| ARA   | 1.00 | 0.85 | 0.15 |
| AST   | 0.90 | 0.80 | 0.10 |
| BAL   | 0.92 | 0.67 | 0.25 |
| CAN   | 0.79 | 0.72 | 0.08 |
| CANTA | 0.93 | 0.81 | 0.11 |
| CYL   | 0.91 | 0.86 | 0.05 |
| CLM   | 1.00 | 0.78 | 0.22 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.95 | 0.05 |
| EXT   | 0.85 | 0.74 | 0.11 |
| GAL   | 0.93 | 0.85 | 0.08 |
| MAD   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| MUR   | 0.76 | 0.72 | 0.04 |
| NAV   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| PV    | 0.83 | 0.81 | 0.03 |
| LRIO  | 1.00 | 1.00 | 0.00 |

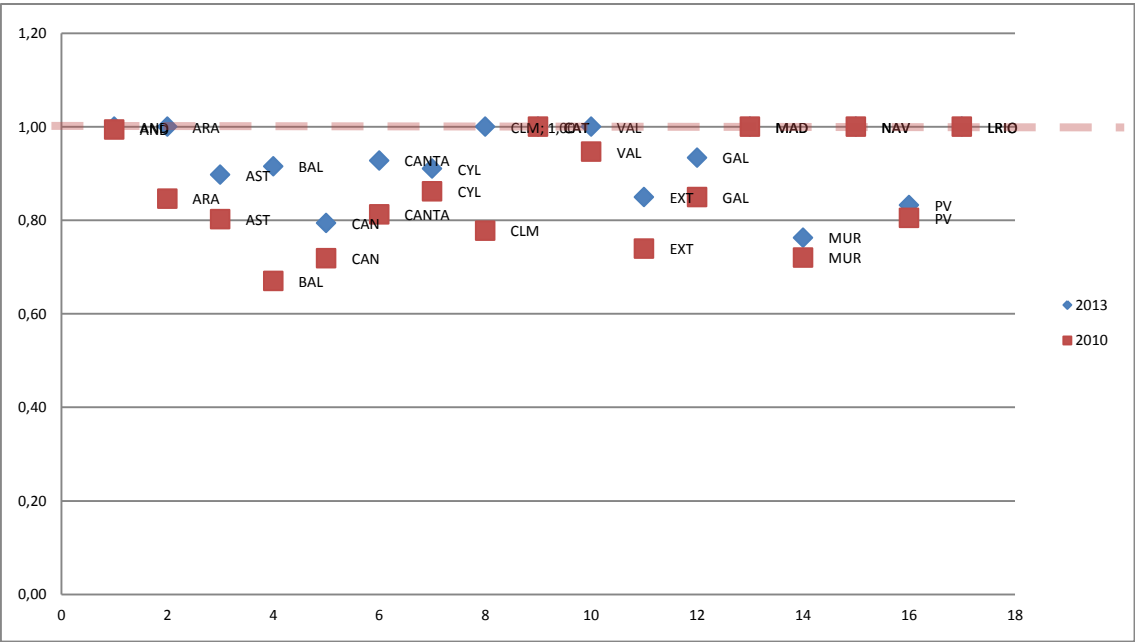


Ilustración 248: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1

22.3.3.2 Utilizando los indicadores de calidad con la normalización 2 (distancia al mejor)

Los resultados son similares a los anteriores, aunque Castilla-La Mancha queda al borde de la frontera de eficiencia con un coeficiente de 0,99

Tabla 93: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.88 | 0.12 |
| ARA   | 1.00 | 0.84 | 0.16 |
| AST   | 0.90 | 0.81 | 0.09 |
| BAL   | 0.92 | 0.69 | 0.23 |
| CAN   | 0.80 | 0.72 | 0.08 |
| CANTA | 0.94 | 0.85 | 0.09 |
| CYL   | 0.91 | 0.85 | 0.06 |
| CLM   | 0.99 | 0.77 | 0.22 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.94 | 0.06 |
| EXT   | 0.85 | 0.75 | 0.10 |
| GAL   | 0.93 | 0.85 | 0.09 |
| MAD   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| MUR   | 0.77 | 0.73 | 0.04 |
| NAV   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| PV    | 0.83 | 0.82 | 0.02 |

|      |      |      |      |
|------|------|------|------|
| LRIO | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
|------|------|------|------|

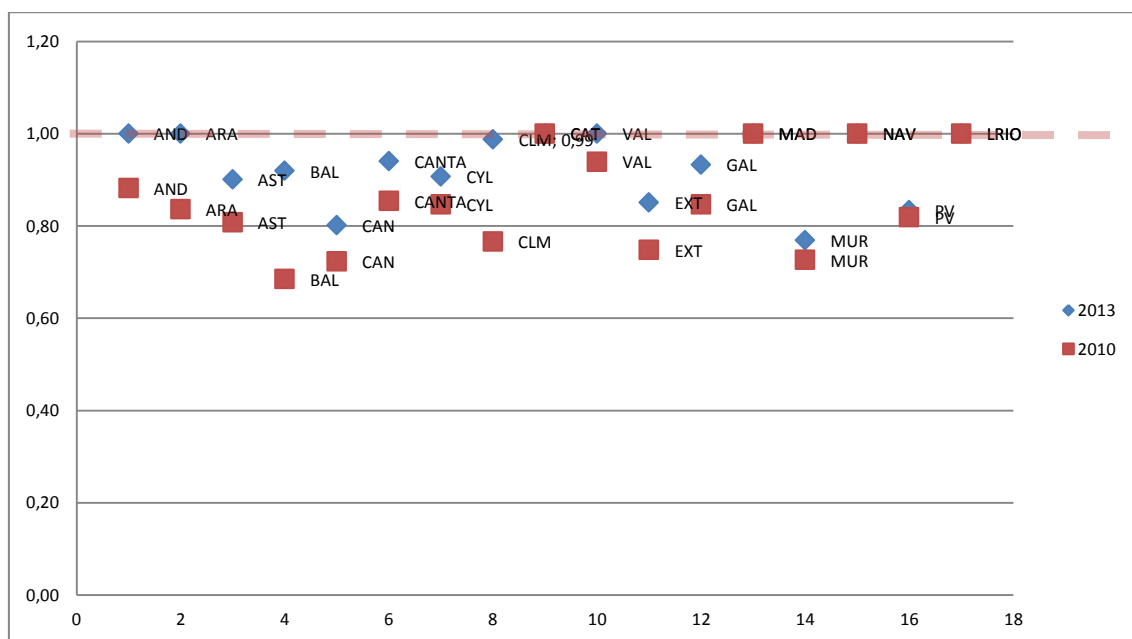


**Ilustración 249:** Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2

Si aplicamos el modelo de rendimientos variables a escala orientado al output, BCCo, tenemos los siguientes resultados, prácticamente iguales a los del modelo orientado al input, donde Castilla-La Mancha se sitúa al borde del nivel de eficiencia, con un coeficiente de 0,99, y es la segunda región en mejora de eficiencia detrás de Baleares, con un aumento del coeficiente de 0,14 entre 2010 y 2013.

**Tabla 94:** Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.99 | 0.01 |
| ARA   | 1.00 | 0.88 | 0.12 |
| AST   | 0.90 | 0.80 | 0.10 |
| BAL   | 0.93 | 0.75 | 0.18 |
| CAN   | 0.83 | 0.80 | 0.03 |
| CANTA | 0.97 | 0.91 | 0.06 |
| CYL   | 0.92 | 0.88 | 0.04 |
| CLM   | 0.99 | 0.85 | 0.14 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.94 | 0.06 |
| EXT   | 0.85 | 0.75 | 0.10 |
| GAL   | 0.93 | 0.87 | 0.07 |
| MAD   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| MUR   | 0.77 | 0.73 | 0.04 |
| NAV   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| PV    | 0.87 | 0.86 | 0.01 |
| LRIO  | 1.00 | 1.00 | 0.00 |

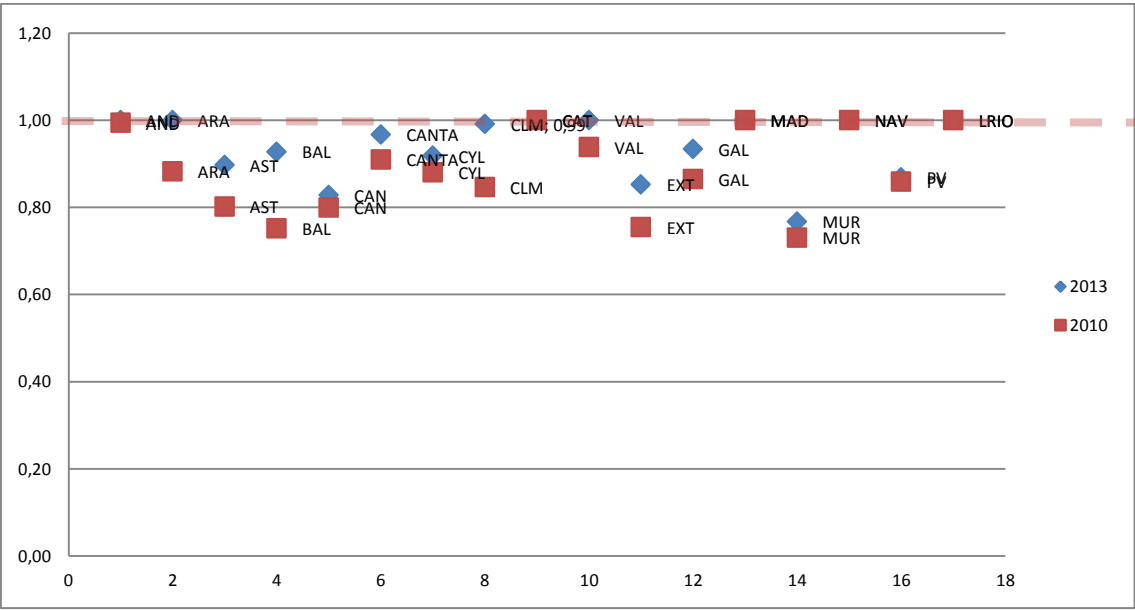


Ilustración 250: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2

22.3.3.3 Resumen de resultados

En el resumen de resultados vemos como se confirman los resultados de los casos anteriores. En este, al abrirse el abanico de inputs y outputs, se abre también el número de regiones eficientes. Castilla-La Mancha se sitúa entre ellas, o bien a una centésima del nivel de eficiencia. Se mantiene como la segunda comunidad con mayor mejora de eficiencia en estos años.

Tabla 95: Resumen de resultados con gasto desglosado, calidad, producción en UCH y población

|  | N1   |      | N2   |      |
|--|------|------|------|------|
|  | BCCi | BCCo | BCCi | BCCo |

|                                      |                                                                             |                                                                             |                                                                      |                                                                      |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Regiones eficientes                  | CLM13, AND13, CAT13, MAD13, VAL13, NAV13, RIO13, RIO10, NAV10, CAT10, MAD10 | CLM13, AND13, CAT13, MAD13, VAL13, NAV13, RIO13, RIO10, NAV10, CAT10, MAD10 | AND13, CAT13, MAD13, VAL13, NAV13, RIO13, RIO10, NAV10, CAT10, MAD10 | AND13, CAT13, MAD13, VAL13, NAV13, RIO13, RIO10, NAV10, CAT10, MAD10 |
| Coeficiente CLM 2010                 | 0.78                                                                        | 0.78                                                                        | 0.77                                                                 | 0.85                                                                 |
| Coeficiente CLM 2013                 | 1                                                                           | 1                                                                           | 0.99                                                                 | 0.99                                                                 |
| Cambio 2010-13                       | 0.22                                                                        | 0.22                                                                        | 0.22                                                                 | 0.14                                                                 |
| Posición 2013 CLM 2013 en eficiencia | 1                                                                           | 1                                                                           | 8                                                                    | 8                                                                    |
| Posición CLM 2013 en mejora          | 2                                                                           | 2                                                                           | 2                                                                    | 2                                                                    |

Los resultados comunes a todos los modelos son los siguientes:

- En el año 2013 Castilla-La Mancha está entre las regiones españolas más eficientes en su sanidad pública. Aparece siempre en los primeros lugares, dentro o muy cerca de la frontera de eficiencia.
- Esto se ha producido por una importante mejora en la eficiencia, entre el año 2010 y el año 2013. En todos los modelos Castilla-La Mancha está entre las primeras regiones en mejora de la eficiencia en este periodo.
- La mayoría de los servicios regionales de salud han mejorado la eficiencia en el periodo 2010-13. La crisis y las medidas adoptadas en cada región han contribuido a una mejora generalizada de la eficiencia

#### 22.3.4 Gasto total respecto a población, y actividad en UCH

Vamos a aplicar las dos versiones del modelo de análisis envolvente de rendimientos variables a escala. Para el modelo orientado al input, BCCi, los resultados son cinco comunidades eficientes en 2013, esto es, Andalucía, Cataluña, Valencia, Madrid, y La Rioja. Castilla-La Mancha queda por debajo, aunque en los niveles altos de eficiencia con un coeficiente de 0,92. Se consolida como la segunda comunidad que más mejora sus niveles de eficiencia en el periodo 2010-13, detrás de Baleares.



**Tabla 96: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH**

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.87 | 0.13 |
| ARA   | 0.96 | 0.80 | 0.16 |
| AST   | 0.89 | 0.80 | 0.09 |
| BAL   | 0.91 | 0.68 | 0.23 |
| CAN   | 0.79 | 0.71 | 0.08 |
| CANTA | 0.89 | 0.82 | 0.07 |
| CYL   | 0.88 | 0.82 | 0.05 |
| CLM   | 0.92 | 0.73 | 0.19 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.86 | 0.14 |
| EXT   | 0.83 | 0.74 | 0.09 |
| GAL   | 0.92 | 0.84 | 0.08 |
| MAD   | 1.00 | 0.96 | 0.04 |
| MUR   | 0.76 | 0.72 | 0.04 |
| NAV   | 0.85 | 0.76 | 0.10 |
| PV    | 0.82 | 0.80 | 0.02 |
| LRIO  | 1.00 | 0.88 | 0.12 |



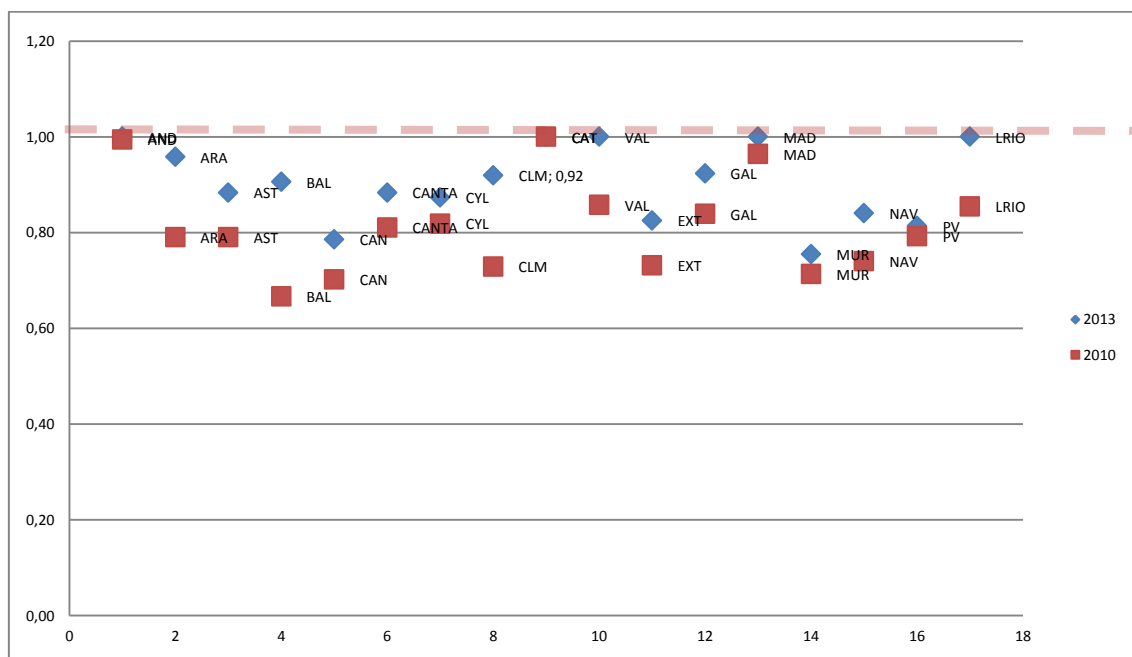
**Ilustración 251: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH**

Si aplicamos el mismo modelo BCC orientado al output, tenemos unos resultados muy similares a los anteriores. Aragón supera a Castilla-La Mancha en este caso en eficiencia, y Castilla-La Mancha se mantiene como la segunda región con mayor mejora de eficiencia en el periodo 2010-14.

**Tabla 97: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH**

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.99 | 0.01 |
| ARA   | 0.96 | 0.79 | 0.17 |
| AST   | 0.88 | 0.79 | 0.09 |
| BAL   | 0.91 | 0.67 | 0.24 |
| CAN   | 0.79 | 0.70 | 0.08 |
| CANTA | 0.88 | 0.81 | 0.07 |
| CYL   | 0.87 | 0.82 | 0.05 |
| CLM   | 0.92 | 0.73 | 0.19 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.86 | 0.14 |
| EXT   | 0.83 | 0.73 | 0.09 |
| GAL   | 0.92 | 0.84 | 0.08 |
| MAD   | 1.00 | 0.96 | 0.04 |
| MUR   | 0.75 | 0.71 | 0.04 |
| NAV   | 0.84 | 0.74 | 0.10 |
| PV    | 0.81 | 0.79 | 0.02 |
| LRIO  | 1.00 | 0.85 | 0.15 |

**Tabla 98: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH**



#### 22.3.4.3 Resumen de resultados

Los resultados de este caso confirman las conclusiones de los casos anteriores.

**Tabla 99: Resumen de resultados con gasto total, población, y producción en UCH**

|                                      | BCCi                                      | BCCo                                      |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Regiones eficientes                  | AND13, CAT13, VAL13, MAD13, LRIO13, CAT10 | AND13, CAT13, VAL13, MAD13, LRIO13, CAT10 |
| Coeficiente CLM 2010                 | 0.73                                      | 0.73                                      |
| Coeficiente CLM 2013                 | 0.92                                      | 0.92                                      |
| Cambio 2010-13                       | 0.19                                      | 0.19                                      |
| Posición 2013 CLM 2013 en eficiencia | 7                                         | 7                                         |
| Posición CLM 2013 en mejora          | 2                                         | 2                                         |

Los resultados son los siguientes:

- En el año 2013 Castilla-La Mancha está entre las regiones españolas más eficientes en su sanidad pública. Aparece siempre en los primeros lugares, dentro o muy cerca de la frontera de eficiencia.
- Esto se ha producido por una importante mejora en la eficiencia, entre el año 2010 y el año 2013. En todos los modelos Castilla-La Mancha está entre las primeras regiones en mejora de la eficiencia en este periodo.
- La mayoría de los servicios regionales de salud han mejorado la eficiencia en el periodo 2010-13. La crisis y las medidas adoptadas en cada región han contribuido a una mejora generalizada de la eficiencia

### 22.3.5 Gasto desglosado respecto a población, y actividad en UCH

Respecto al caso anterior desglosaremos como input el gasto total en gasto de personal y gasto no de personal. Los resultados los podemos ver en la Tabla 100. La frontera de eficiencia está ocupada por Andalucía, Aragón, Cataluña, Valencia, Madrid y La Rioja, y a continuación se sitúa Castilla-La Mancha, con un coeficiente de 0,94. Castilla-La Mancha es la segunda región con mayor mejora de eficiencia en el periodo.

**Tabla 100: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, y producción en UCH**

|       | 2013 | 2010 | Dif  |
|-------|------|------|------|
| AND   | 1.00 | 0.88 | 0.12 |
| ARA   | 1.00 | 0.82 | 0.18 |
| AST   | 0.90 | 0.81 | 0.09 |
| BAL   | 0.92 | 0.69 | 0.23 |
| CAN   | 0.80 | 0.71 | 0.09 |
| CANTA | 0.90 | 0.82 | 0.08 |
| CYL   | 0.91 | 0.84 | 0.07 |

|      |      |      |      |
|------|------|------|------|
| CLM  | 0.94 | 0.75 | 0.20 |
| CAT  | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL  | 1.00 | 0.94 | 0.06 |
| EXT  | 0.85 | 0.75 | 0.10 |
| GAL  | 0.93 | 0.84 | 0.09 |
| MAD  | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| MUR  | 0.77 | 0.73 | 0.04 |
| NAV  | 0.87 | 0.76 | 0.11 |
| PV   | 0.83 | 0.81 | 0.02 |
| LRIO | 1.00 | 0.89 | 0.11 |

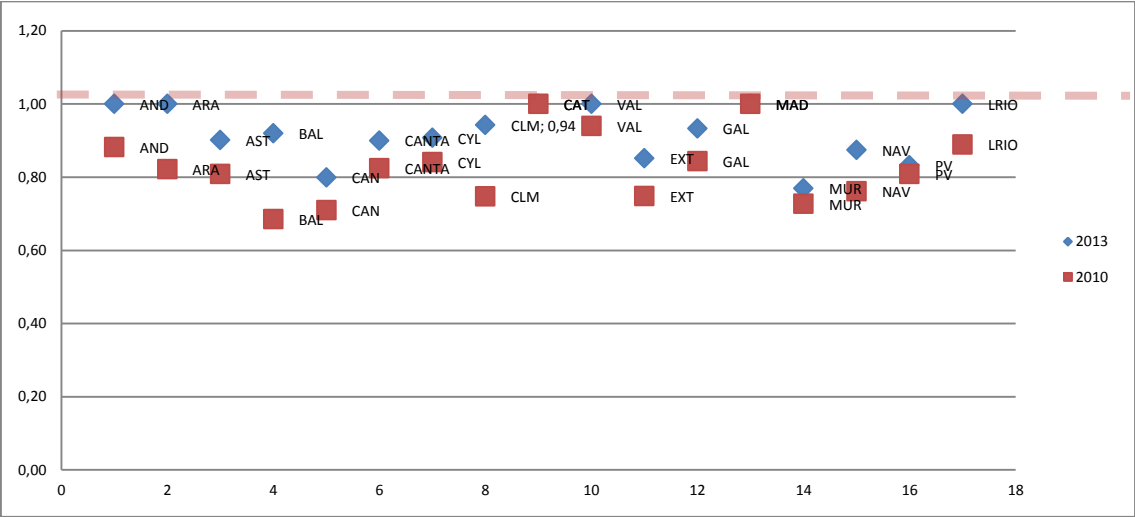


Ilustración 252: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, y producción en UCH

Si aplicamos el modelo BCC orientado al output, tenemos unos resultados muy parecidos o prácticamente idénticos a los ya comentados en el modelo BCCi

Tabla 101: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, y producción en UCH

|       |      |      |      |
|-------|------|------|------|
|       | 2013 | 2010 | Dif  |
| AND   | 1.00 | 0.99 | 0.01 |
| ARA   | 1.00 | 0.82 | 0.18 |
| AST   | 0.90 | 0.80 | 0.10 |
| BAL   | 0.92 | 0.67 | 0.25 |
| CAN   | 0.79 | 0.70 | 0.09 |
| CANTA | 0.89 | 0.81 | 0.08 |
| CYL   | 0.91 | 0.84 | 0.07 |
| CLM   | 0.94 | 0.74 | 0.20 |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |
| VAL   | 1.00 | 0.94 | 0.06 |
| EXT   | 0.85 | 0.74 | 0.11 |
| GAL   | 0.93 | 0.84 | 0.09 |
| MAD   | 1.00 | 1.00 | 0.00 |

|             |      |      |      |
|-------------|------|------|------|
| <b>MUR</b>  | 0.76 | 0.72 | 0.04 |
| <b>NAV</b>  | 0.87 | 0.75 | 0.12 |
| <b>PV</b>   | 0.83 | 0.81 | 0.03 |
| <b>LRIO</b> | 1.00 | 0.85 | 0.15 |

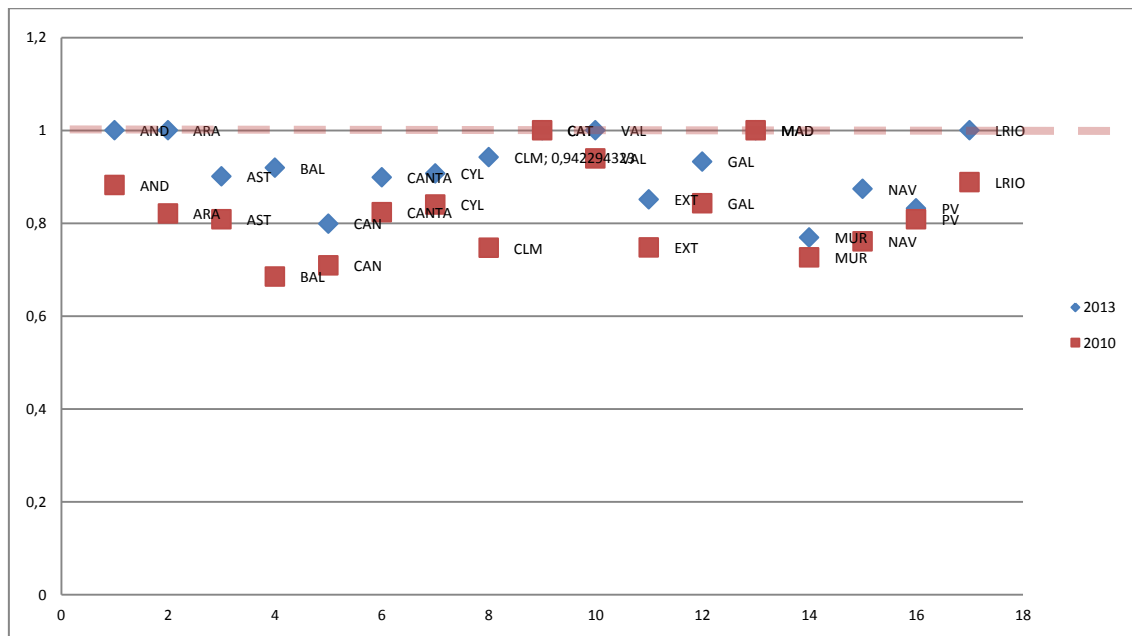


**Ilustración 253:** Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, y producción en UCH

### 22.3.5.3 Resumen de resultados

**Tabla 102:** Resumen de resultados con gasto desglosado, población, y producción en UCH

|                                      | BCCi                                             | BCCo                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Regiones eficientes                  | AND13, ARA13, CAT13, VAL13, MAD13, LRIO13, CAT10 | AND13, CAT13, VAL13, MAD13, LRIO13, CAT10 |
| Coeficiente CLM 2010                 | 0.75                                             | 0.74                                      |
| Coeficiente CLM 2013                 | 0.94                                             | 0.94                                      |
| Cambio 2010-13                       | 0.19                                             | 0.2                                       |
| Posición 2013 CLM 2013 en eficiencia | 7                                                | 7                                         |
| Posición CLM 2013 en mejora          | 2                                                | 2                                         |

Vemos como en este caso se mantienen las conclusiones globales que venimos reflejando en los casos anteriores:

- En el año 2013 Castilla-La Mancha está entre las regiones españolas más eficientes en su sanidad pública. Aparece siempre muy cerca de la frontera de eficiencia.
- Esto se ha producido por una importante mejora en la eficiencia, entre el año 2010 y el año 2013. En todos los modelos Castilla-La Mancha está entre las primeras regiones en mejora de la eficiencia en este periodo.
- La mayoría de los servicios regionales de salud han mejorado la eficiencia en el periodo 2010-13. La crisis y las medidas adoptadas en cada región han contribuido a una mejora generalizada de la eficiencia

### 22.3.6 Gasto total respecto a población, y actividad en UCH, con el número de municipios como un output no controlable

En este caso introducimos como indicador de dispersión geográfica el número de municipios de cada región, considerándolo como un output no controlable. Así, utilizaremos el modelo de análisis envoltente de datos NC, que no permite ninguna holgura en los outputs no controlables. Lo resolveremos en su versión orientada al input y al output.

En la versión orientada al input, observamos que aumenta sustancialmente el número de regiones eficientes, al incluirse un nuevo output. Castilla-La Mancha está entre las eficientes. Canarias registra un empeoramiento del nivel de eficiencia entre 2010 y 2013. Castilla-La Mancha, al igual que en todos los casos, es la segunda región en mejora de la eficiencia en el periodo.

**Tabla 103: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC\_I\_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 1**

|       | 2013 | 2010 | Dif   |
|-------|------|------|-------|
| AND   | 1.00 | 0.87 | 0.13  |
| ARA   | 1.00 | 0.86 | 0.14  |
| AST   | 0.99 | 0.89 | 0.11  |
| BAL   | 1.00 | 0.76 | 0.24  |
| CAN   | 0.86 | 1.00 | -0.14 |
| CANTA | 1.00 | 0.93 | 0.07  |
| CYL   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| CLM   | 1.00 | 0.79 | 0.21  |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| VAL   | 1.00 | 0.86 | 0.14  |
| EXT   | 0.85 | 0.76 | 0.09  |
| GAL   | 0.94 | 0.86 | 0.08  |
| MAD   | 1.00 | 0.99 | 0.01  |
| MUR   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| NAV   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| PV    | 0.82 | 0.81 | 0.00  |
| LRIO  | 1.00 | 1.00 | 0.00  |

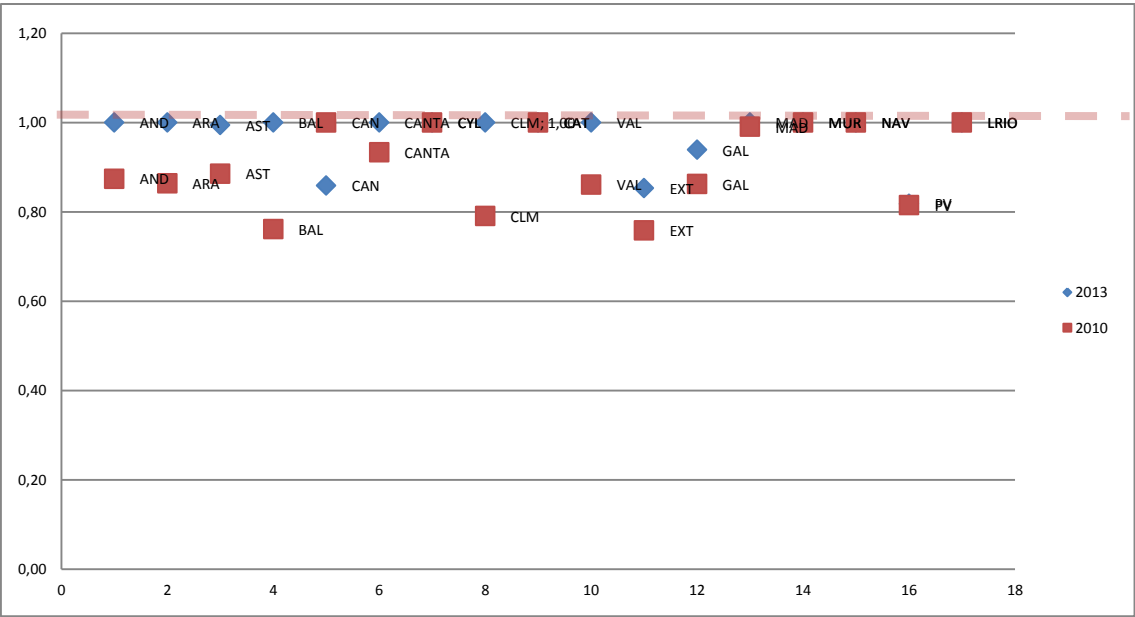


Ilustración 254: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC\_I\_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 1

Si calculamos el modelo orientado al output, tenemos unos resultados muy similares a los anteriores en el modelo orientado al input. Resaltar, si nos fijamos en la Ilustración 255, en el movimiento global de casi todas las comunidades desde una situación ineficiente a otra eficiente en estos tres años.

Tabla 104: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC\_O\_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 1

|       | 2013 | 2010 | Dif   |
|-------|------|------|-------|
| AND   | 1.00 | 0.99 | 0.01  |
| ARA   | 1.00 | 0.85 | 0.15  |
| AST   | 0.99 | 0.86 | 0.13  |
| BAL   | 1.00 | 0.77 | 0.23  |
| CAN   | 0.87 | 1.00 | -0.13 |
| CANTA | 1.00 | 0.91 | 0.09  |
| CYL   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| CLM   | 1.00 | 0.78 | 0.22  |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| VAL   | 1.00 | 0.87 | 0.13  |
| EXT   | 0.84 | 0.74 | 0.10  |
| GAL   | 0.94 | 0.87 | 0.07  |
| MAD   | 1.00 | 0.99 | 0.01  |
| MUR   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| NAV   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| PV    | 0.81 | 0.82 | 0.00  |
| LRIO  | 1.00 | 1.00 | 0.00  |

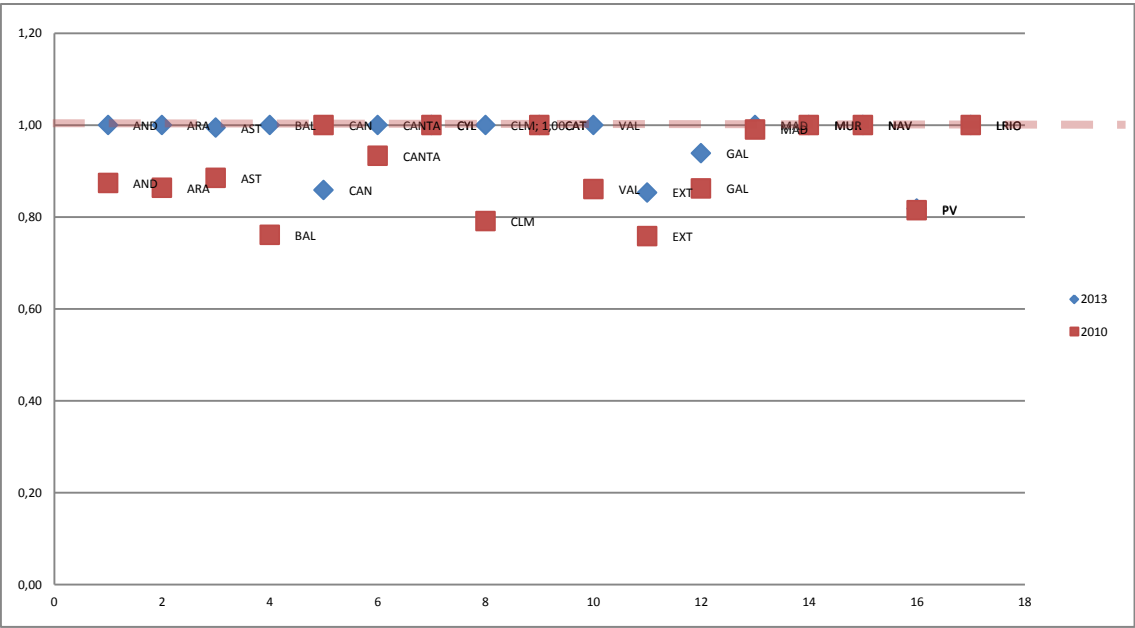


Ilustración 255: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC\_O\_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 1

Si utilizamos el indicador sintético de calidad con la normalización 2, los resultados son igualmente similares, tanto en el modelo orientado al input

Tabla 105: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC\_I\_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 2

|       | 2013 | 2010 | Dif   |
|-------|------|------|-------|
| AND   | 1.00 | 0.87 | 0.13  |
| ARA   | 1.00 | 0.86 | 0.14  |
| AST   | 0.99 | 0.89 | 0.11  |
| BAL   | 1.00 | 0.76 | 0.24  |
| CAN   | 0.87 | 1.00 | -0.13 |
| CANTA | 1.00 | 0.93 | 0.07  |
| CYL   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| CLM   | 1.00 | 0.79 | 0.21  |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| VAL   | 1.00 | 0.86 | 0.14  |
| EXT   | 0.85 | 0.76 | 0.09  |
| GAL   | 0.94 | 0.86 | 0.08  |
| MAD   | 1.00 | 0.99 | 0.01  |
| MUR   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| NAV   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| PV    | 0.82 | 0.83 | -0.01 |
| LRIO  | 1.00 | 1.00 | 0.00  |

Igual podemos decir en el modelo orientado al output. En este caso casi todas las regiones se sitúan en 2013 en un nivel de eficiencia, lo que nos indica un modelo poco discriminante.



**Tabla 106: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC\_O\_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 2**

|       | 2013 | 2010 | Dif   |
|-------|------|------|-------|
| AND   | 1.00 | 0.99 | 0.01  |
| ARA   | 1.00 | 0.88 | 0.12  |
| AST   | 0.99 | 0.86 | 0.13  |
| BAL   | 1.00 | 0.96 | 0.04  |
| CAN   | 0.97 | 1.00 | -0.03 |
| CANTA | 1.00 | 0.98 | 0.02  |
| CYL   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| CLM   | 1.00 | 0.90 | 0.10  |
| CAT   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| VAL   | 1.00 | 0.87 | 0.13  |
| EXT   | 0.85 | 0.76 | 0.09  |
| GAL   | 0.94 | 0.88 | 0.06  |
| MAD   | 1.00 | 0.99 | 0.01  |
| MUR   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| NAV   | 1.00 | 1.00 | 0.00  |
| PV    | 0.84 | 0.86 | -0.02 |
| LRIO  | 1.00 | 1.00 | 0.00  |

### 22.3.6.3 Resumen de resultados

Vamos a resumir los resultados de este caso, que aparecen en la Tabla 107. Destaca el alto número de regiones eficientes en 2013. Los resultados son muy similares en las cuatro especificaciones del modelo realizadas.

**Tabla 107: Resumen de resultados con gasto desglosado, población, y producción en UCH**

|                     | N1                                                                                                                            |                                                                                                                               | N2                                                                                                                            |                                                                                                                               |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | NC_I_V                                                                                                                        | NV_O_V                                                                                                                        | NC_I_V                                                                                                                        | NV_O_V                                                                                                                        |
| Regiones eficientes | AND13, ARA13, BAL13, CANT13, CYL13, CLM13, CAT13, VAL13, MAD13, MUR13, NAV13, RIO13, CAN10, CYL10, CAT10, MUR10, NAV10, RIO10 | AND13, ARA13, BAL13, CANT13, CYL13, CLM13, CAT13, VAL13, MAD13, MUR13, NAV13, RIO13, CAN10, CYL10, CAT10, MUR10, NAV10, RIO10 | AND13, ARA13, BAL13, CANT13, CYL13, CLM13, CAT13, VAL13, MAD13, MUR13, NAV13, RIO13, CAN10, CYL10, CAT10, MUR10, NAV10, RIO10 | AND13, ARA13, BAL13, CANT13, CYL13, CLM13, CAT13, VAL13, MAD13, MUR13, NAV13, RIO13, CAN10, CYL10, CAT10, MUR10, NAV10, RIO10 |
| Coficiente CLM 2010 | 0.79                                                                                                                          | 0.78                                                                                                                          | 0.79                                                                                                                          | 0.9                                                                                                                           |
| Coficiente CLM 2013 | 1                                                                                                                             | 1                                                                                                                             | 1                                                                                                                             | 1                                                                                                                             |
| Cambio 2010-13      | 0.21                                                                                                                          | 0.22                                                                                                                          | 0.21                                                                                                                          | 0.1                                                                                                                           |

|                                      |   |   |   |   |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| Posición 2013 CLM 2013 en eficiencia | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Posición CLM 2013 en mejora          | 2 | 2 | 2 | 4 |

## 22.4 Resultados globales del análisis de eficiencia

Hemos realizado distintas versiones del análisis de eficiencia, con el fin de analizar si en todas ellas hay pautas comunes o si por el contrario hay una alta variabilidad en los resultados. Las alternativas planteadas han dependido:

- De los inputs utilizados, o gasto total o gasto desglosado entre personal y resto
- De la medida del output: sólo calidad, calidad, actividad y población, o sólo actividad y población
- Del modelo de análisis envolvente de datos utilizado: Rendimientos Constantes a Escala, Rendimientos Variables a Escala o Modelo con variables no controlables
- De la orientación a input o a output del modelo
- Del tipo de normalización realizada sobre el indicador sintético de calidad
- De la introducción del número de municipios como variable proxy de la dispersión geográfica, como output no controlable

Así, tenemos un número muy alto de modelos analizados, que nos permiten estar seguros de que los resultados obtenidos no dependen de un criterio o de una variable en concreto. Sobre todo porque observamos que existen unas pautas comunes en todos los modelos, que nos arrojan conclusiones muy interesantes. Como pautas específicas, resaltar que los modelos que utilizan como único output la calidad y como único input el coste, son muy discriminantes, y nos dan una visión muy específica de la eficiencia. Los modelos orientados al input suelen dar resultados algo mejores que los orientados al output en Castilla-La Mancha, pero sin grandes diferencias. Cuanto más aumentamos el número de inputs y de outputs, más regiones eficientes aparecen, perdiéndose el carácter discriminativo del análisis.

Como conclusiones comunes a todas las especificaciones y modelos analizados podemos extraer las siguientes:

- En el año 2013 Castilla-La Mancha está entre las regiones españolas más eficientes en su sanidad pública. En los modelos analizados se sitúa o en la frontera de eficiencia, o lo que es más frecuente, muy cerca de ella.
- Esto se ha producido por una importante mejora en la eficiencia, entre el año 2010 y el año 2013. En casi todos los modelos Castilla-La Mancha está en segundo lugar de todas las comunidades españolas en el grado de mejora de la eficiencia en este periodo.

- La mayoría de los servicios regionales de salud han mejorado la eficiencia en el periodo 2010-13. En todos los modelos se observa un desplazamiento de menor a mayor eficiencia, y son muy escasas las situaciones en las que se ha producido un empeoramiento.

Estas conclusiones son muy relevantes, dado que nos indican que las medidas adoptadas en Castilla-La Mancha han supuesto una mejora de la eficiencia, medida esta de forma no paramétrica en diversas especificaciones. Esta mejora ha sido muy importante, la segunda de todas las regiones españolas a corta distancia de Baleares y a una distancia considerable siempre de la tercera comunidad en mejora. Con esta mejora de la eficiencia, la región se ha situado en los niveles de frontera de eficiencia o en posiciones muy cercanas. En general, se registra un movimiento global de mejora de eficiencia entre 2010 y 2013.

## Capítulo VII: El acceso de la población a los fármacos de receta después del cambio en el sistema de copago

---

## 25. El gasto en Receta en el Sistema Nacional de Salud y en Castilla-La Mancha

El gasto en receta del Sistema Nacional de Salud ha sido un problema recurrente en la literatura de gestión sanitaria de los últimos años. Por una parte, por su enorme volumen económico, que hasta hace pocos años se situaba por encima de la media europea, y por otra por las características especiales de nuestro sistema sanitario, que generaban y generan problemas importantes a la hora de realizar una buena prescripción, como son la antigua separación de niveles asistenciales, la prescripción inducida, o la fuerte variabilidad entre profesionales a la hora de prescribir fármacos.

Actualmente España está en una situación cercana a la media europea en cuanto a consumo de fármacos. No era así unos años atrás, cuando estábamos entre los primeros países consumidores.

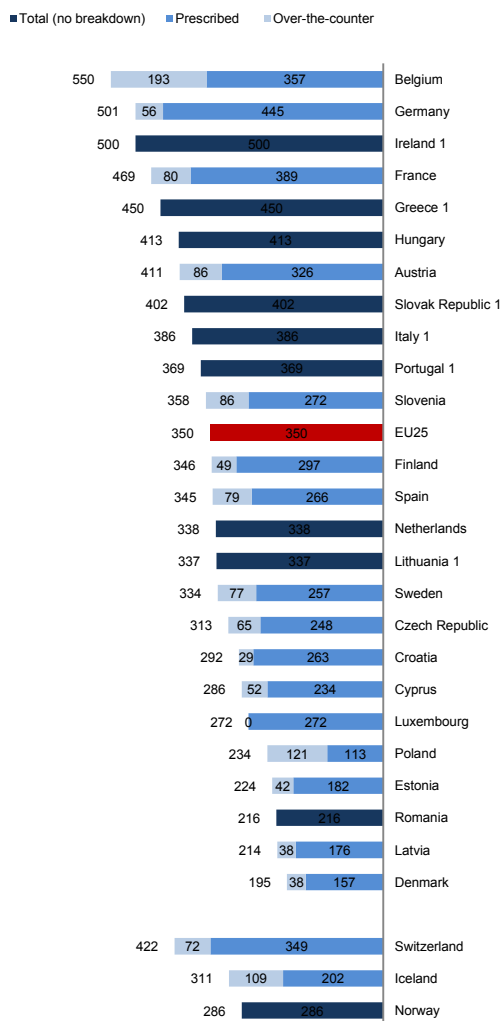


Ilustración 256: Gasto en farmacia per cápita en países europeos en 2012 o último año disponible. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015

De acuerdo con Sanfélix et al (Sanfélix-Gimeno et al., 2012) el Sistema Nacional de Salud emitía en 2009 unas 950 millones de recetas. A mayo de 2015 los números no eran muy distintos, 874 millones de recetas prescritas entre mayo 2014 y mayo 2015 de acuerdo con la Estadística de Facturación de Recetas médicas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Los autores estimaban que de esta cifra, 200 millones se prescribían pero no se dispensaban. Con los datos de esta tesis, que en este capítulo analizaremos en detalle, en Castilla-La Mancha en 2014 se dejaban de dispensar un 9,74% de las recetas prescritas. Aplicado este porcentaje, el número de recetas no dispensadas era de 85 millones. Entre medias, se había producido un cambio importante en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud: el nuevo copago farmacéutico. En 2011, España tenía un puesto destacado en el mundo por su elevado consumo de fármacos (Richards, 2010). Otro problema característico de nuestro sistema sanitario ha sido la llamada receta inducida. Esto es, la receta que indica el especialista hospitalario al paciente desde su consulta, muchas veces fuera de las líneas terapéuticas más coste-efectivas que sigue el especialista de atención primaria, o el tratamiento que inicia sin receta desde el hospital, y que muchas veces condiciona el que seguirá después desde atención primaria (S Peiró & Sanfélix-Gimeno, 2010). Esta receta inducida es característica de nuestro Sistema Nacional de Salud, y propia de un sistema sanitario donde existe una fuerte fragmentación entre atención primaria y hospitalaria, y donde sólo el médico de atención primaria podía facilitar la prescripción subvencionada de los fármacos, lo que genera que muchas veces el paciente acuda desde la asistencia privada o desde otros ámbitos sanitarios, solo en busca de una receta cuyo criterio clínico no siempre tiene que compartir el médico de atención primaria que la emite. La eliminación de este problema requiere de cambios organizativos profundos, que generen equipos de trabajo más cohesionados entre profesionales de todos los niveles asistenciales, como la integración de niveles asistenciales, y por otra parte de innovaciones tecnológicas, como la receta electrónica, que permite que la receta se realice en todos los niveles asistenciales, y que evita o minimiza las consultas administrativas que se generaban sólo para pedir receta en atención primaria.

En 2009, en el inicio de la crisis económica, el panorama del gasto farmacéutico por receta era altamente preocupante (Ilustración 257). El gasto era creciente, y los ratios de consumo por habitante altos. El gasto mensual siempre era superior al del mismo mes del año anterior, y se estaba llegando a un punto de no sostenibilidad. Además, en la dinámica del control del gasto sanitario, lo más fácil políticamente es acometer medidas de control del gasto farmacéutico, dado que no generan resistencias apreciables en grandes colectivos, sobre todo si las medidas van en la línea de reducir precios. Otras políticas, como las de eliminar la prescripción que no aporta valor terapéutico al paciente, son más difíciles de implantar sin una organización capaz de involucrar a todos los profesionales en sus objetivos corporativos.

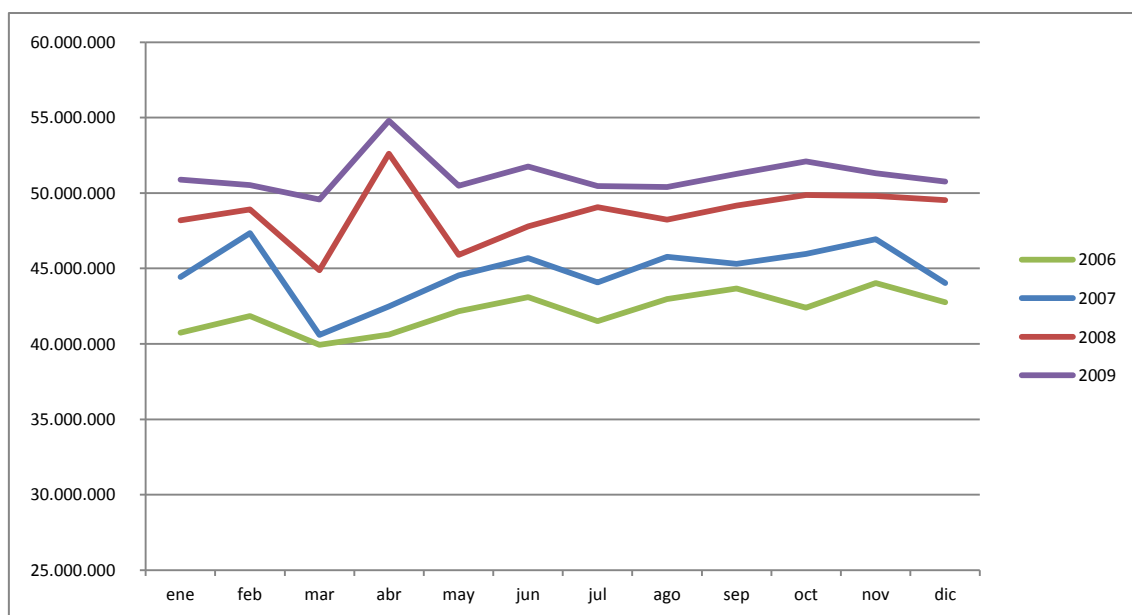


**Ilustración 257: Gasto mensual por receta médica en el SESCAM 2006-2011. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

En 2010 se empiezan a aplicar políticas restrictivas, con una moderación del gasto por primera vez, y en agosto de 2011 se publica el Real Decreto-ley 9/2011 (Gobierno de España, 2011) con importantes medidas de apoyo al ahorro en el gasto en receta, destacando la prescripción por principio activo y la dispensación de la marca que ofrezca más barato el principio activo.

Este decreto ya tuvo un impacto importante a corto plazo en el gasto, como podemos ver en la Ilustración 258. El gasto se redujo por primera vez de forma importante, aunque en los primeros meses de 2012 se produjo un nuevo repunte. Es curioso, y lo veremos en otras medidas de control del gasto farmacéutico, como justo antes de la implantación de una medida restrictiva se produce un repunte del gasto. Esta reacción nos da una idea de los complejos incentivos que subyacen debajo del gasto farmacéutico, que generan movimientos de prescripción de fármacos previos a una medida sin que estos tengan que ver con las necesidades del paciente en ese momento.

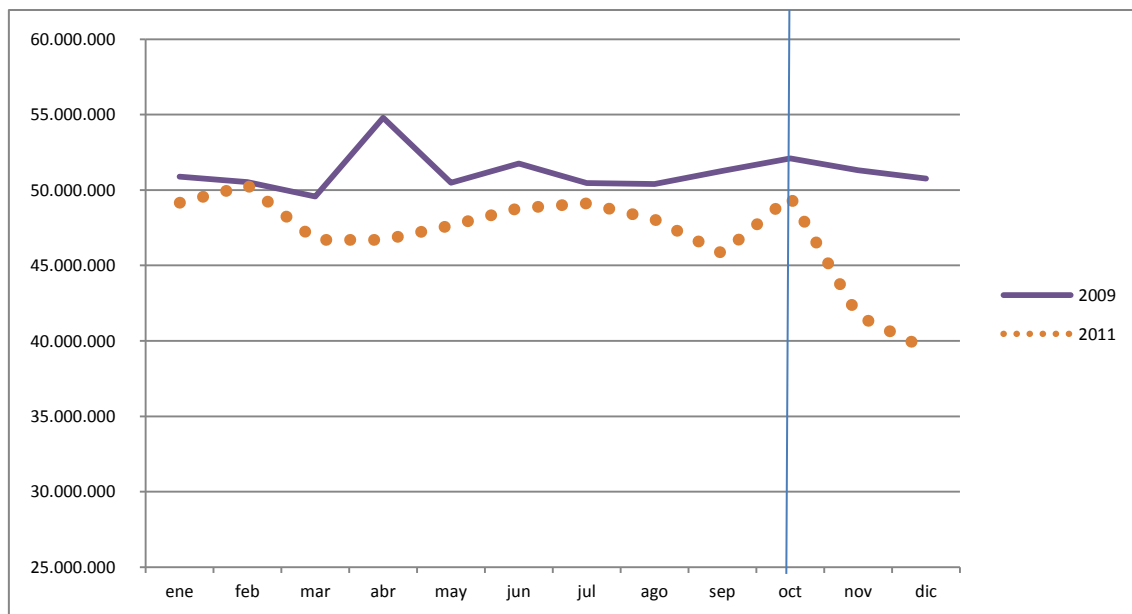


**Ilustración 258: Gasto mensual por receta médica en el SESCAM 2009-2011.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

Rodríguez y Puig-Junoy (M. Rodríguez & Puig-Junoy, 2012) critican la falta de sinceridad de los políticos, que ante la percepción generalizada de que es inevitable extender los copagos en sanidad, siguen negando desde todos los colores la posibilidad de que se pongan en marcha. Recuerdan que los bienes con coste cero generan un sobreconsumo, y eso a su vez genera un sobrecoste en el producto o servicio con coste cero, como el seguro sanitario. El copago busca un objetivo triple: moderar el consumo, hacer que se dejen de consumir los productos de menos valor, y a veces generar ingresos adicionales. Defienden igualmente que deben implantarse con medidas correctoras: techos de pago, niveles de copago distintos en función de la renta, y no orientar estos modelos sólo en un determinado nivel asistencial. Critican el modelo anterior a 2012 por centrarse sólo en una parte de la población, con independencia de su renta. Recuerdan que el consumo de recetas en una persona aumentaba un 25% en el primer año desde que esta pasa de activo a pensionista, lo que denota la existencia de un riesgo moral en el consumo. Recuerdan que 9 de los 15 países de la UE-15 tienen copagos sanitarios para todo tipo de servicios. De los 9, 7 tienen un sistema de Seguridad Social y los otros dos son países nórdicos con Sistema Nacional de Salud. Abogaban por reformar el anterior sistema de copago para romper la dualidad activos-pensionistas y ligar el pago a la renta.

## 26. El nuevo modelo de copago farmacéutico introducido a partir del RDL 16/2012

En el año 2012, en los momentos más duros de la crisis económica, y con España al borde de la quiebra y el rescate por la UE y el Fondo Monetario Internacional, se promulga el Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema



Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (Boletín Oficial del Estado, 2012). Es una norma de muchísimo calado, muy influenciada por la situación dramática de la economía española, pero que trata a su vez de realizar algunos cambios importantes en el Sistema Nacional de Salud. Cantero (Cantero Martínez, 2014) critica el RDL 16/2012 por la inoportunidad de la vía del decreto ley para reformar temas de calado en la prestación sanitaria, y critica igualmente las debilidades del citado decreto, como los copagos en la farmacia hospitalaria o los problemas de atención a los inmigrantes ilegales.

Probablemente el aspecto más controvertido del Decreto fue la eliminación de la cobertura universal y la revitalización de un concepto más próximo a los sistemas de seguridad social que a los sistemas nacionales de salud, el concepto de asegurado o beneficiario. Las críticas, con un acento político muy marcado, no se hacen esperar. Perpiñán (Perpiñán, 2013) hace una valoración de las reformas recogidas en el decreto 16/2012 (Boletín Oficial del Estado, 2012). Resalta el cambio de enfoque respecto al derecho a la asistencia, que ahora recae en las personas que reúnan la condición de asegurado. Calcula en unos 453.000 los extranjeros con residencia ilegal en España que perderían el derecho a la asistencia gratuita. López-Fernández et al (López-Fernández et al., 2012) en un artículo muy ideologizado, pronosticaban nefastas consecuencias por la aplicación del Decreto, que por suerte para todos no se produjeron. Llamaban la atención sobre los riesgos que supone la exclusión de inmigrantes del sistema sanitario.

El RDL 16/2012 establece tres tipos de cartera de servicios en el SNS:

- Cartera básica común de servicios, que seguirá siendo gratuita
- Cartera suplementaria, que incluye las prestaciones ortoprotésicas, la farmacia hospitalaria, la dietoterapia o el transporte no urgente. Quedará sujeta a copago en función de la renta del ciudadano

En medicamentos, introduce de nuevo la preferencia por el fármaco genérico frente al de marca. Se obliga, en la prescripción por marca, a sustituir este si hay un producto homólogo más barato. Se contempla la posibilidad de desfinanciar medicamentos, cuando traten síntomas menores o cuando conviva un medicamento financiado con uno sin receta y en la misma dosis e indicación. Aldaz et al (Aldaz, Escalada, Martínez-Monreal, Azparren, & Ursúa, 2015) llaman la atención sobre los efectos de la exclusión que se realiza a partir del Decreto Ley 16/2012 de los medicamentos indicados para el tratamiento de síntomas menores. Lo hace con datos de mayorista sobre farmacias de la comunidad autónoma de Navarra. Registra una reducción del consumo en Navarra de un 42,3% entre enero-agosto de 2012 y 2013, medido en número de envases de medicamentos. Por grupos terapéuticos, destaca el descenso de los flebotónicos (58,9%) y de los lubricantes oftálmicos (53,6%). Llama la atención sobre que el infraconsumo de algunos de estos fármacos puede aumentar el gasto por complicaciones posteriores.

También fue muy controvertido el absurdo intento de introducir en el copago a la farmacia hospitalaria. Lamas et al (Lamas Díaz, Delgado Sánchez, & Poveda Andrés, 2013) analizan el copago de la farmacia hospitalaria que se recogía en el RD 16/2012 (Boletín Oficial del Estado, 2012). Consideran que no cumple con las condiciones en las que un copago podría ser efectivo, bien para regular una demanda innecesaria, bien para generar una recaudación adicional, o

bien para proporcionar información sobre preferencias individuales de los pacientes. En cambio, sí existen riesgos de que genere barreras al acceso en algunos pacientes y los costes de implantación son muy altos. El paciente que acude a la farmacia hospitalaria lo hace aquejado de procesos crónicos y normalmente severos, y no tiene ningún interés en consumir más fármacos de los necesarios por el hecho de que el precio de estos sea cero. El efecto sobre el consumo inadecuado iba a ser de cero. Con datos internos del SESCAM, el coste de la implantación del copago superaba con creces los ingresos a recibir, sin contar el riesgo de que se desincentivara el consumo o la adherencia al tratamiento de los pacientes crónicos afectados, además de las molestias que la implantación generaba para pacientes y profesionales.

El cambio más importante en el RDL 16/2012 es el relativo a la participación del usuario. Introduce la participación por renta, que casi toda la literatura juzga positivamente.

El 1 de julio de 2012 entró en vigor el nuevo sistema de copago farmacéutico implantado por el Real Decreto 16/2012 (Boletín Oficial del Estado, 2012). El nuevo sistema, que rompía parcialmente con la dualidad pensionistas-no pensionistas del sistema antiguo, tenía las siguientes características:

Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario es el siguiente:

- 60% del PVP: Para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las personas físicas.
- 50% del PVP: Para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- 40% del PVP: Para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios que no se encuentren incluidos en los apartados anteriores.
- 10% del PVP: Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el primer apartado.

Incluye igualmente topes máximos de aportación:

- Medicamentos de aportación reducida (Productos cícero o punto negro): 10% del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima expresada en euros.
- Pensionistas (y sus beneficiarios):
  - 8 €/mes para los que tengan una renta inferior a 18.000 euros.
  - 18 €/mes para los que tengan rentas entre 18.000 y 100.000 euros.
  - 60 €/mes para las rentas superiores a 100.000 euros.

Quedan exentos de aportación:

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

- Personas receptoras de rentas de integración social.
- Personas receptoras de pensiones no contributivas.
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Granda (Vega, 2012) consideraba en 2012 que los nuevos sistemas de copago en función de la renta iban a ser difíciles de implantar, por la complejidad que suponían. Por suerte no fue así y la implantación se realizó de forma muy positiva en toda España. Cofares en un informe redactado al efecto, (Cofares, 2013) estima que en el año 2012 el impacto acumulado del RDL 4, 8/2010 y del 9/2011 más la introducción del RDL 16/2012 en la facturación al Sistema Nacional de Salud ha sido de 1.376 millones de euros de reducción del gasto. Estiman una bajada del gasto en 2012 del 12,3%. Entienden que el gasto farmacéutico per cápita, por efecto de esas medidas, se ha reducido en 2012 un 20,4%. El Gobierno, en la Actualización del Programa de Estabilidad de 2013 (Consejo de Ministros del Gobierno de España, 2013) estima que respecto al gasto farmacéutico, el realizado a través de receta oficial del sistema nacional de salud pasó en los últimos años de un crecimiento del 6,9% en 2008, a una reducción del 8,8% en 2011, del 12,26% en 2012 y del 6,01% en 2013. El ahorro anual del 2013 respecto a 2012 asciende a 586,7 millones de euros.

A nivel internacional, las medidas adoptadas permitieron una importante reducción del gasto farmacéutico, de las más importantes realizadas en los últimos años, y que nos permitieron volver a cifras cercanas a la media europea en el coste de los fármacos prescritos por habitante.

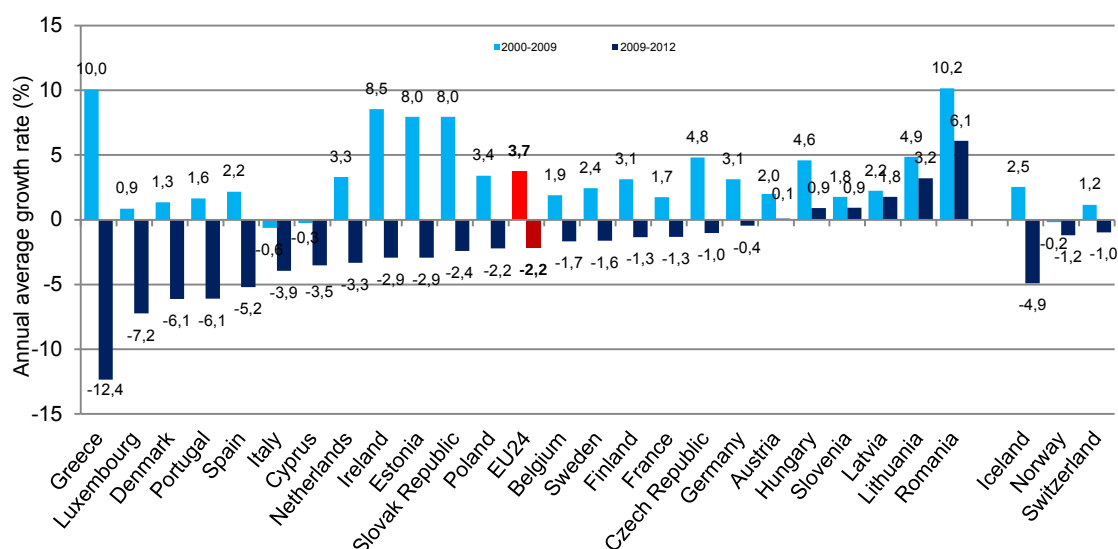


**Ilustración 259: Incremento del gasto en receta en países europeos durante dos periodos: 200-09 y 2009-12.**

Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015

En el caso de Castilla-La Mancha, vemos como en 2011 se produce una caída del gasto a final de año, pero que este se recupera de nuevo en los primeros meses de 2012, volviendo a los niveles de antes de las medidas. Esta es otra característica tradicional de los cambios normativos para controlar los precios de los fármacos. Una vez hecha la ley, la industria busca los mecanismos para recuperar la facturación perdida, y lo suele conseguir. La implantación del RD 16/2012 supone, como en todas las medidas, un repunte previo en el gasto farmacéutico, siempre llamativo. La aplicación de la medida supone una reducción drástica del gasto, que se estabiliza posteriormente. Lo más importante es que las reducciones conseguidas en el gasto mensual se mantienen en el tiempo, como vemos en la Ilustración 260. El nuevo copago cambió de forma importante las pautas de consumo de medicamentos, manteniéndose una línea de consumo en 2013, 2014, y 2015. El ahorro generado por este nuevo sistema es por tanto muy importante. Si tomamos como referencia el gasto en receta mensual del SESCAM en 2010 y lo comparamos mes a mes con el gasto desde julio de 2012 hasta mayo de 2015, el ahorro teórico que se ha generado en Castilla-La Mancha es de 421,5 millones de euros. Una cantidad importantísima, con un coste de oportunidad altísimo, que en estos años ha contribuido de forma decisiva a hacer sostenible el Servicio de Salud y que en crecimiento económico puede ayudar a acometer numerosas iniciativas en beneficio de los pacientes.

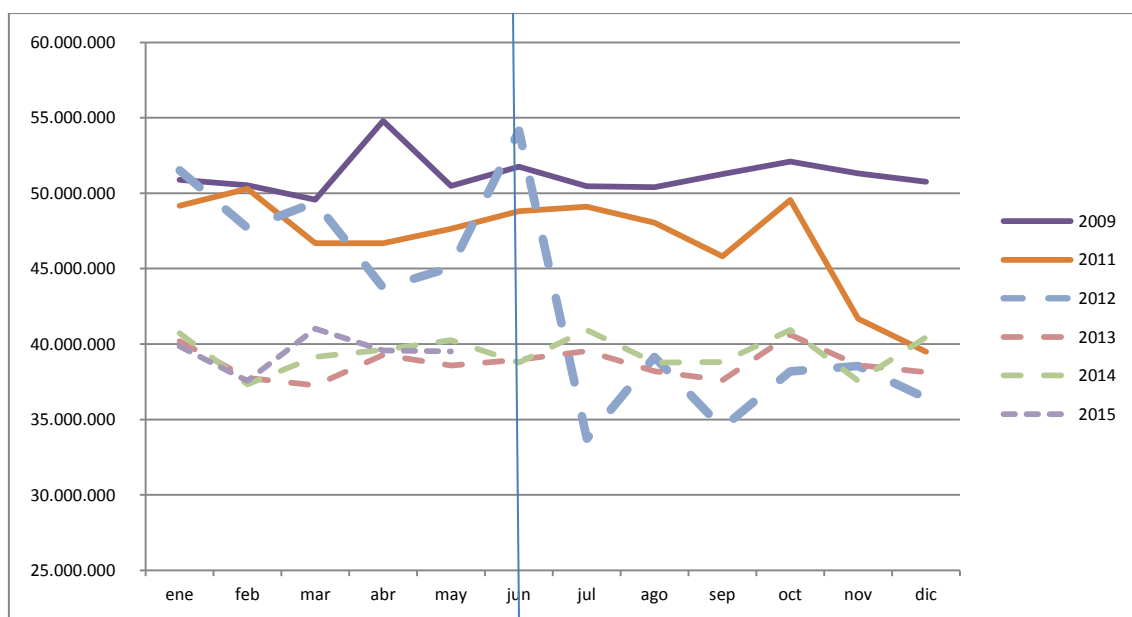


**Ilustración 260: Gasto mensual por receta médica en el SESCAM 2006-2015. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

En cuanto al número de recetas, el impacto ha sido también muy significativo, quedando estabilizado el número de recetas emitidas en niveles de 2008.

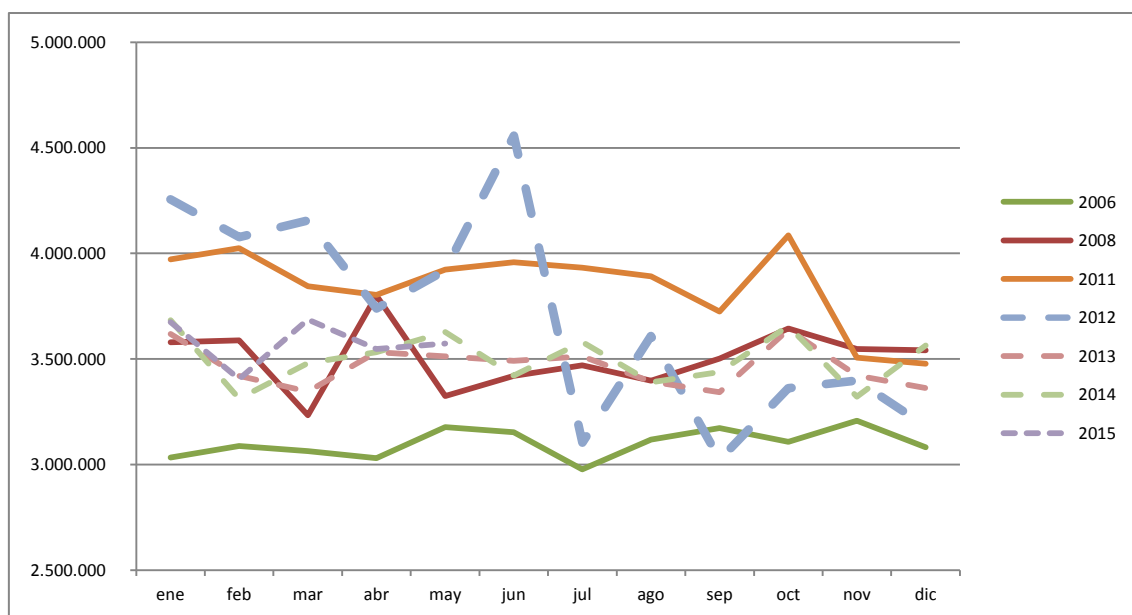


**Ilustración 261: Número mensual de recetas médicas emitidas en el SESCAM 2006-2015.** Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

No han faltado críticas al nuevo sistema. Navarro (Vicenç Navarro, 2012) defiende que el gasto público sanitario en España está por debajo de lo que le correspondería, dado que nuestro PIB per cápita está en un 94% de la media europea, y el gasto sanitario público per cápita es un 79,5% del promedio UE. Obvia totalmente el gasto sanitario privado. Critica que el 30% del gasto sanitario en España sea privado. Afirma que los recortes en el gasto público van a polarizar todavía más por clase social el sistema sanitario español, y que hasta ahora no hay evidencia de que los recortes estén aumentando la eficiencia del sistema sanitario. Critica los copagos por inequitativos, y defiende que las insuficiencias del sistema se aporten por vía fiscal y no mediante copagos. Defiende que con algunos aumentos de impuestos se habrían evitado las reducciones en el gasto sanitario durante la crisis. Benach et al (Benach, Tarafa, & Muntaner, 2012) defienden que el copago reduce el consumo de actividad necesaria. Respecto al consumo abusivo de asistencia sanitaria que produce su precio cero, coincide con Navarro (Vicenç Navarro, 2012) en que la alta frecuentación española se debe a trámites administrativos y no a cierto abuso de la gratuidad del sistema. Lohr et al (Lohr et al., 1986) demuestran en Estados Unidos que la implantación en aquellos años de un sistema de copago genera mayores reducciones en la asistencia entre los niños pobres.

Si analizamos los datos de la OCDE, el panorama es mucho más prudente. España no es ni mucho menos de los países que más han aumentado los copagos durante la crisis económica, como vemos en la Ilustración 262.

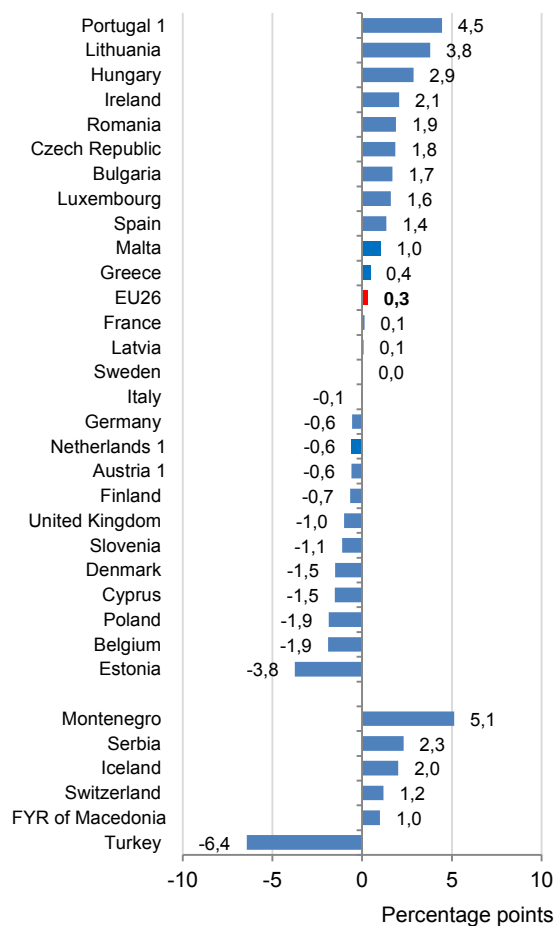


**Ilustración 262: Cambios en los copagos como porcentaje del gasto total en salud, entre 2007 y 2012. Fuente: Health at a Glance 2014 y OCDE Health Data. Extraído en Agosto 2015**

Además, como contestación a las afirmaciones de Navarro, el porcentaje del presupuesto público en España dedicado a gasto sanitario está en la media de la Unión Europea y es muy similar a todos los países de nuestro entorno, como vemos en la Ilustración 263.

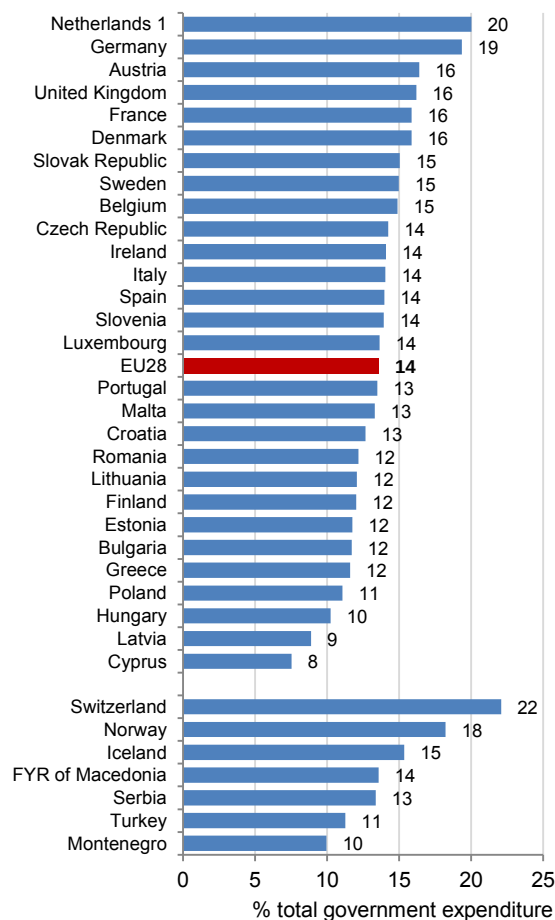


**Ilustración 263: Porcentaje del gasto público dedicado a Sanidad.** Fuente: Fuente: Health at a Glance 2014 y OCDE Health Data. Extraído en Agosto 2015

Conde-Ruiz en su muy influyente blog económico Nada es Gratis (Conde-Ruiz & Rubio, 2012) defiende la implantación de un sistema de copago farmacéutico en función de la renta. Critica el sistema anterior, en el que un pensionista con altos recursos no pagaba, y un parado por debajo de la renta mínima se hacía cargo de un 40% del coste del medicamento. El informe de la AES sobre financiación y cobertura (AES, 2012a), al analizar el cambio del copago realizado en 2012 valora como positivo el que el nuevo copago abandona la prestación gratuita sólo dependiendo de la edad, y exime del pago a los colectivos menos favorecidos. Como crítica, afirma que sigue manteniendo la dicotomía pensionistas / activos. Considera negativo en este sentido que existan límites al desembolso para pensionistas y no para activos, generando una discriminación contra estos últimos. Critica igualmente que los límites a los copagos previstos por el decreto no sumen el conjunto de las prestaciones, para evitar que la suma de prestaciones lleve a facturas prohibitivas para una familia. Considera algo a mejorar el diferimiento en la devolución de los excesos de aportación, porque podrían generar inequidades. Consideran deseable de cara al futuro que se asocie el copago al coste-efectividad de los medicamentos, lo que haría que el desincentivo sobre el consumo excesivo se centrara en los medicamentos con menor aportación terapéutica.

## 27. Impacto del nuevo copago farmacéutico en Castilla-La Mancha

Puig Junoy (Puig-junoy, 2013) trata de realizar una primera valoración sobre el impacto que ha tenido la implantación del copago farmacéutico reformado mediante el RD 16/2012. De acuerdo con Puig Junoy, hasta 2012 en España tres de cada cuatro prescripciones por receta eran gratuitas, siendo España uno de los países europeos con mayor prescripción per cápita. La implantación en 1978 de la gratuidad en la receta para los pensionistas llevó a un importante aumento de la prescripción. La gratuidad en la receta para todos los pensionistas se ha visto como inequitativa, dado que no dependía de su nivel de renta. Analiza los efectos en Cataluña (euro por receta en aquel momento), País Vasco (no había aplicado el copago) y Castilla-León (copago sin euro por receta). Detectan cambios muy importantes en las pautas de prescripción, con un descenso muy importante de esta. Detecta el impacto más importante en Cataluña, donde coinciden el nuevo copago con la aplicación entonces del euro por receta, más adelante suspendido por inconstitucionalidad. Afirma que es necesario investigar sobre qué grupos de pacientes se han visto más afectados por el nuevo copago, para detectar algún posible impacto no previsto sobre la equidad

Urbanos y Puig-Junoy (Urbanos Garrido & Puig-Junoy, 2014) recuerdan que la literatura condiciona el impacto de una crisis económica sobre la salud a las características de su sistema de protección social. Entienden que es urgente conocer cuáles han sido los grupos de pacientes más afectados por la reducción del consumo farmacéutico con el cambio en 2012 de los mecanismos de copago. Defienden que estos copagos tengan un papel recaudatorio limitado, orientándose más hacia el control de la demanda innecesaria. Abogan por diseñar medidas específicas para evitar que la crisis económica impida el acceso a los servicios sanitarios a los grupos más desfavorecidos. Critican la falta de acierto del anteriormente comentado intento en 2013 de cobrar un copago sobre la farmacia ambulatoria de dispensación hospitalaria.

Vamos a realizar un análisis del impacto del copago por receta en Castilla-La Mancha. Para ello analizamos los datos anonimizados procedentes de la base de datos de receta electrónica de 2014, y trataremos de ver si existen pautas en las no retiradas de medicamentos prescritos. El objetivo es buscar relaciones causales en la no retirada de medicamentos.

De las 34.593.434 recetas prescritas por el procedimiento de receta electrónica y analizadas, en la Ilustración 264 vemos el volumen de recetas que finalmente se retiran, o no lo hacen, bien por suspensión del tratamiento o por causas no justificadas:



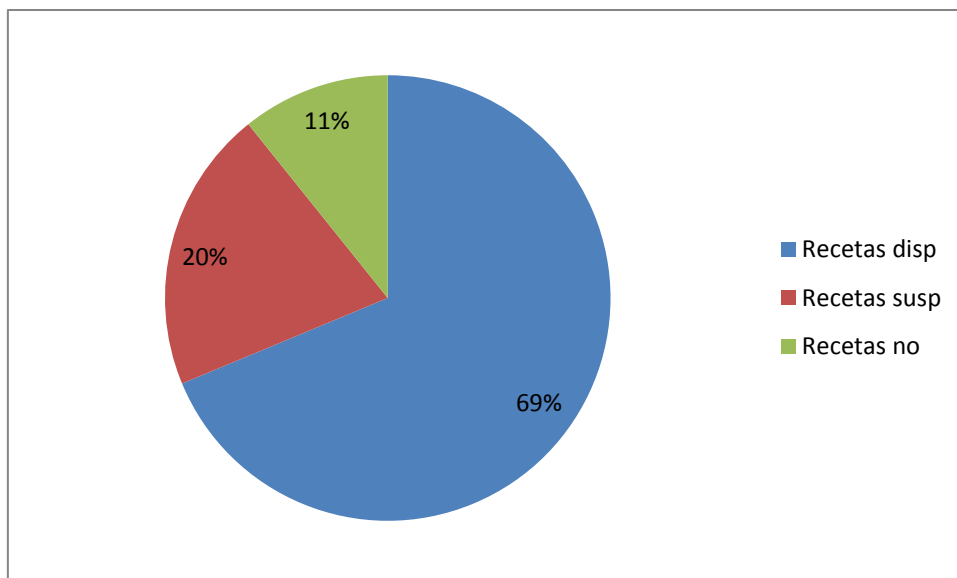


**Ilustración 264: Recetas prescritas por receta electrónica dispensadas y no dispensadas en el SESCAM en 2014.**  
**Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM. Extraído en abril 2015**

En la base de datos, hay además 3.315.463 recetas que han sido suspendidas de forma automática por la aplicación asistencial de atención primaria Turriano. Esto es, que no se han retirado los fármacos a tiempo pero que han sido sustituidos por otra receta o retirados más adelante. Estas recetas se han sacado del análisis, dado que en todo caso suponen retrasos en los tratamientos, pero no suponen rupturas de los mismos, y habría que evaluar entonces las recetas que las sustituyen. El paciente está siguiendo el tratamiento aunque se han realizado reprogramaciones en el mismo.

Quedaron sin retirarse sin suspensión médica de por medio 3.365.632 recetas. Es en estas donde vamos a centrar nuestro análisis, para ver qué grupos o colectivos o patologías son las que registran patrones de retirada y no retirada específicos.

Vamos a ver cómo se distribuyen estas recetas por grupos de tarjeta sanitaria. Los grupos de tarjeta sanitaria analizados son los siguientes (“Real Decreto 16/2012 - Texto Informativo - Rioja Salud,” 2015):

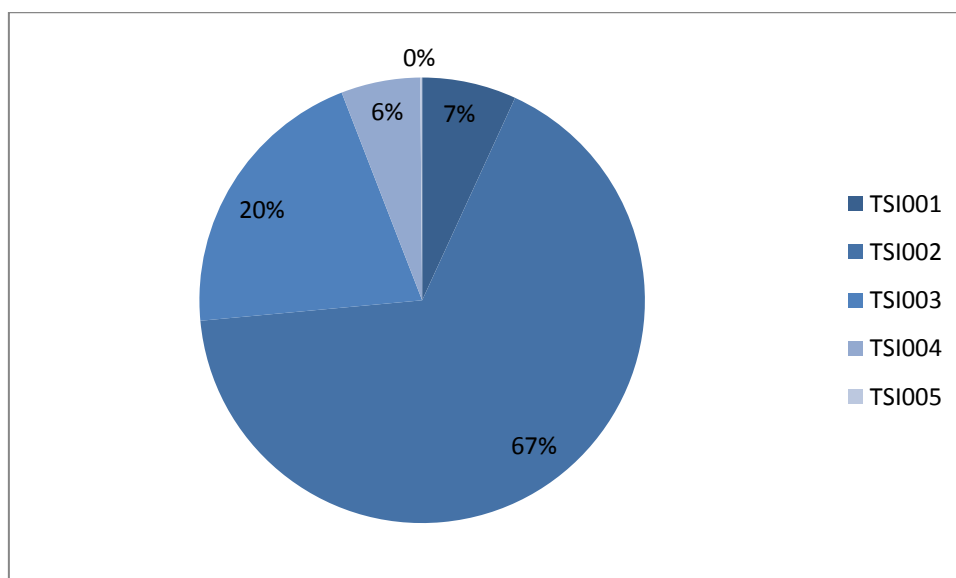
**Tabla 108: Tramos de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)**

| Código  | Aportación            | Afectados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TSI 001 | Exentos de aportación | <p>Afectados de Síndrome Tóxico y personas con discapacidad, en los supuestos contemplados en su normativa específica</p> <p>Personas perceptoras de rentas de integración social</p> <p>Personas perceptoras de pensiones no contributivas</p> <p>Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo, en tanto subsista su situación</p> |

|         |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TSI 002 | Usuarios con aportación reducida de un 10%. Pensionistas con rentas menores de 100.000 euros y sus beneficiarios | Con renta menor de 18.000 euros, límite de aportación mensual de 8 euros, codificado con 01<br><br>Con renta menor de 100.000 euros y mayor o igual de 18.000 euros. Límite de aportación mensual de 18 euros, codificado con 02 |
| TSI 003 | Usuarios con aportación de un 40%                                                                                | Titulares activos con rentas inferiores a 18.000 euros y sus beneficiarios                                                                                                                                                       |
| TSI 004 | Usuarios con aportación de un 50%                                                                                | Titulares activos con rentas inferiores a 100.000 euros y superiores e iguales a 18.000 euros y sus beneficiarios.                                                                                                               |
| TSI 005 | Usuarios con aportación de un 60%                                                                                | Titulares activos o pensionistas con renta igual o superior a 100.000 euros y sus beneficiarios<br><br>Para titulares pensionistas y sus beneficiarios tendrán un límite de aportación mensual de 60 euros, codificado con 03    |

Destaca el alto peso del grupo 2, el de pensionistas, que acapara el 67% de las recetas. El grupo 3, de activos con rentas menores de 18.000 euros, supone otro 20%. El de aportación exenta supone un 7%, el de activos con rentas entre 18.000 y 100.000 euros un 6%, y el de activos con rentas mayores de 100.000 euros supone una cifra insignificante respecto al total.

**Tabla 109: Porcentaje de recetas electrónicas prescritas en el SESCAM por grupo de tarjeta sanitaria. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM. Extraído en abril 2015**



En la Tabla 110 vemos el desglose por tipo de tarjeta sanitaria de las recetas prescritas:

Tabla 110: Desglose por código de tarjeta sanitaria de las recetas electrónicas retiradas y no retiradas en 2014

|                           |        | Tratamientos | Recetas presc | Recetas disp | Recetas susp | Recetas no | % NO   |
|---------------------------|--------|--------------|---------------|--------------|--------------|------------|--------|
| Parados 0%                | TSI001 | 440.812      | 2.370.467     | 1.542.466    | 441.665      | 188.714    | 7,96%  |
| Jubilados 10%             | TSI002 | 3.618.403    | 23.067.491    | 14.704.581   | 4.388.358    | 1.752.357  | 7,60%  |
| Activos 40% hasta 18000   | TSI003 | 1.801.308    | 7.119.338     | 4.041.682    | 1.241.848    | 1.134.359  | 15,93% |
| Activos 50% hasta 100.000 | TSI004 | 493.921      | 1.989.738     | 1.178.670    | 335.668      | 285.820    | 14,36% |
| Mayor 100.000             | TSI005 | 8.865        | 46.400        | 29.286       | 8.115        | 4.382      | 9,44%  |
|                           |        | 6.363.309    | 34.593.434    | 21.496.685   | 6.415.654    | 3.365.632  | 9,73%  |

El grupo que actúa como control en el estudio es el de TSI001, esto es, el correspondiente a personas que no tienen ningún copago por la receta. En este caso, no pueden existir efectos disuasorios por el copago. El porcentaje de no retiradas es del 7,96% de las recetas. En el grupo de TSI002, correspondiente a pensionistas con un 10% de copago, el porcentaje de retiradas es del 7,60%, menor al anterior grupo. No existe por tanto, frente a lo opinado de forma masiva por muchos autores sin disponer todavía de datos para ello, efecto disuasorio aparente del copago en pensionistas que les induzca a retirar menos los medicamentos. Lo ideal sería comparar el dato de no retiradas con el anterior al copago, pero esto no es posible al no existir datos detallados de años anteriores disponibles.

Del total de recetas no retiradas, un 52% corresponden a pacientes del grupo 2 de pensionistas. Esto se debe al alto peso que este grupo tiene sobre el total de recetas.

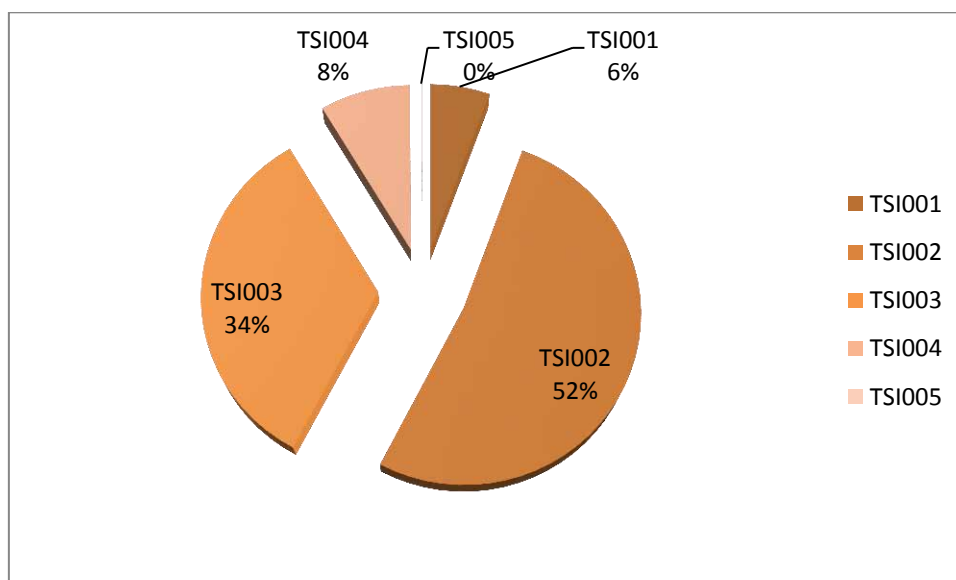


Ilustración 265: Porcentaje del total de recetas no retiradas por grupo de tarjeta.

Si vemos en cambio el porcentaje de no retiradas por grupo de tarjeta respecto a sus propias recetas emitidas, tenemos lo siguiente:

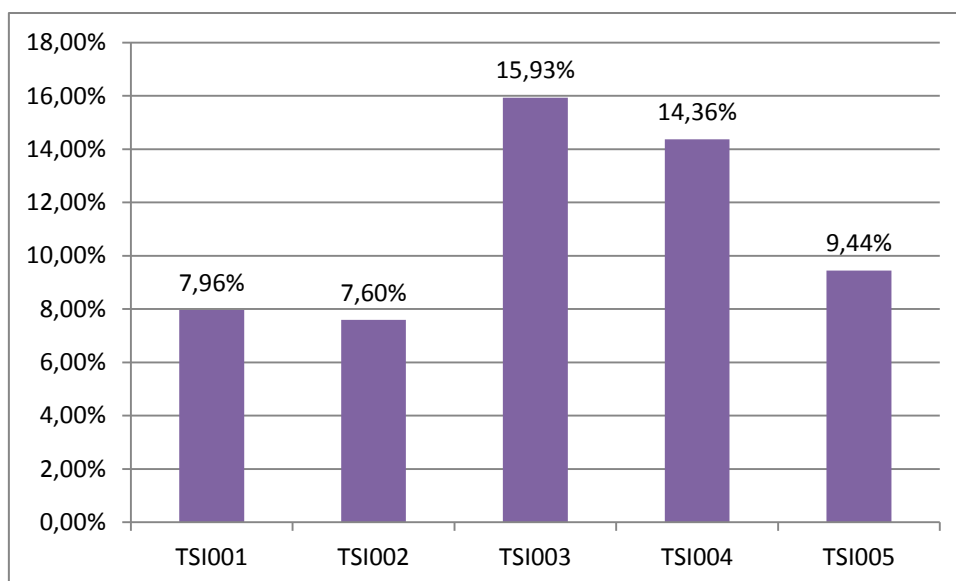


**Ilustración 266: Porcentaje del total de recetas no retiradas por grupo de tarjeta**

Las cifras más altas de no retiradas se corresponden con los grupos de TSI003 y TSI004, correspondientes a activos con copago del 40% o del 50% en función de la renta. Los porcentajes de no retirada son muy similares en ambos grupos, un 15,93% en el grupo TSI003 y un 14,36% en el grupo TSI004. Dado que el espectro de renta es amplísimo sumando los dos grupos, no parece haber una relación aparente a priori con la renta en las no retiradas. El grupo de mayor renta, el TSI005, tiene una tasa de no retiradas del 9,44%, a medio camino entre activos y pensionistas. Se trata de un grupo muy peculiar, dado que la n de recetas prescritas es muy baja en relación a los otros grupos, lo que hace menos significativos sus datos.

Vamos a analizar igualmente las no retiradas en función del precio del medicamento. Utilizamos los siguientes tramos de precios por receta:

- T1 <2€
- T2, de 2 a 5€
- T3, de 5 a 10€
- T4, 10-20€
- T5 20-50
- T6, más de 50€

La distribución por tramos de precio de las recetas emitidas en 2014 es la siguiente:

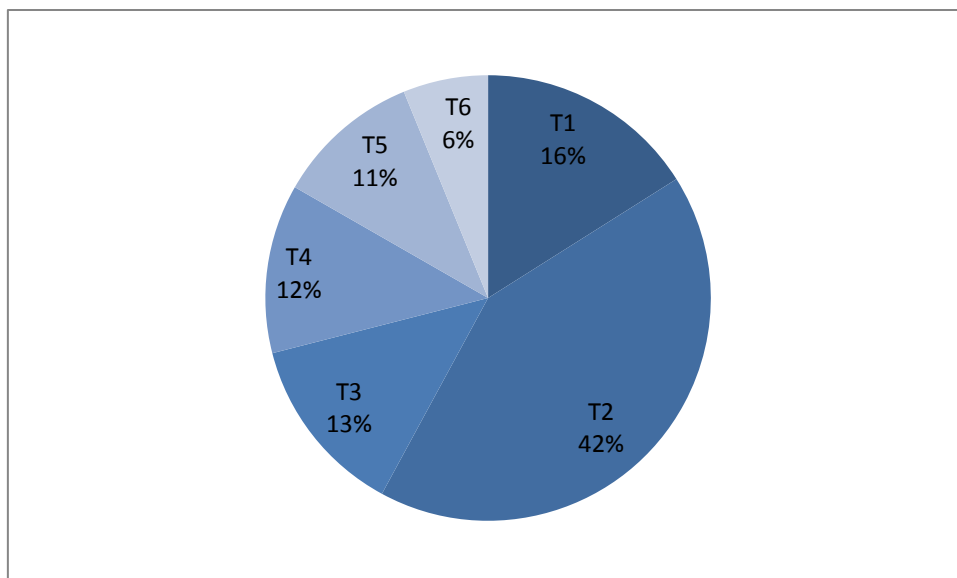


Ilustración 267: Distribución del total de recetas por tramos de precio

Con estos tramos, la distribución de las recetas es la que nos muestra la siguiente tabla:

Tabla 111: No retiradas de recetas en función del coste del medicamento por tramos

|            |    | Tratamientos | Recetas presc | Recetas disp | Recetas susp | Recetas no | % NO   |
|------------|----|--------------|---------------|--------------|--------------|------------|--------|
| <2€        | T1 | 994.268      | 5.548.269     | 3.657.776    | 926.162      | 391.367    | 7,05%  |
| de 2 a 5€  | T2 | 2.617.674    | 14.483.962    | 8.407.818    | 2.761.990    | 1.842.363  | 12,72% |
| de 5 a 10€ | T3 | 978.781      | 4.533.752     | 2.894.569    | 825.134      | 419.048    | 9,24%  |
| 10-20€     | T4 | 789.876      | 4.244.730     | 2.824.651    | 755.877      | 332.039    | 7,82%  |
| 20-50      | T5 | 586.669      | 3.646.985     | 2.348.882    | 724.868      | 245.343    | 6,73%  |
| más de 50€ | T6 | 396.027      | 2.135.696     | 1.362.971    | 421.621      | 135.452    | 6,34%  |
|            |    | 6.363.295    | 34.593.394    | 21.496.667   | 6.415.652    | 3.365.612  | 9,73%  |

En los resultados obtenidos, el mayor coste del medicamento no parece relevante a la hora de determinar las no retiradas. Como vemos en el gráfico siguiente, el porcentaje de no retirada más bajo corresponde a medicamentos de alto precio. El tramo T6 tiene un porcentaje de no retirada del 6,34%, y el porcentaje de no retiradas mayor está en el tramo T2, entre 2 y 5 euros por envase, con un 12,72% de no retiradas respecto a las recetadas en este tramo, siendo igualmente el más recetado, con un 42% de las prescripciones.

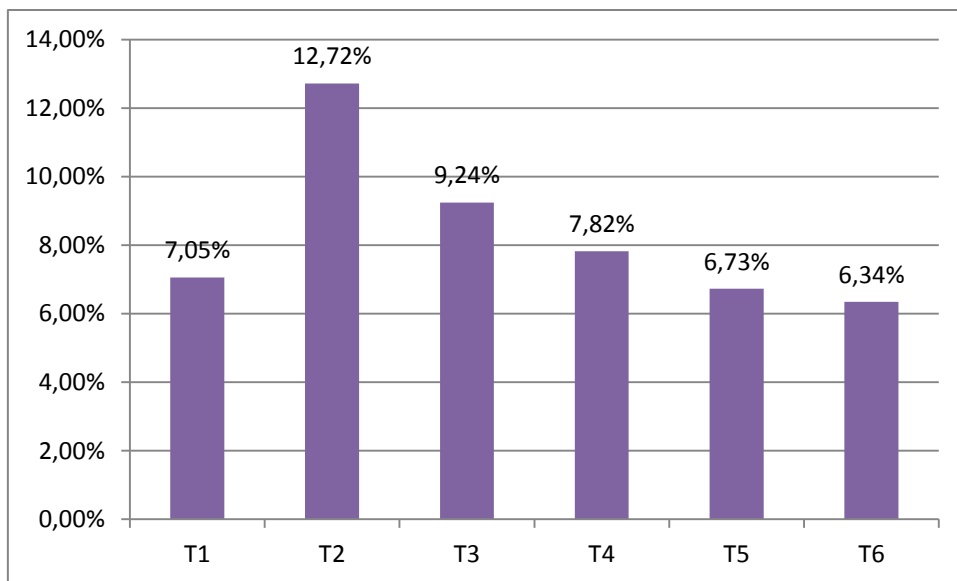


**Ilustración 268: No retiradas de medicamentos por tramo de precio**

El código cíbero o punto negro, corresponde medicamentos de aportación reducida, que normalmente se corresponde con enfermedades crónicas. La insulina, los antidiabéticos orales, algunos tratamientos hormonales, antidepresivos, antipsicóticos, fármacos para controlar las arritmias de corazón, los medicamentos para el tratamiento del cáncer de uso extrahospitalario, los antiparkinsonianos, los antigotosos, entre otros muchos medicamentos son medicamentos de aportación reducida. El paciente, no importa su nivel de renta, paga un 10% de su precio con un límite de 4,13 euros por receta.

Esta característica de los fármacos afecta a un 33% de las recetas prescritas.

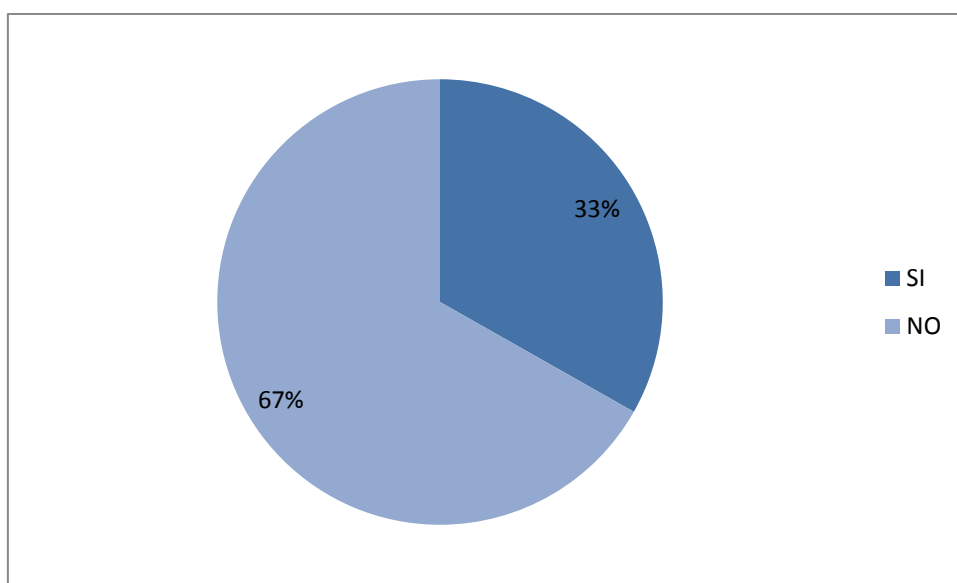


**Ilustración 269: Porcentaje de las recetas prescritas correspondientes o no a fármacos de tipo cíbero o punto negro**

Tabla 112: Retiradas o no de medicamentos en función de si son o no fármacos de tipo cíbero o punto negro

|           | Tratamientos | Recetas presc | Recetas disp | Recetas susp | Recetas no | % NO   |
|-----------|--------------|---------------|--------------|--------------|------------|--------|
| Cícero    | 1.947.282    | 11.485.253    | 7.649.399    | 2.138.991    | 653.900    | 5,69%  |
| No Cícero | 4.416.027    | 23.108.181    | 13.847.286   | 4.276.663    | 2.711.732  | 11,73% |
|           | 6.363.309    | 34.593.434    | 21.496.685   | 6.415.654    | 3.365.632  | 9,73%  |

Parece significativo en este caso que el fármaco sea de punto negro. El enfermo crónico parece mantener una adherencia mayor a los tratamientos. La no retirada de fármacos cíbero se corresponde con un 5,69% de las recetas, y afecta al 11,73% de los que no tienen esta característica, como podemos ver en la Ilustración 270: Porcentaje de recetas no retiradas en función de si son o no fármacos de tipo cíbero o punto negro.

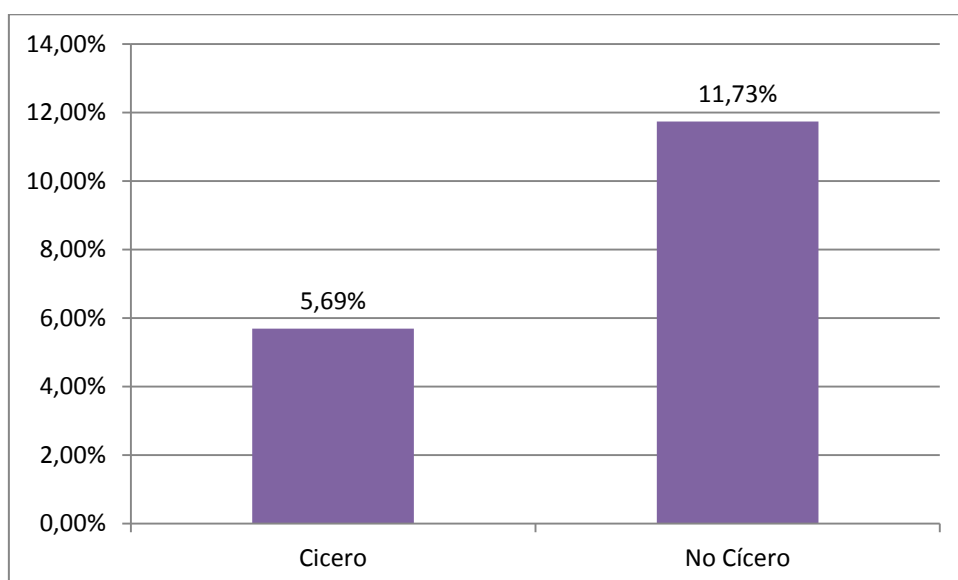


Ilustración 270: Porcentaje de recetas no retiradas en función de si son o no fármacos de tipo cíbero o punto negro

Otro dato relevante a la hora de analizar las no retiradas es la de la existencia o no de patrones diferentes en función del tipo de fármaco. En este trabajo hemos desglosado las no retiradas en función de la primera letra de la ATC del fármaco, separándolos por tanto por grandes grupos anatómicos y sistémicos. La distribución porcentual de las recetas emitidas por estos códigos es la siguiente:

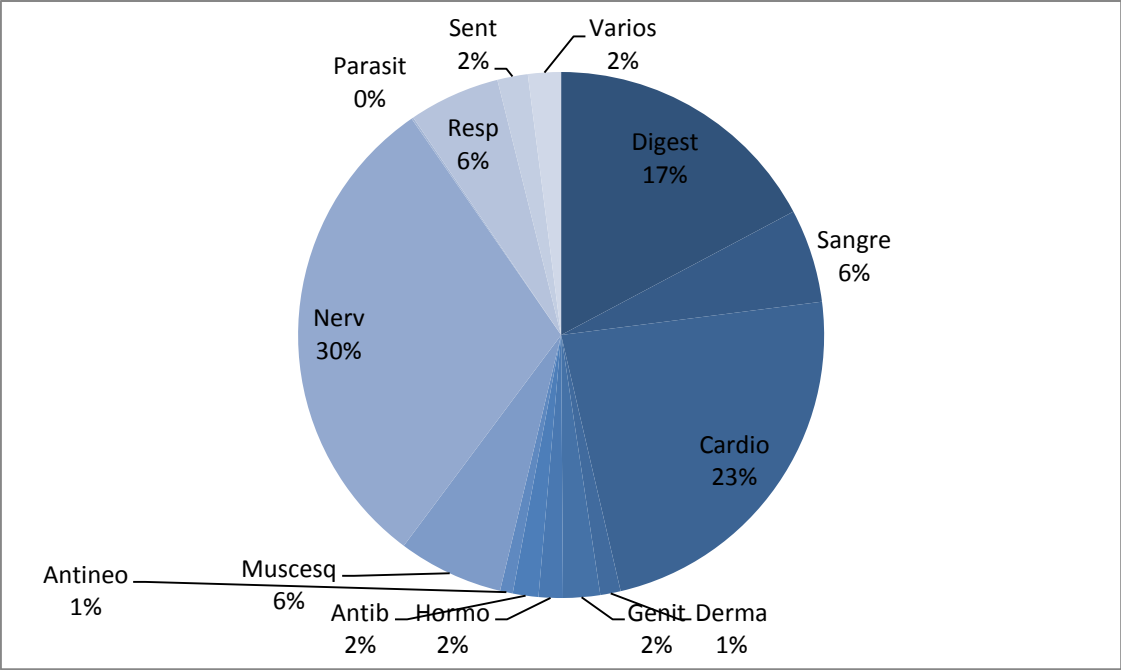


**Ilustración 271: Porcentaje de las recetas prescritas en función del Código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica**

Podemos ver como la mayor parte de las recetas se concentran en fármacos relacionados con el sistema nervioso (30%), sistema cardiovascular (23%), y sistema digestivo (17%). El desglose de los datos por áreas terapéuticas podemos verlo en la tabla siguiente:

**Tabla 113: Porcentaje de no retiradas de recetas en función del Código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica**

|                                                           | Tratamiento<br>s | Recetas<br>presc | Recetas<br>disp | Recetas<br>susp | Recetas<br>no | % NO   |
|-----------------------------------------------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|---------------|--------|
| SISTEMA DIGESTIVO Y METABOLISMO                           | 964.884          | 5.959.776        | 3.926.175       | 953.366         | 422.990       | 7,10%  |
| SANGRE Y ÓRGANOS<br>HEMATOPOYÉTICOS                       | 358.256          | 1.989.081        | 1.370.617       | 305.284         | 128.579       | 6,46%  |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR                                    | 1.140.605        | 8.089.146        | 5.918.171       | 1.313.186       | 260.462       | 3,22%  |
| MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS                               | 175.585          | 433.377          | 223.029         | 69.068          | 92.413        | 21,32% |
| APARATO GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES                | 147.353          | 786.237          | 556.335         | 122.809         | 56.703        | 7,21%  |
| PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS, EXCL. HORMONAS SEXUALES | 180.933          | 514.558          | 337.604         | 97.016          | 52.294        | 10,16% |
| ANTIINFECCIOSOS EN GENERAL PARA USO SISTÉMICO             | 401.759          | 545.275          | 401.431         | 72.414          | 65.546        | 12,02% |
| AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E INMUNOMODULADORES               | 36.104           | 270.477          | 182.496         | 54.829          | 18.406        | 6,81%  |
| SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO                                | 577.809          | 2.239.791        | 1.179.238       | 446.536         | 329.762       | 14,72% |
| SISTEMA NERVIOSO                                          | 1.608.163        | 10.435.878       | 5.640.937       | 2.320.495       | 1.421.814     | 13,62% |
| PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTES     | 9.986            | 40.404           | 25.591          | 5.870           | 4.816         | 11,92% |
| SISTEMA RESPIRATORIO                                      | 489.989          | 1.940.949        | 1.033.497       | 351.379         | 329.371       | 16,97% |
| ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS                                   | 167.085          | 647.810          | 366.840         | 120.453         | 87.039        | 13,44% |
| VARIOS                                                    | 104.798          | 700.675          | 334.724         | 182.949         | 95.437        | 13,62% |
|                                                           | 6.363.309        | 34.593.434       | 21.496.685      | 6.415.654       | 3.365.632     |        |



Sorprende el nivel de las diferencias en la no retirada de medicamentos en relación con el grupo ATC de los mismos. Lo podemos ver más resumido en la ilustración siguiente:

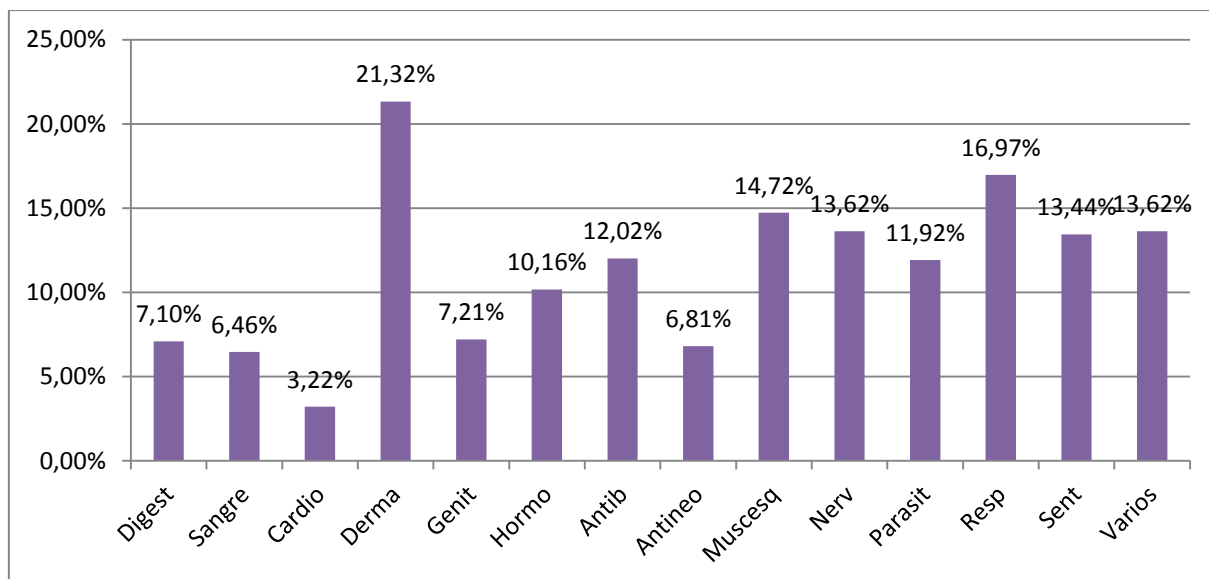


**Ilustración 272: No retiradas de medicamentos en relación al Código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica**

Destacan las grandes diferencias entre, por ejemplo, medicamentos dermatológicos, con un 21,32% de no retiradas y los relacionados con el aparato cardiovascular, con un 3,22% o los antineoplásicos, con un 6,81%. Parece entreverse en los datos una relación entre las no retiradas del medicamento y la levedad percibida de la enfermedad que sufre el paciente, que habría que confirmar en investigaciones posteriores.

Si analizamos el patrón de no retirada de medicamentos en el grupo ATC con mayor nivel de no retiradas y el grupo de tarjeta sanitaria, vemos que en este caso las recetas se concentran igualmente en los grupos de TSI002 y TSI003, sumando ambos un 83% del total.

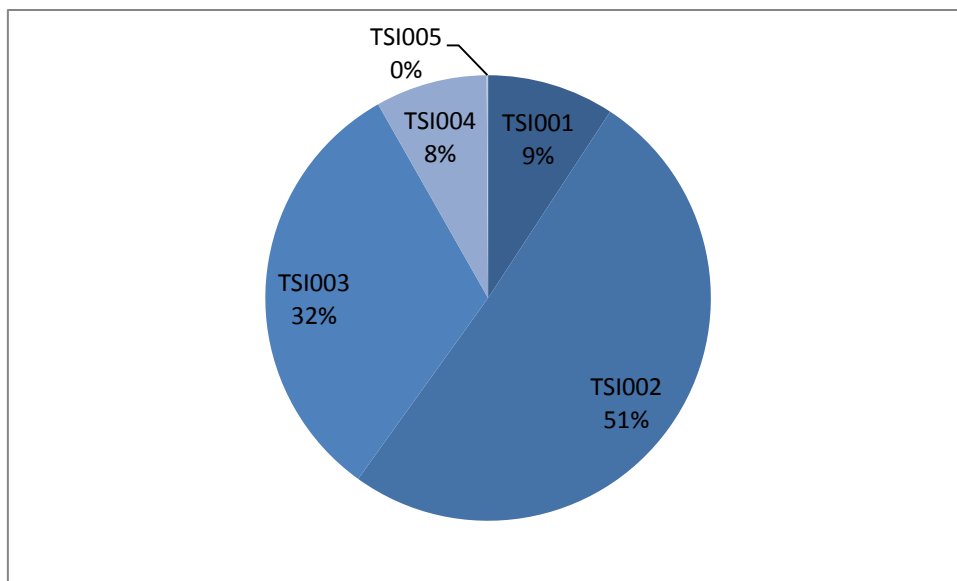


**Ilustración 273: Porcentaje de recetas de medicamentos dermatológicos por grupo de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)**

**Tabla 114: Desglose de las no retiradas de medicamentos por enfermedades dermatológicas por código de TSI**

|                             |        | Tratamientos | Recetas presc | Recetas disp | Recetas susp | Recetas no | % NO   |
|-----------------------------|--------|--------------|---------------|--------------|--------------|------------|--------|
| Parados 0%                  | TSI001 | 14.706       | 40.021        | 24.852       | 5.855        | 5.180      | 12,94% |
| Jubilados 10%               | TSI002 | 70.951       | 219.634       | 109.074      | 41.455       | 38.879     | 17,70% |
| Activos 40% hasta 18000     | TSI003 | 71.400       | 138.089       | 70.607       | 17.538       | 38.531     | 27,90% |
| Activos 50% hasta 100.000   | TSI004 | 18.314       | 35.190        | 18.272       | 4.136        | 9.737      | 27,67% |
| Mayor 100.000               | TSI005 | 214          | 443           | 224          | 84           | 86         | 19,41% |
| MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS |        | 175.585      | 433.377       | 223.029      | 69.068       | 92.413     | 21,32% |

Podemos apreciar cómo se repiten aproximadamente los patrones generales de no retirada, con algunas variaciones. En este caso el grupo de pensionistas (TSI002) tiene un porcentaje de no retiradas mayor (17,70%) que el de exentos del pago (TSI001) (12,94%). En los grupos de activos, se mantienen con los porcentajes más altos de no retiradas, pero sin significación en el nivel de renta. El TSI003 tiene una no retirada del 27,9% y el TSI004 del 27,67%.

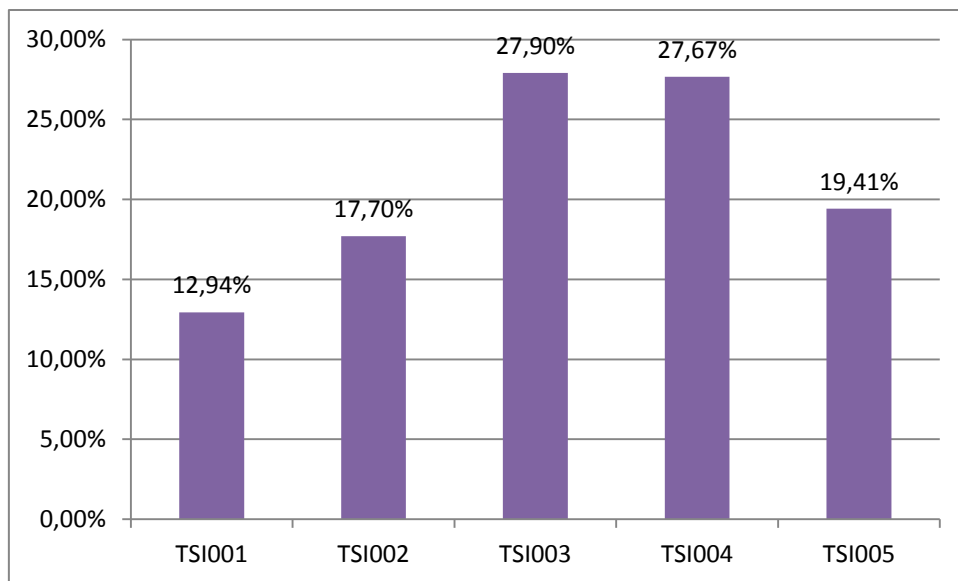


**Ilustración 274: Porcentajes de no retiradas de medicamentos dermatológicos por grupos de TSI**

Si analizamos el grupo con menos retiradas, correspondiente a los medicamentos del sistema cardiovascular, tenemos que el total de recetas se concentra de forma importante en el grupo de pensionistas (TSI002), con un 83%, seguido de los activos de renta menor (TSI003) con un 16%.

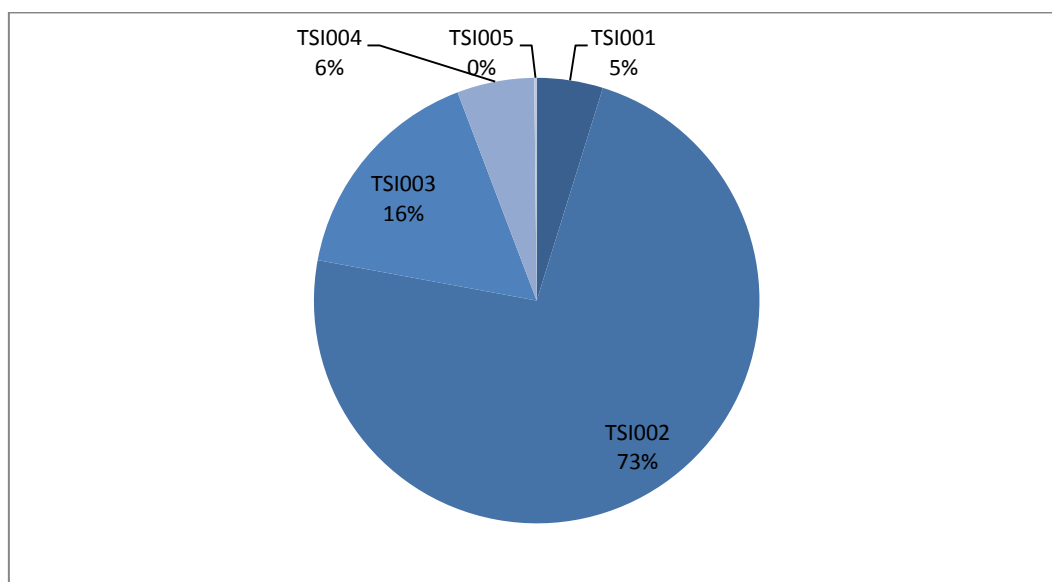


**Ilustración 275: Distribución de recetas emitidas de medicamentos del sistema cardiovascular por grupos de TSI**

En la Tabla 115 siguiente podemos ver la distribución de las no retiradas de medicamentos en cada grupo de TSI por los distintos niveles de precio de los medicamentos

**Tabla 115: Niveles de no retirada de fármacos de la farmacia por niveles de precio del medicamento y por código de tarjeta sanitaria individual**

|        | T1      | T2        | T3      | T4      | T5      | T6      |           |
|--------|---------|-----------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| TSI001 | 23.325  | 107.407   | 22.360  | 16.313  | 12.375  | 6.927   | 188.707   |
| TSI002 | 185.547 | 1.032.964 | 183.462 | 146.833 | 128.896 | 74.653  | 1.752.355 |
| TSI003 | 145.412 | 566.810   | 166.440 | 130.943 | 81.747  | 42.998  | 1.134.350 |
| TSI004 | 36.487  | 133.297   | 46.149  | 37.280  | 21.942  | 10.663  | 285.818   |
| TSI005 | 596     | 1.885     | 637     | 670     | 383     | 211     | 4.382     |
|        | 391.367 | 1.842.363 | 419.048 | 332.039 | 245.343 | 135.452 | 3.365.612 |

Podremos obtener una información más clara si pasamos las frecuencias de no retirada a porcentajes, como hacemos en la Tabla 116

**Tabla 116: Porcentaje de fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada nivel de TSI**

|        | T1     | T2     | T3     | T4     | T5    | T6    |         |
|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|---------|
| TSI001 | 12,36% | 56,92% | 11,85% | 8,64%  | 6,56% | 3,67% | 100,00% |
| TSI002 | 10,59% | 58,95% | 10,47% | 8,38%  | 7,36% | 4,26% | 100,00% |
| TSI003 | 12,82% | 49,97% | 14,67% | 11,54% | 7,21% | 3,79% | 100,00% |
| TSI004 | 12,77% | 46,64% | 16,15% | 13,04% | 7,68% | 3,73% | 100,00% |
| TSI005 | 13,60% | 43,02% | 14,54% | 15,29% | 8,74% | 4,82% | 100,00% |

Si analizamos gráficamente estos resultados, podemos ver cómo se aprecia un patrón común de no retirada de medicamentos por grupo de TSI. Curiosamente, las no retiradas no se asocian a un precio mayor del medicamento, sino a un precio medio-bajo, de entre 2 y 5 euros por envase, correspondiente al tramo de precios T2. Como vemos en la Ilustración 276, el patrón de no recogida es coincidente. En investigaciones posteriores habrá que caracterizar el tramo T2 por el tipo de dolencias que tratan y su gravedad.

En las tablas de la página 408 vemos que, aplicando el test de la chi cuadrado de Pearson, existe una relación entre la variable TSI y la variable tramo de precio de los medicamentos a un nivel de significación del 95%. No obstante, el valor del coeficiente de contingencia es de 0,111, lo que indica una relación débil entre las variables.

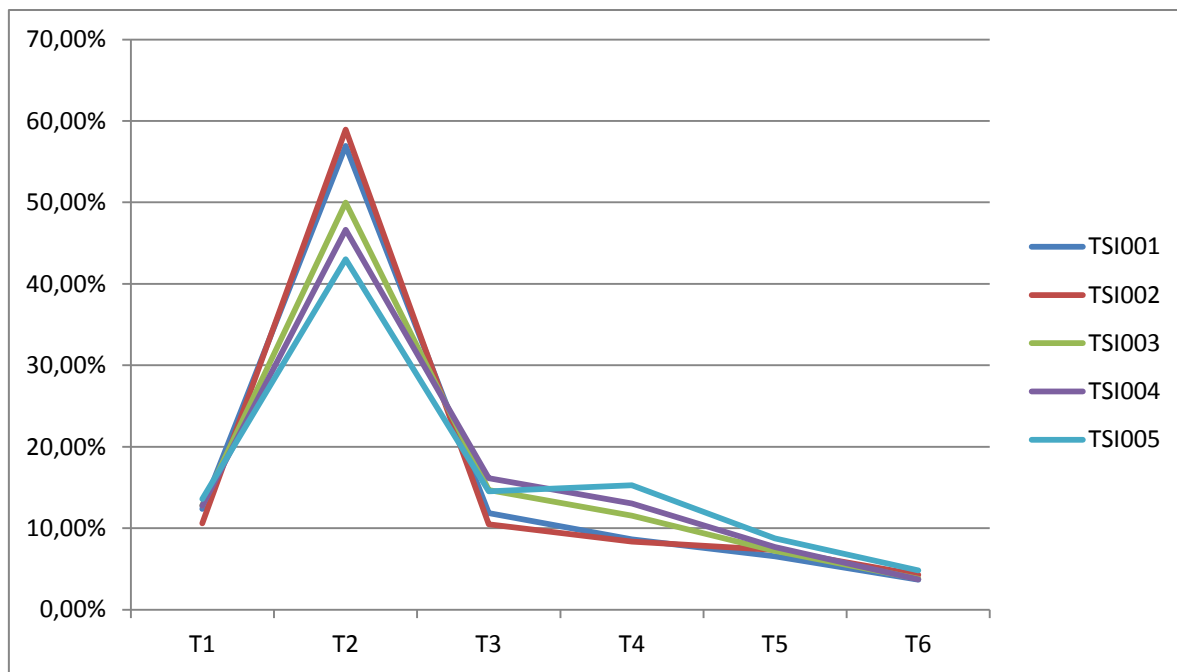


Ilustración 276: Fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada nivel de TSI

Tabla 117: Pruebas de chi-cuadrado para las variables TSI y tramo de precio de los medicamentos

|                          | Valor                  | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|--------------------------|------------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson  | 42004,085 <sup>a</sup> | 20 | 0,000                       |
| Razón de verosimilitudes | 41763,926              | 20 | 0,000                       |
| N de casos válidos       | 3365612                |    |                             |

Tabla 118: Medidas simétricas y de potencia de la relación para las variables TSI y tramo de precio de los medicamentos

|                     | Valor   | Sig. aproximada |
|---------------------|---------|-----------------|
| Nominal por nominal | ,111    | 0,000           |
| N de casos válidos  | 3365612 |                 |

Si separamos el perfil de cada uno de los códigos de tarjeta, comparando por el del TSI001, que nos servirá de grupo de control al ser pacientes que no pagan ningún copago, vamos a ver algunas pequeñas diferencias.

La Ilustración 277 nos muestra la absoluta coincidencia entre los perfiles de no retirada de fármacos en las poblaciones de personas exentas al copago y los pensionistas. Esto descartaría la existencia de una discriminación a los pensionistas por la no posibilidad de no retirada de fármacos al haber sido instaurado el nuevo sistema de copago.

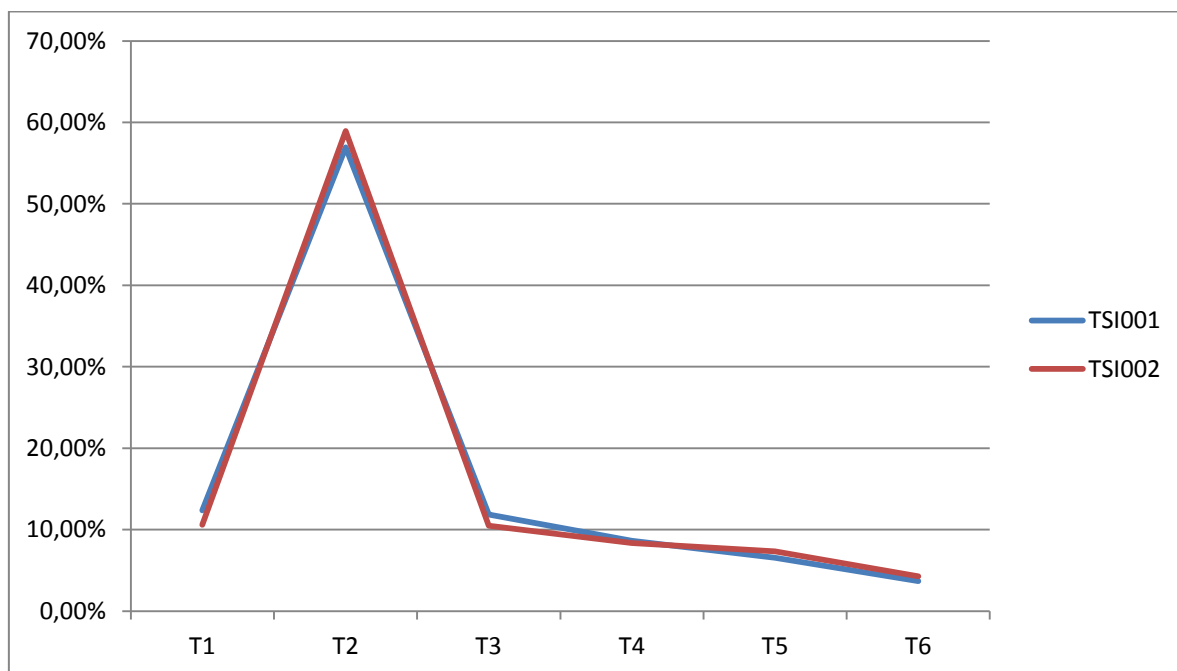


**Ilustración 277: Fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada niveles TSI001 (personas no sujetas a ningún copago) y TSI002 (pensionistas)**

Como vemos en las ilustraciones siguientes, los perfiles de no devolución en relación al tramo de precio son similares al global, con más devoluciones en el tramo T2 y menos en los tramos de alto precio. Curiosamente, el único perfil que muestra algo más de devoluciones en la parte alta de los precios es el correspondiente a la tarjeta sanitaria de ciudadanos con renta superior a los 100.000 euros anuales.

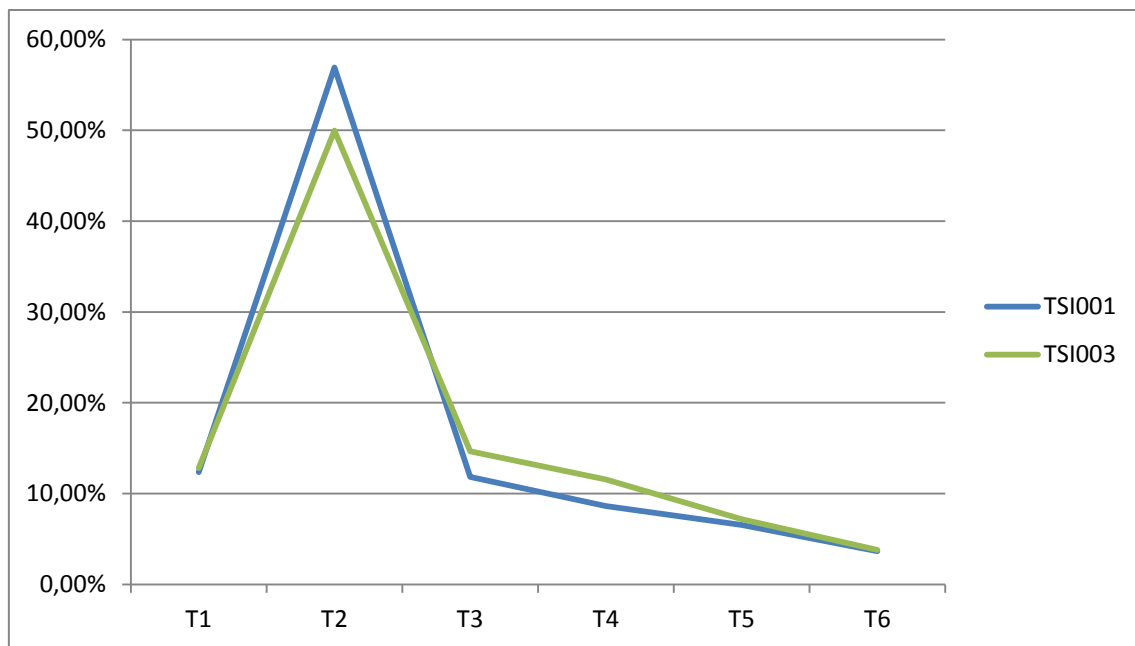


**Ilustración 278:** Fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada niveles TSI001 (personas no sujetas a ningún copago) y TSI003 (activos con renta menor a 18.000 euros)

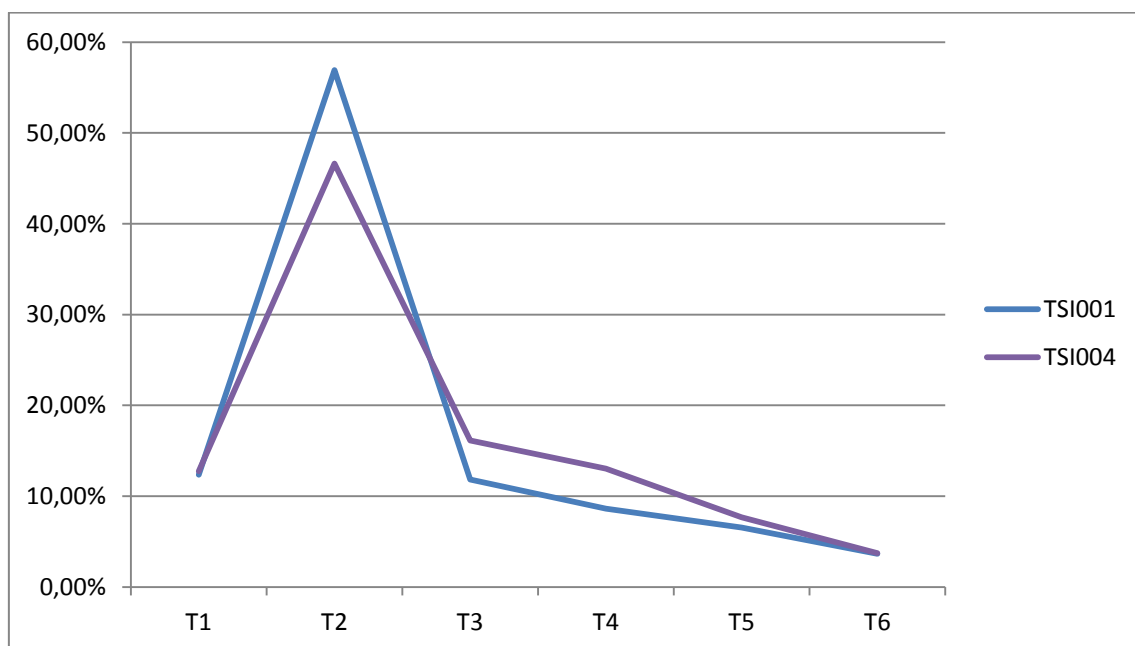


**Ilustración 279:** Fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada niveles TSI001 (personas no sujetas a ningún copago) y TSI004 (activos con rentas entre 18.000 y 100.000 euros)

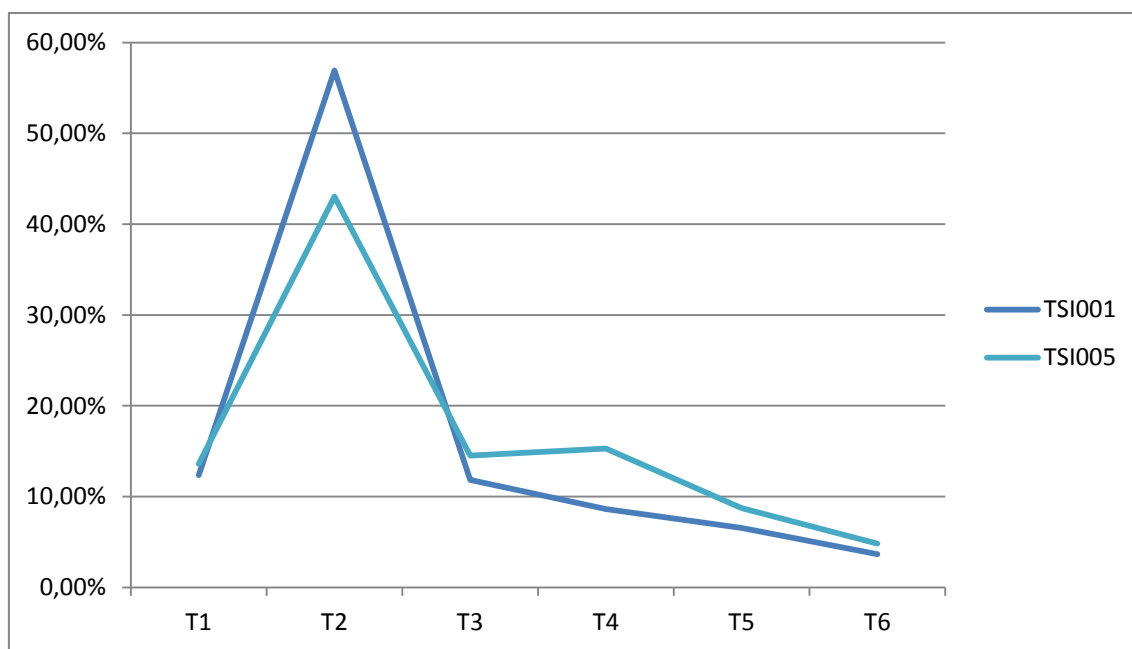


**Ilustración 280: Fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada niveles TSI001 (personas no sujetas a ningún copago) y TSI005 (activos y pensionistas con rentas superiores a 100.000 euros)**





# Capítulo VIII: Qué piensan los pacientes. Impacto en la satisfacción

---

## 28. Satisfacción de pacientes

### 28.1 Satisfacción de pacientes y calidad

A la hora de evaluar el efecto de las políticas de mejora de la eficiencia desarrolladas en el SESCAM en los años 2010-2014, hemos de tener en cuenta cómo ha sido la percepción de los pacientes del servicio recibido. La satisfacción de los pacientes es una parte importante de la calidad global de un servicio de salud. Donabedian (Donabedian, 1988) mantiene que la calidad tiene un enfoque multidimensional. Dentro de esta visión global de la calidad, toman un papel muy importante las dimensiones que tienen que ver con la relación con el paciente, el confort y la percepción del paciente de la atención recibida. En su artículo sobre el papel de los consumidores en la atención (Donabedian, 1992) defiende que el usuario es quien debe decidir lo que está bien en relación al intercambio personal, el confort y los resultados esperados de la atención. Considera el grado de satisfacción del consumidor como, por una parte, un juicio válido de la calidad del sistema, por otro como un resultado propiamente dicho de la atención sanitaria, y por otro como un objetivo irrenunciable de los servicios de salud. El mismo autor (Donabedian, 1990) incluye como uno de los siete pilares básicos de la calidad asistencial el de la aceptabilidad, entendida esta como la conjunción de accesibilidad, de la valoración de la relación médico-paciente, el confort, y las preferencias del paciente sobre la atención y su coste.

Mira (Mira & Aranaz, 2000) constata en el año 2000 el creciente interés de la literatura médica por la satisfacción del paciente como medida del resultado de la asistencia, y el esfuerzo que se hace por aportar metodologías para su medición. Entiende que el interés por la medición de la satisfacción del paciente ha trascendido a los gestores sanitarios, y son los clínicos los que cada vez más se muestran interesados en su análisis. Aboga por conjuntar metodologías cualitativas y cuantitativas en los estudios, para obtener el máximo de información.

Marzo (Marzo, Martínez-Tur, Ramos, & Peiró, 2002) profundizan sobre el complejo concepto de satisfacción y sus determinantes. De su estudio concluyen que son muy importantes en la percepción del conjunto del servicio el conjunto de los elementos físicos cuando el usuario utiliza el servicio, algo poco cuidado en la asistencia sanitaria pública.

Cueto et al (Cueto, Boubeta, & Mallou, 2003) consideran la satisfacción del usuario como un concepto escurridizo, que debe ser conceptualizado a la vez como un resultado y como un proceso. Proponen un cuestionario para medir la satisfacción de los usuarios en un centro de salud.

Pascoe (Pascoe, 1983), tras analizar la literatura publicada hasta ese momento sobre evaluación de preferencias del paciente en atención primaria, concluye que la satisfacción del paciente constituye un resultado fundamental de la atención y aporta la perspectiva del

consumidor, que nos ayudará a realizar una evaluación integral de la estructura y de los procesos asistenciales.

Caminal (Caminal, 2001) aporta tres razones por las que la satisfacción de los pacientes debería considerarse una medida importante del proceso asistencial: la primera es que a mayor satisfacción mejor cumplimiento de los tratamientos por el paciente, la segunda porque nos ayuda a evaluar las estrategias de comunicación con el paciente, y la tercera porque es una herramienta muy importante para mejorar la organización. En este sentido, Vuori (Vuori, 1987) defiende que los pacientes deben estar mucho más involucrados en las decisiones asistenciales que les competen. Entiende que este cambio tiene un fundamento filosófico importante, como es el paso de un concepto biológico de la enfermedad hacia una visión mucho más amplia y relacionada con la experiencia del paciente, con el paso del individualismo al utilitarismo.

Parasuraman et al (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1994) se basan en el paradigma de la desconfirmación de expectativas para proponer un cuestionario de medición de la calidad de los servicios. Entienden que la calidad percibida se basa en la diferencia entre lo que esperábamos recibir en el servicio y lo que efectivamente recibimos. Díaz (R. Díaz, 2002) en esta línea aclara que la satisfacción del paciente dependerá de estos tres factores: El primero, el grado de conocimiento que tengamos de las expectativas de los pacientes, que van encaminadas hacia la calidad de las relaciones interpersonales, la percepción de que la asistencia recibida ha sido técnicamente correcta y a la percepción de confort más de tipo hostelero. En segundo lugar, de cómo transformamos este conocimiento en oferta de servicios. En tercer lugar, de la percepción que el paciente tiene de la calidad del servicio recibido, que a su vez influirá en sus expectativas futuras.

Mira (Mira et al., 1998), en este sentido, encuentra algunos problemas metodológicos en el modelo Servqual, propone una adaptación del modelo Servqual para medir la satisfacción a los 20 días del alta hospitalaria.

## 28.2 Dos visiones desde la calle

Para conocer la satisfacción con los servicios prestados en el SESCAM en los pasados años, disponemos de dos visiones complementarias:

- La visión de los pacientes, a través de las encuestas periódicas de satisfacción realizadas por el SESCAM
- La visión de la población, obtenida mediante los datos regionalizados del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Se trata de dos visiones que no tienen que ser coincidentes. La visión del paciente está relacionada con la experiencia propia de las personas que han sido atendidas por el servicio de salud en un periodo determinado. Nos muestra su percepción de la calidad del servicio percibido medida mediante diversos ítems, y el factor de influencia más importante es su propia experiencia en el contacto con los servicios. La visión de la población es una visión más amplia. Se nutre de la experiencia propia, pero también de la opinión general vigente en cada

momento, y moldeada fuertemente por los medios de comunicación. La existencia de una fuerte discusión política y mediática sobre los efectos de los recortes, y de continuas opiniones de distintos actores, tanto sindicales, como corporativos, aportando su visión acorde con sus intereses, puede sesgar la sensación del servicio prestado por la población general que no ha sido usuaria de la sanidad pública.

Las dos visiones son por tanto complementarias, y juntas nos enriquecerán la imagen que podemos extraer de la satisfacción de los pacientes y su evolución en estos últimos años.

El Barómetro Sanitario (CISS, 2014) se realiza sobre población residente de 18 años o más. Realiza un número de 7.800 entrevistas a nivel nacional, repartidas por comunidades autónomas. A Castilla-La Mancha le corresponden 384 entrevistas en tres oleadas de 128 entrevistas cada una, que se realizan sucesivamente entre marzo y octubre de cada año. El último disponible es el de 2014.

Las encuestas de satisfacción del SESCAM (SESCAM, 2013) se realizan con periodicidad semestral. Realiza 4670 encuestas segmentadas por áreas de atención: atención primaria, urgencias, consultas externas hospitalarias y hospitalización, repartidas por las distintas áreas integradas de gestión y es significativa al 95% a nivel de área integrada. Son encuestas telefónicas realizadas sobre pacientes que fueron usuarios de los servicios varias semanas antes de la encuesta. Se pusieron en marcha en febrero de 2014, y se dispone de dos oleadas, una en febrero y otra en agosto-septiembre, lo que nos permite establecer comparaciones y tendencias.

### 28.3 Resultados globales de las encuestas de satisfacción

Castilla-La Mancha es una de las comunidades españolas que en 2014 mostraban el máximo interés por la sanidad, y lo era para un 34,7% de los ciudadanos, según el Barómetro Sanitario de ese año. Sólo la Rioja y Galicia la superan en porcentaje. La presencia de la sanidad en los medios ha sido constante en los últimos años, y en este año empezaban a no ser tan preocupantes otros temas.

No obstante, se trata de una magnitud muy oscilante en los últimos años. El porcentaje de ciudadanos que centraban el máximo interés en 2013, sin grandes hechos entre un año y otro, era del 24,28%, aunque los valores de 2010 y 2011 superan incluso a los de 2014.

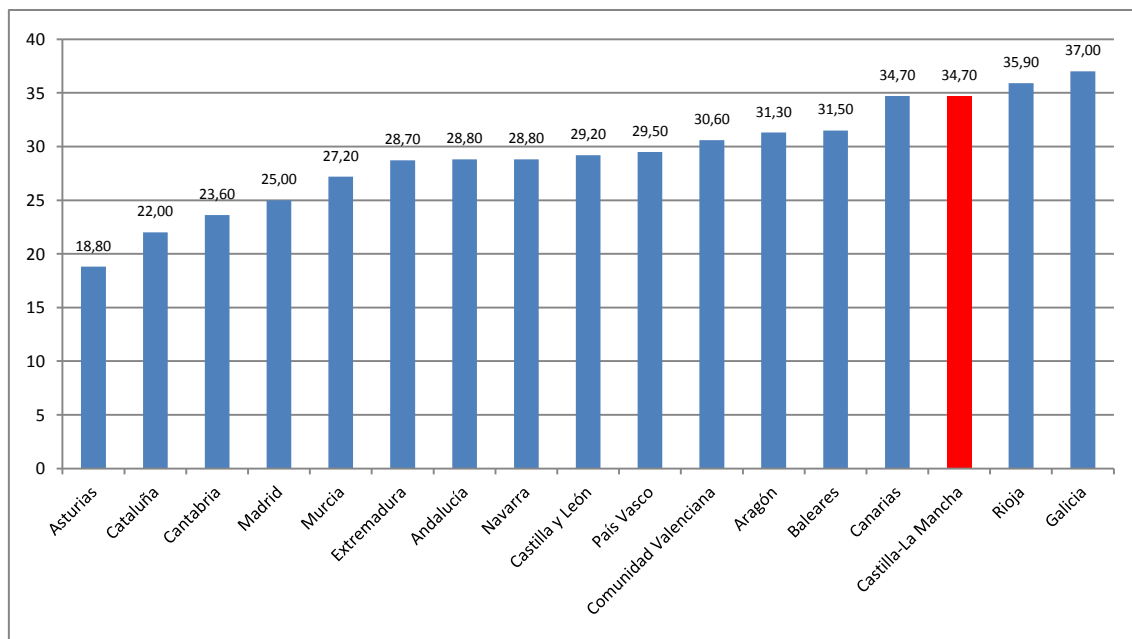


**Ilustración 281: Porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad es el área de mayor interés en 2014. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

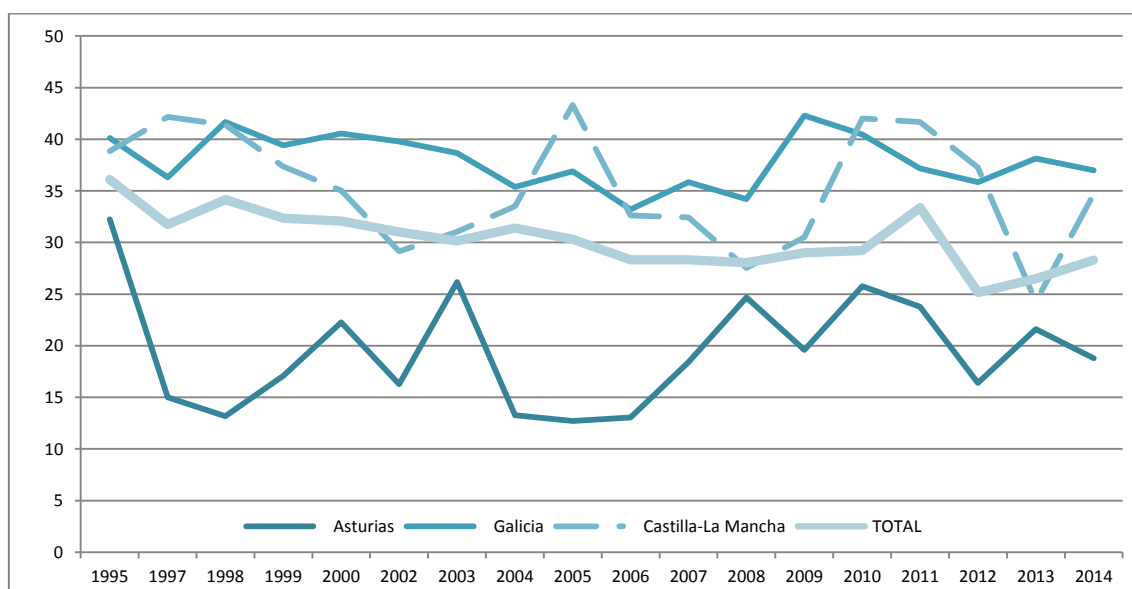


**Ilustración 282: Evolución del porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad es el área de mayor interés en Asturias, Galicia y Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

El grado de satisfacción de la opinión pública en nuestra región respecto al sistema sanitario ha sido decreciente durante la crisis. De acuerdo con el barómetro sanitario 2014, la distribución por grados de satisfacción de la población con el sistema sanitario en Castilla-La Mancha era la siguiente:

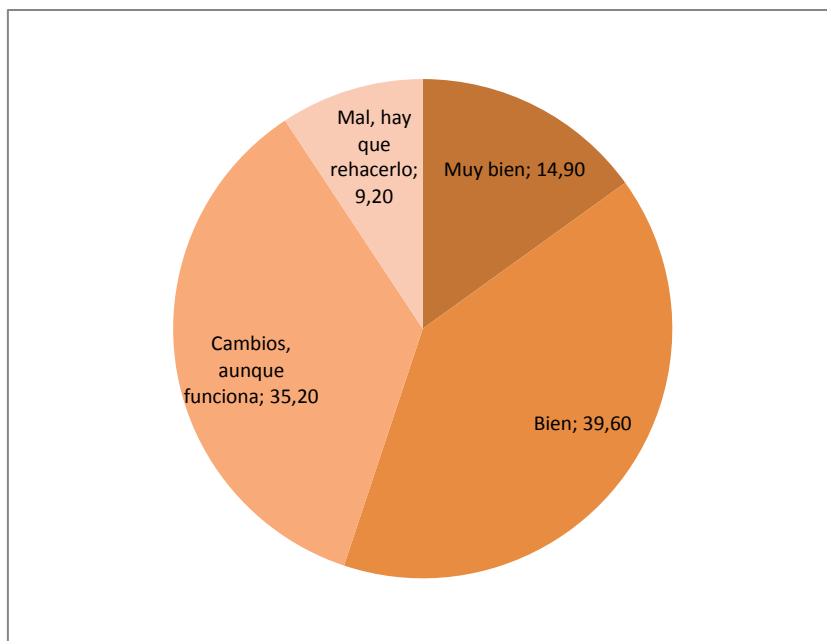


**Ilustración 283: Opinión de los ciudadanos de Castilla-La Mancha sobre el sistema sanitario en 2014. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Nos volvemos a encontrar con una alta volatilidad en los datos del barómetro sanitario, que podría ser debido a lo reducido de las muestras de esta encuesta a nivel regional. La respuesta a la misma pregunta en 2013 era la siguiente:

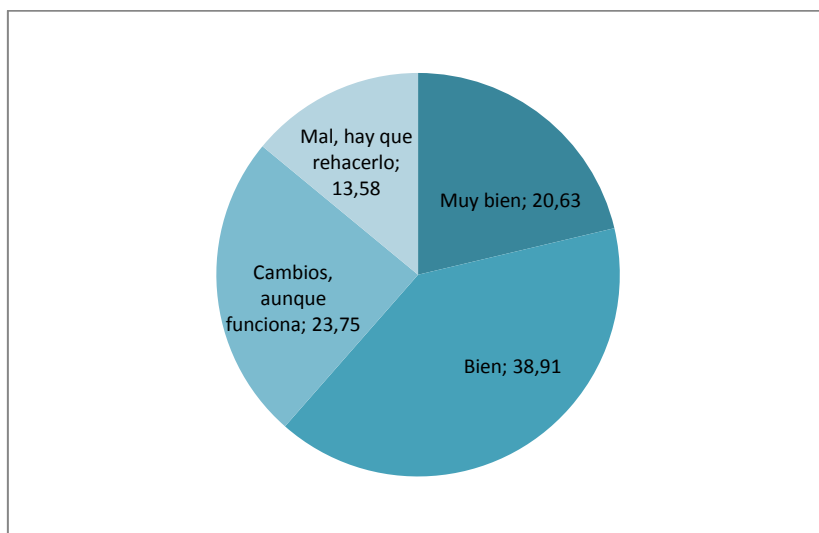


**Ilustración 284: Opinión de los ciudadanos de Castilla-La Mancha sobre el sistema sanitario en 2013. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Volviendo a los datos de 2014, Castilla-La Mancha se encuentra entre las comunidades con menor suma de muy satisfechos y satisfechos, con un 54,5%, a un nivel muy similar al de la Comunidad Valenciana, Cataluña y Baleares, y por encima de Canarias, muy descolgado del resto.

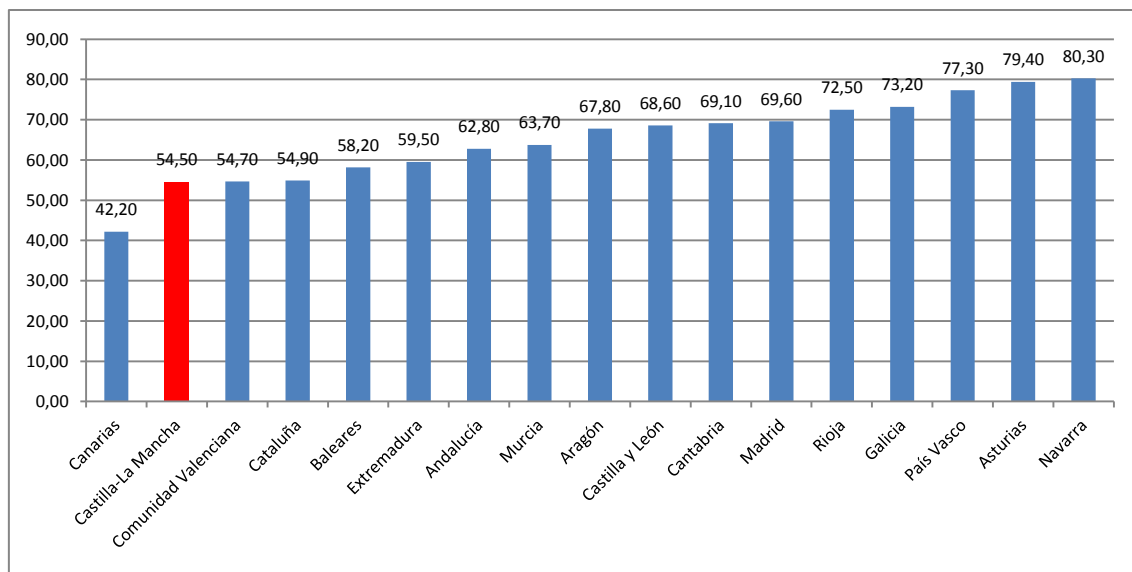


**Ilustración 285: Porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad funciona muy bien, o bien pero son necesarios algunos cambios en 2014. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Podemos ver que se produce una reducción de la satisfacción global con el sistema sanitario en todas las comunidades autónomas, desde el año 2012 hasta 2014. No obstante, la pendiente de Castilla-La Mancha de descenso en estos dos años ha sido mayor a la media. El desgaste sobre el prestigio del sistema sanitario público que ha supuesto la politización extrema de la sanidad, y la utilización de las políticas de mejora de la eficiencia y de ajuste presupuestario como herramienta de choque entre las formaciones políticas ha ayudado sin duda a esta percepción menos positiva de la población. También ha debido de influir el aumento que se produjo en las listas de espera en 2012, que describimos en el capítulo de listas de espera, y que parece llevar consigo un efecto retardado sobre el descontento global de la población.



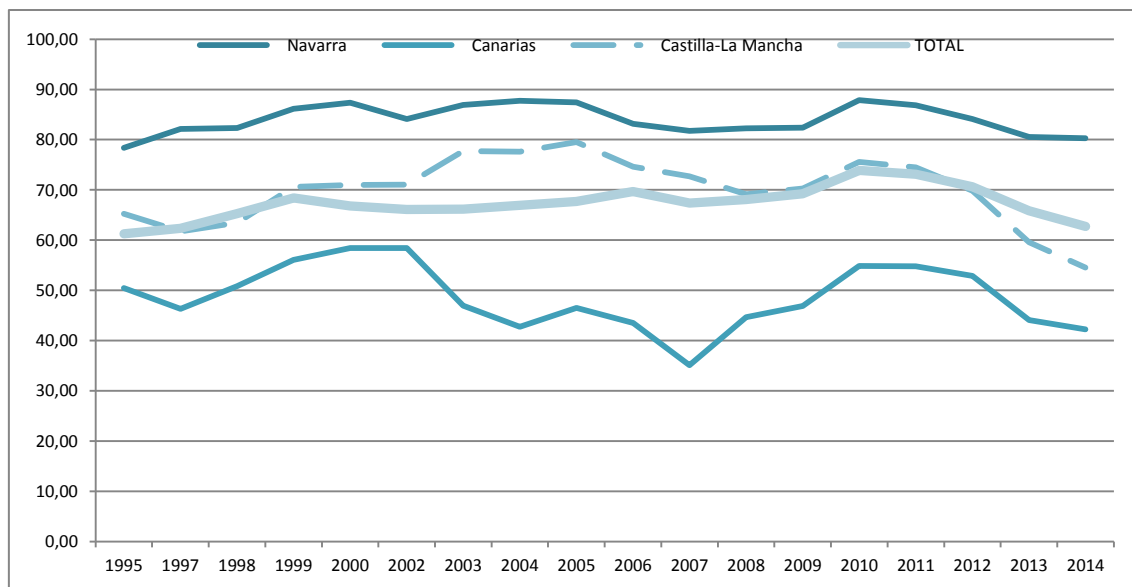


**Ilustración 286: Evolución del porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad funciona muy bien, o bien pero son necesarios algunos cambios en Navarra, Canarias y Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Curiosamente, o no tan curiosamente si reflexionamos sobre la realidad político-sanitaria, los datos de las dos encuestas de satisfacción del SESCAM para pacientes tratados en 2014, con una muestra de 4670 encuestas en cada una de las dos oleadas, o sea 24,3 veces superior en tamaño muestral, nos da los siguientes resultados en cuanto a grado de satisfacción en los distintos niveles asistenciales (escala de 1 a 10):

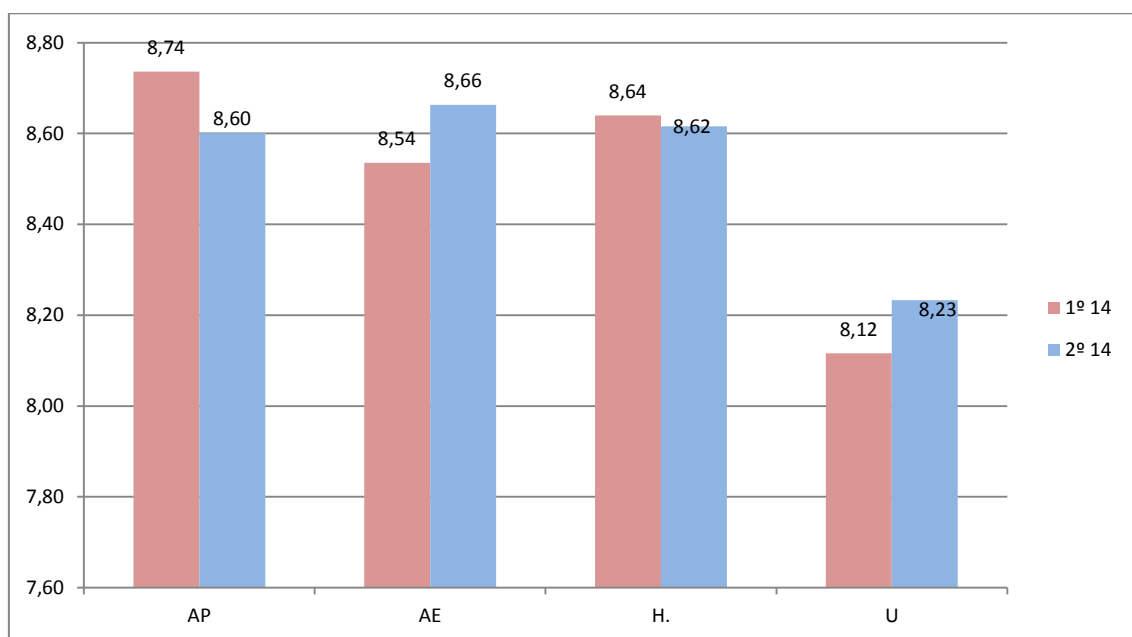


**Ilustración 287: Grado de satisfacción con la atención recibida por niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada, hospitalización y urgencias) de los pacientes del SESCAM en el primer y en el segundo semestre de 2014. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014**

El grado de satisfacción es radicalmente mejor que el que denota el Barómetro Sanitario. Todos los niveles asistenciales dan valores mayores de 8 en la satisfacción de los pacientes. Dando por buenos los parámetros técnicos de las dos encuestas, se observa de una manera clara el sesgo que la polémica política, sindical y corporativa puede generar en la opinión pública. Las personas que no son usuarios tienen unas expectativas muy bajas de la atención que entienden que se da en el sistema sanitario. Las personas que son atendidas están muy satisfechas con la atención que reciben.

Respecto a la preferencia por lo público o lo privado, vamos a analizar los datos del Barómetro sanitario por niveles asistenciales. En atención primaria, las preferencias en Castilla-La Mancha se orientan en un 75,1% hacia la sanidad pública, en un 21,5% hacia la privada, y en un 2,6% para las dos. Las cifras son bastante estables en el tiempo, con una subida de la preferencia por la sanidad pública a partir de 2012.

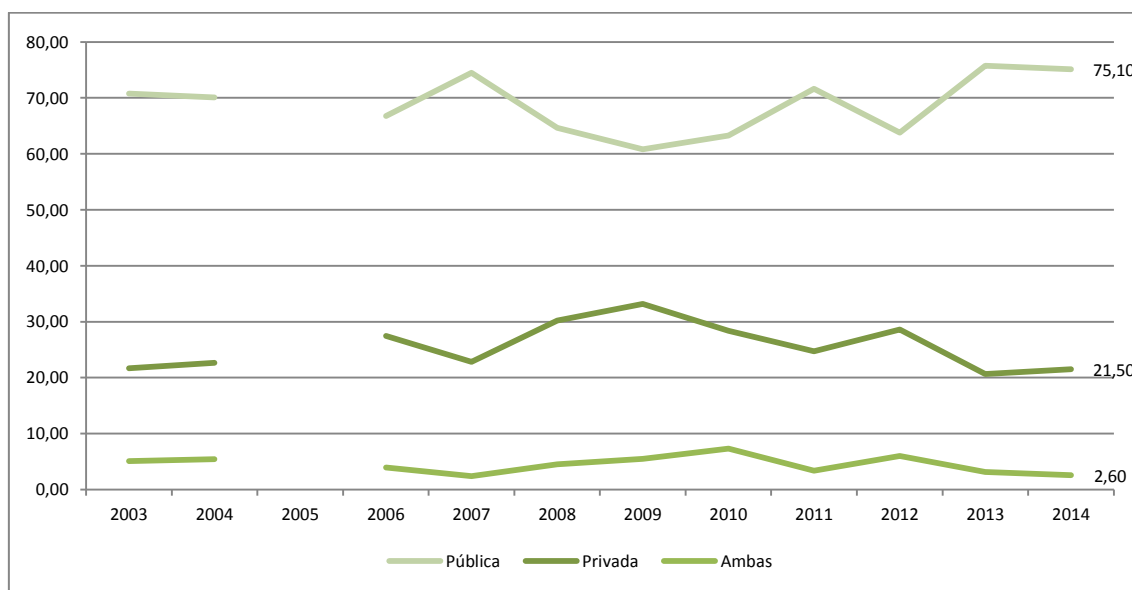


**Ilustración 288: Evolución de la preferencia de los ciudadanos para ser atendidos entre sanidad pública y privada en atención primaria en Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

En este sentido, nuestra región se sitúa en una posición intermedia-alta respecto a otras comunidades autónomas. Galicia es la de mayor preferencia por lo público, con un 82,9% y Canarias la de menor preferencia por lo público, con un 50,0%

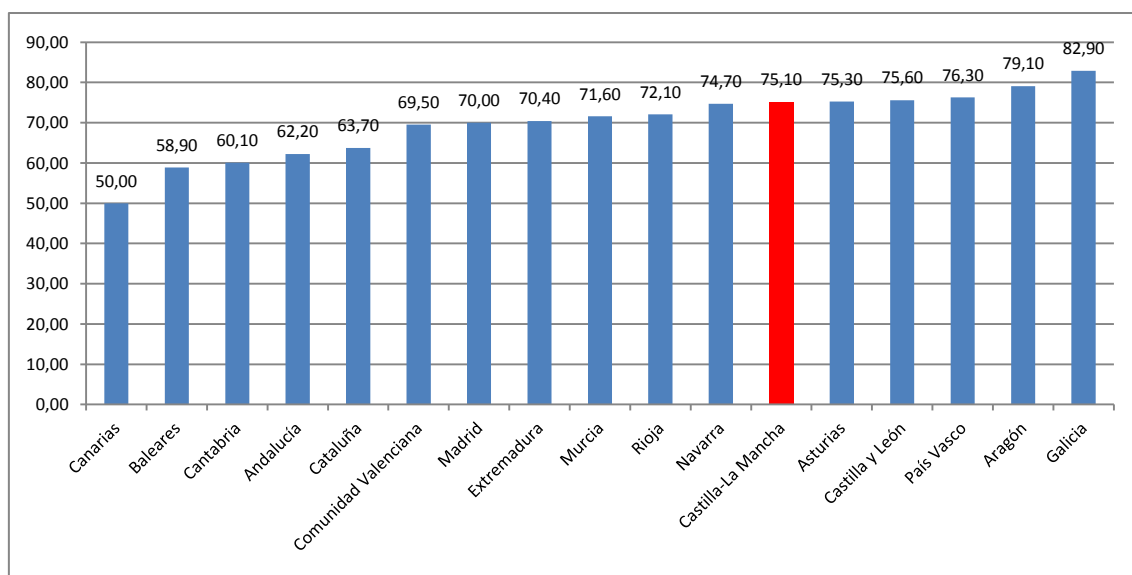


**Ilustración 289: Porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en atención primaria. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Como vemos en la Ilustración 290, el indicador muestra una suave tendencia creciente a nivel nacional, desde un 58,69% en 2008 hasta un 68,4% en 2014. En 2010 estaba en un 63,86%.

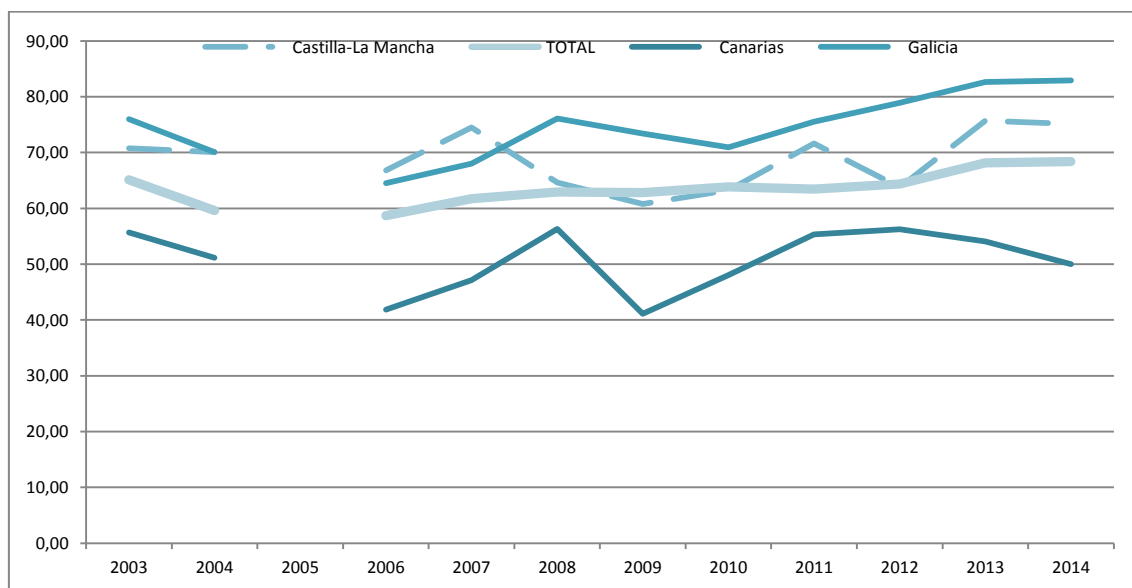


**Ilustración 290: Evolución del porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en atención primaria en Castilla-La Mancha, Canarias y Galicia junto con la media nacional. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

En consultas de atención especializada se repite la preferencia por la sanidad pública aunque con menor intensidad que en el caso de atención primaria. Un 58,8% prefieren ser atendidos en la sanidad pública y un 34,1% en la privada. No obstante, sí que se ha producido un desplazamiento hacia una mayor preferencia hacia la sanidad pública desde 2012, momento en el que la preferencia hacia la pública era del 53,0% y hacia la privada de un 39,9%.

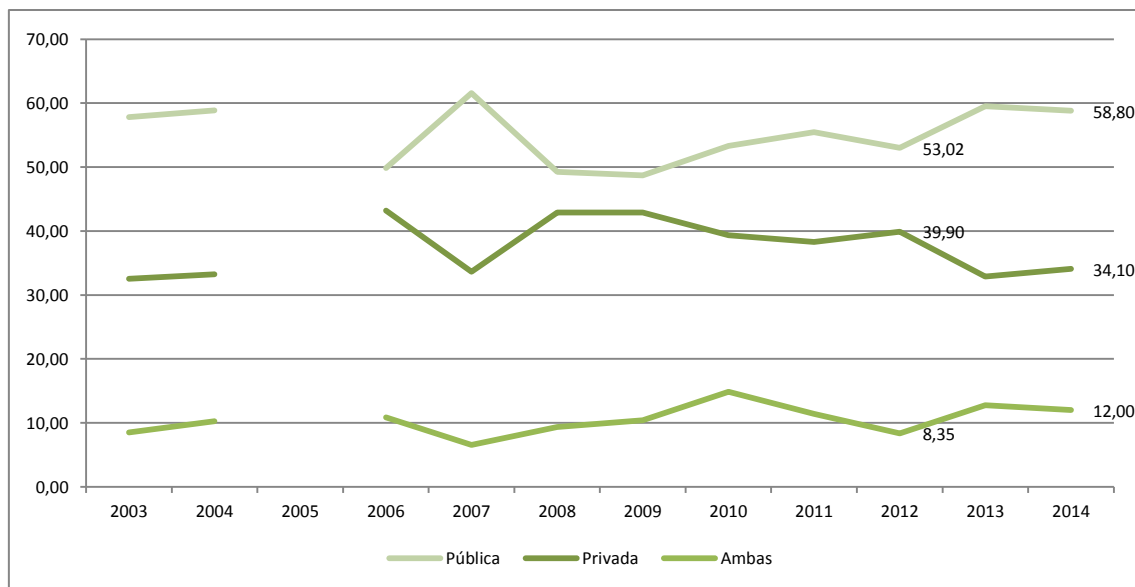


**Ilustración 291: Evolución de la preferencia de los ciudadanos para ser atendidos entre sanidad pública y privada en consultas de atención especializada en Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Comparativamente la posición de Castilla-La Mancha es muy similar respecto a otras comunidades autónomas que en el caso de atención primaria. Galicia sigue siendo la comunidad con mayor preferencia hacia la sanidad pública y en este caso la de menor preferencia es Extremadura, con un 36,4%.

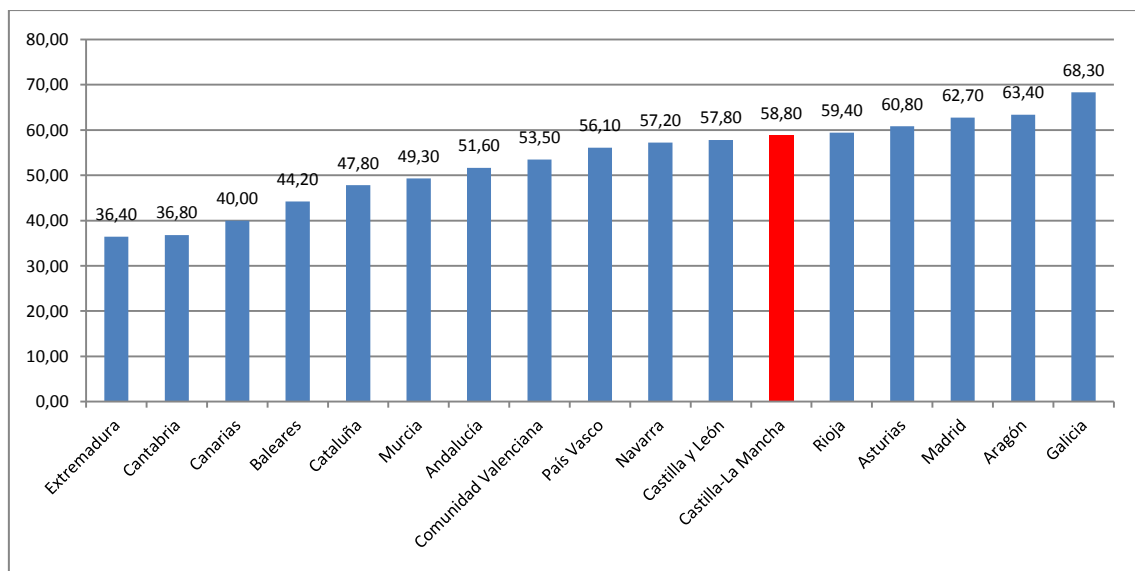


**Ilustración 292: Porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en consultas de atención especializada. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

La evolución global muestra igualmente una tendencia creciente en la preferencia por lo público desde 2009, aunque la comunidad con menor valor de este indicador, Extremadura, tiene una tendencia decreciente, con un ensanchamiento progresivo de la distancia con la media.

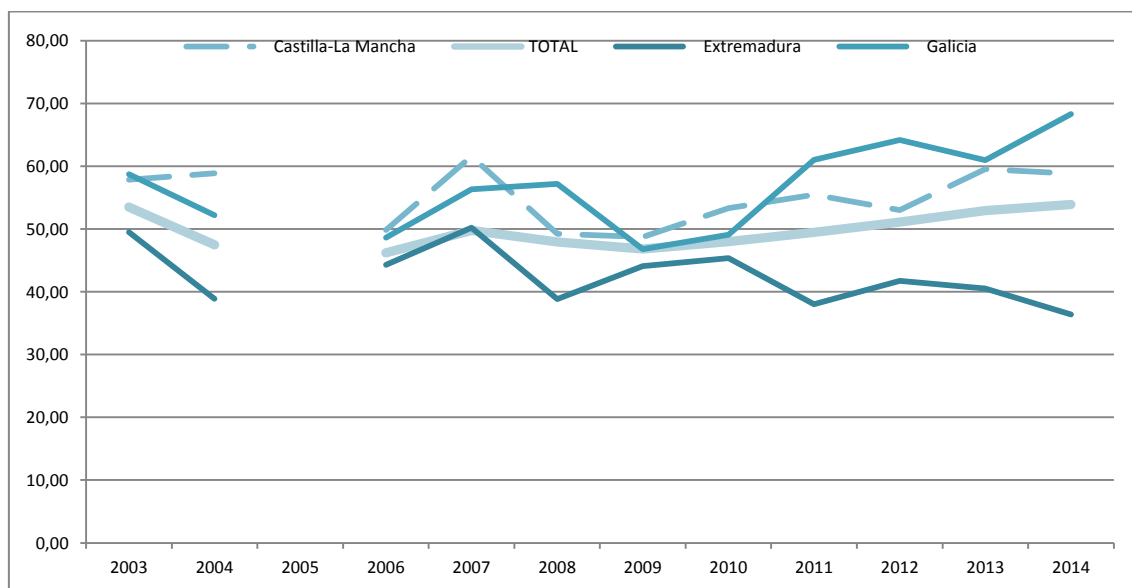


**Ilustración 293: Evolución del porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en consultas de atención especializada en Castilla-La Mancha, Extremadura y Galicia junto con la media nacional. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

En hospitalización, la preferencia es más acusada hacia la pública en Castilla-La Mancha, con un 70,4%, y la forma de la gráfica es muy parecida a la de las consultas de atención especializada, con un crecimiento de la preferencia por la atención pública desde 2012.

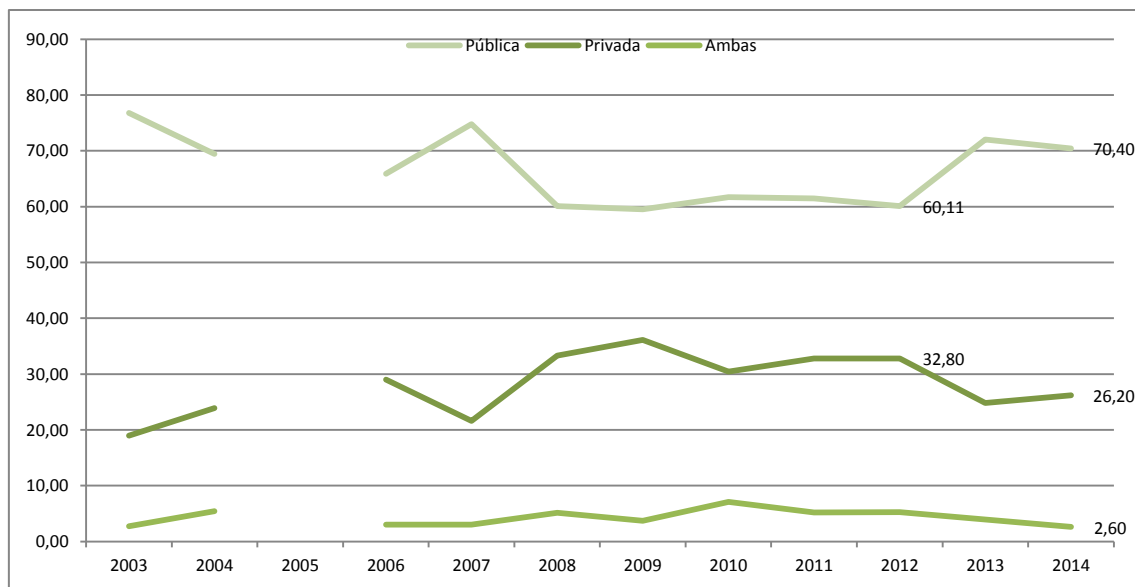


**Ilustración 294: Evolución de la preferencia de los ciudadanos para ser atendidos entre sanidad pública y privada en hospitalización en Castilla-La Mancha.** Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad

La posición en el conjunto de comunidades autónomas es similar a la atención primaria y las consultas de atención especializada. La comunidad con una menor preferencia a lo público es Baleares, donde tradicionalmente existe un amplio parque de hospitales privados y un alto índice de doble aseguramiento.

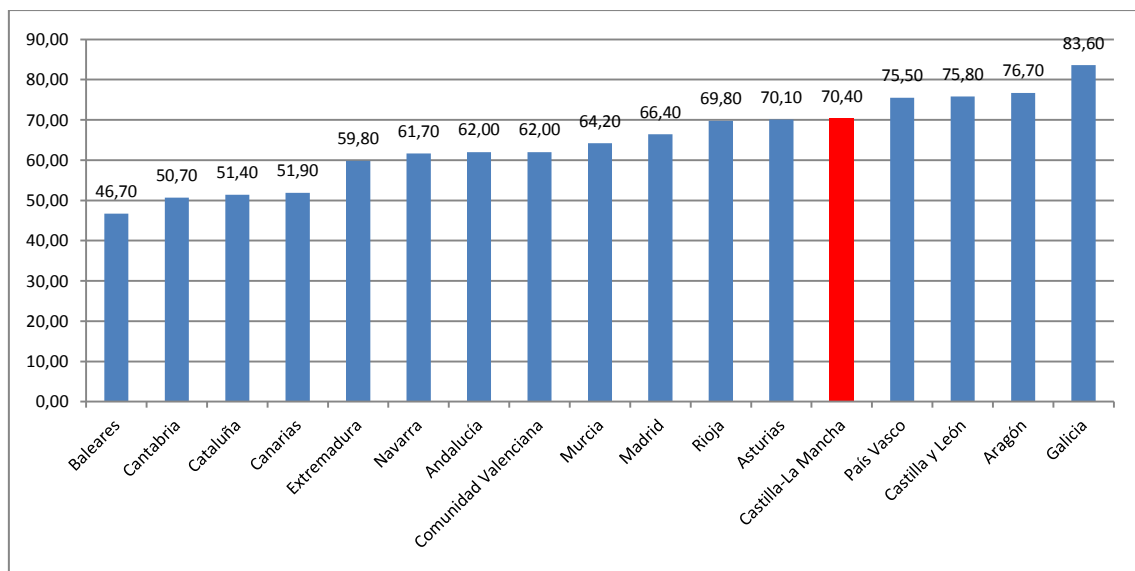


**Ilustración 295: Porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en hospitalización.** Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad

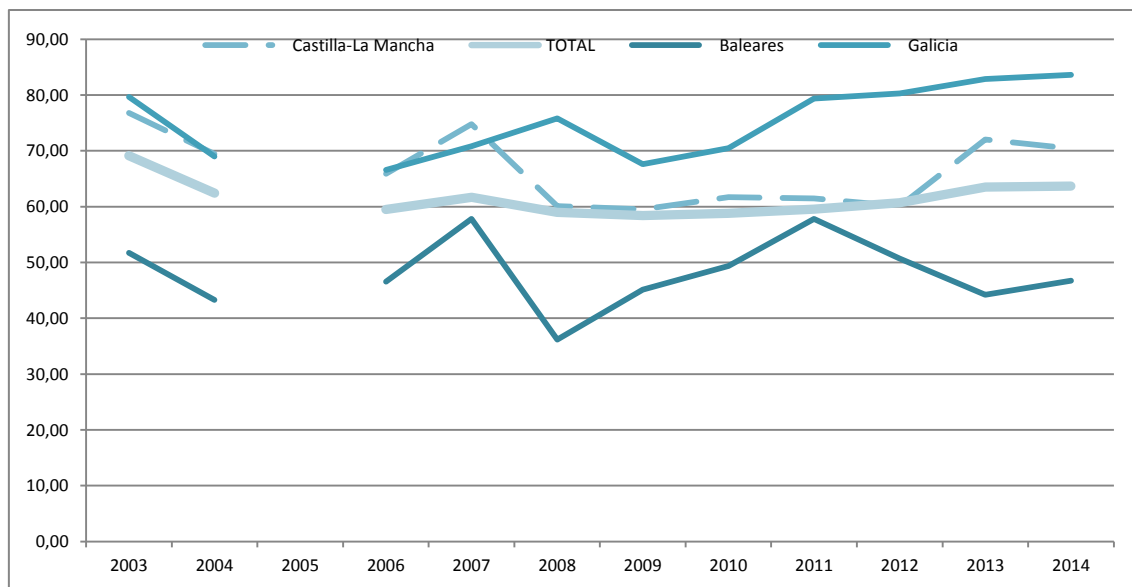


**Ilustración 296: Evolución del porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en hospitalización en Castilla-La Mancha, Baleares y Galicia junto con la media nacional. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Si vemos la evolución global, la preferencia en Castilla-La Mancha por la sanidad pública ha aumentado desde 2012, por encima de la media nacional. Esta se ha caracterizado por un incremento suave desde 2011. Baleares se despegaba hacia abajo igualmente desde 2011.

En lo que se refiere a urgencias,

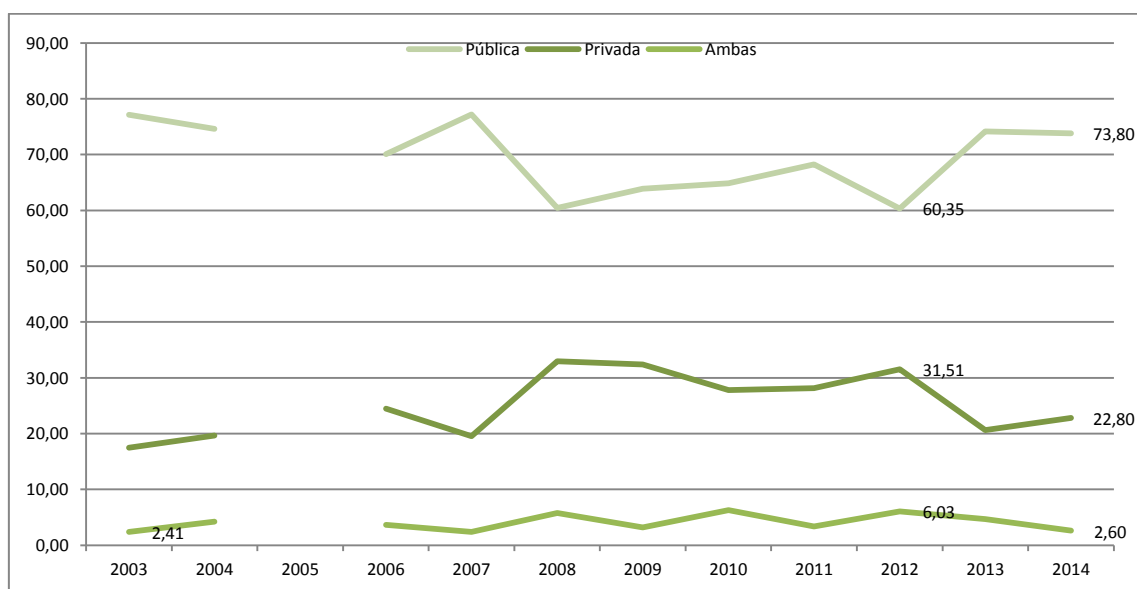


**Ilustración 297: Evolución de la preferencia de los ciudadanos para ser atendidos entre sanidad pública y privada en urgencias en Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Comparando con otras comunidades, la preferencia hacia acudir a las urgencias de la sanidad pública está entre las mayores de España, con un 73,8%, donde el máximo valor lo sigue teniendo Galicia y el menor Canarias.

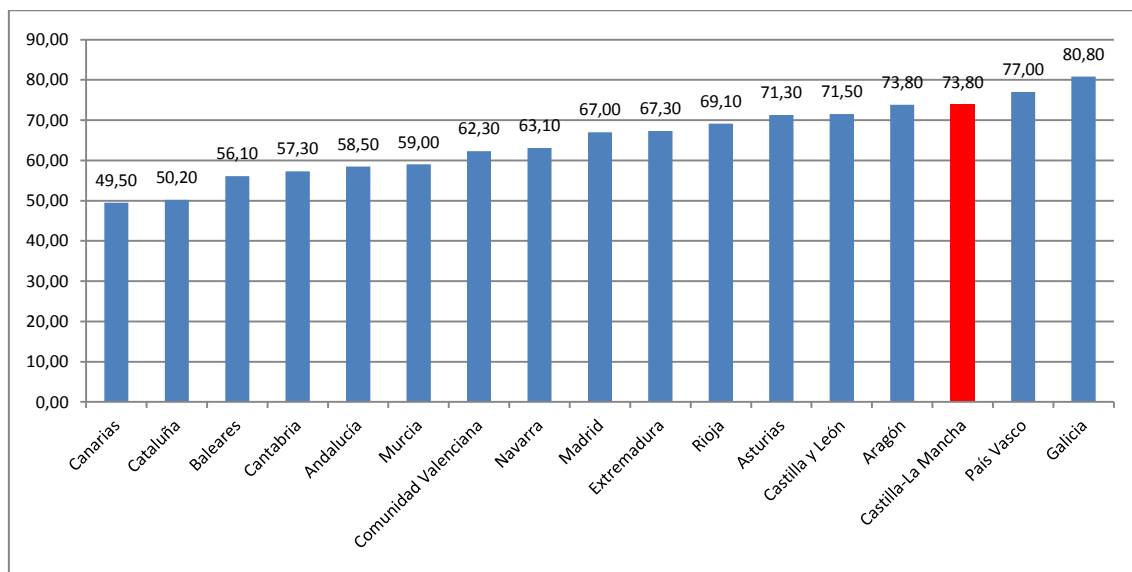


**Ilustración 298: Porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en hospitalización. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

## 28.4 Satisfacción del paciente en atención primaria

Según los datos del barómetro sanitario de 2014, la satisfacción con la atención percibida en atención primaria era buena. Así lo consideraba un 89,9% de los entrevistados. El mayor índice de satisfacción lo tiene el País Vasco con un 92,3% y el más bajo Extremadura con un 83,2%. Castilla-La Mancha queda en un nivel medio-alto, en sexto lugar.



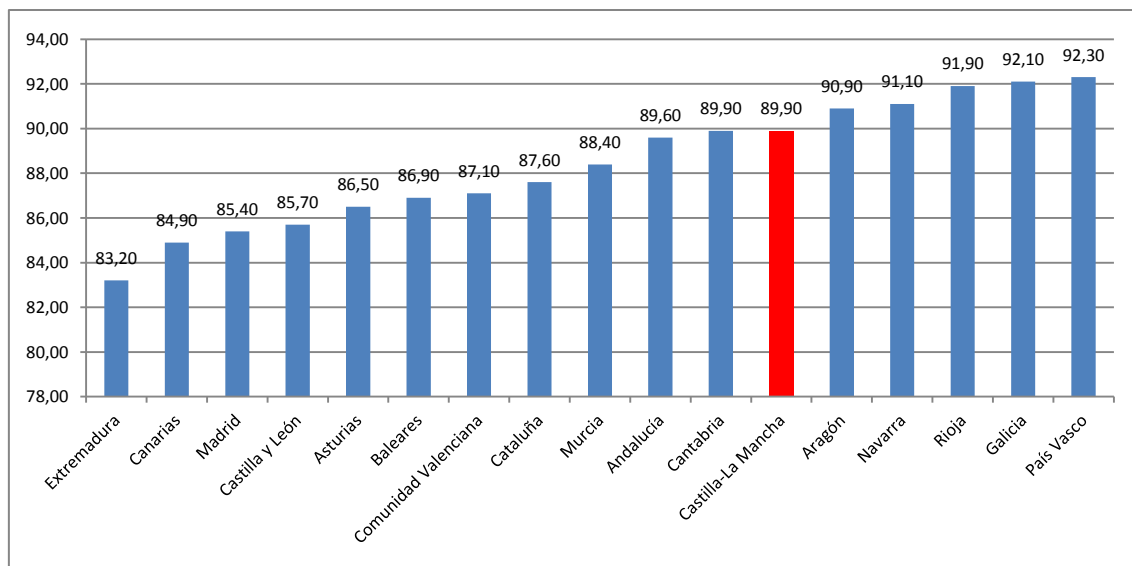


**Ilustración 299:** Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en atención primaria. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad

Si analizamos la evolución del indicador, este mantiene una suave tendencia creciente que no se ha detenido con la crisis económica ni con las medidas adoptadas para salir de ella. De hecho, el valor de 2014 es el más alto de la serie desde 2005.

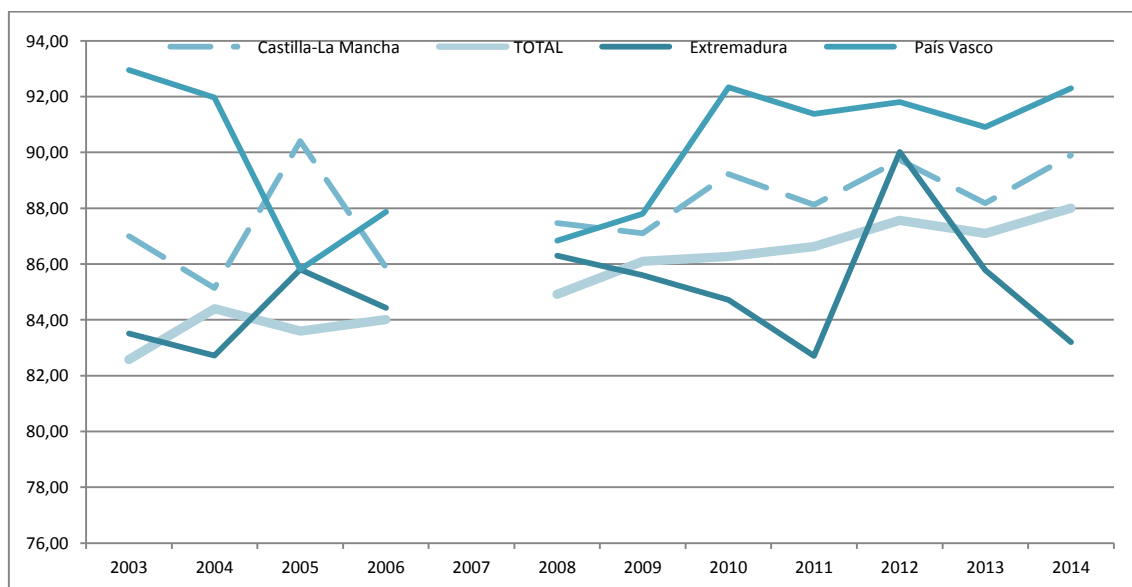


**Ilustración 300:** Evolución del porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en atención primaria en Castilla-La Mancha, Extremadura y País Vasco junto con la media nacional. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad

Si analizamos la respuesta en el Barómetro Sanitario de si la atención recibida fue mejor que sus expectativas, la respuesta es muy baja para Castilla-La Mancha. Con un 16,5% queda a la

cola de las comunidades autónomas en superación de expectativas. La pregunta, siendo muy pertinente, tiene una difícil comparación, dado que la respuesta depende de lo recibido pero también de las expectativas previas. Unas expectativas altas darán una respuesta más negativa a la misma situación que unas expectativas altas,

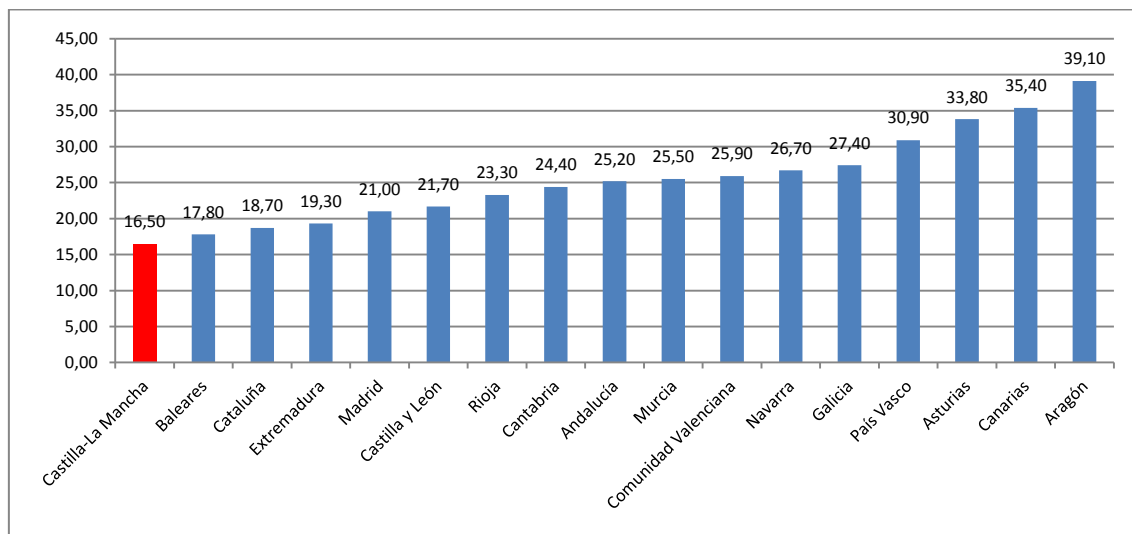


**Ilustración 301: Porcentaje de ciudadanos que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Al ver la evolución del indicador, vemos como en Castilla-La Mancha estos valores se han mantenido de forma aproximada desde 2009-10. La tendencia en la superación de expectativas ha sido decreciente, salvo 2013, donde el indicador subió de forma importante para bajar en 2014. Una posible interpretación podría ser que la presión mediática en 2012 y 2013 hizo que las expectativas del ciudadano bajasen, y que una vez terminada la polémica mediática sobre las medidas, estas han vuelto a sus niveles habituales.

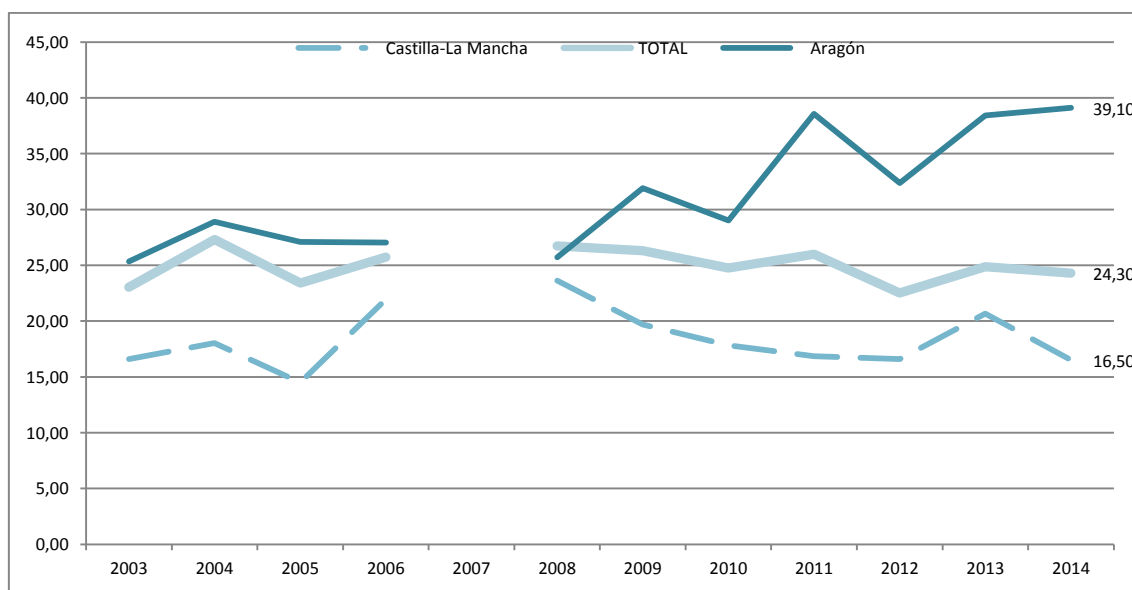


**Ilustración 302: Evolución del porcentaje de ciudadanos que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba en Castilla-La Mancha, Aragón y la media de toda España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

En cuanto a la facilidad para conseguir cita, el Barómetro Sanitario recoge una buena nota en atención primaria, con un 7,75 sobre 10, situándose Castilla-La Mancha la tercera comunidad en mejor nota detrás de La Rioja y Aragón. La que peor nota recibe es Navarra.

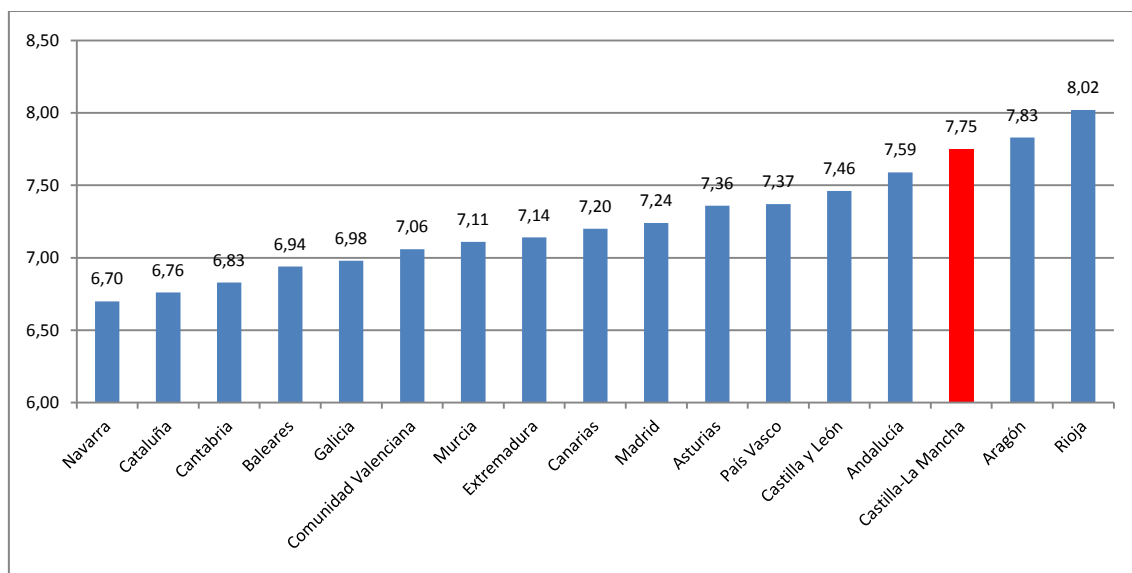


**Ilustración 303: Valoración de los encuestados a la facilidad para conseguir cita en atención primaria. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Si analizamos la evolución del indicador, este mantiene una evolución a mejor desde 2007, con un pequeño descenso en 2014, que se repite en la media y en la mayoría de las comunidades.

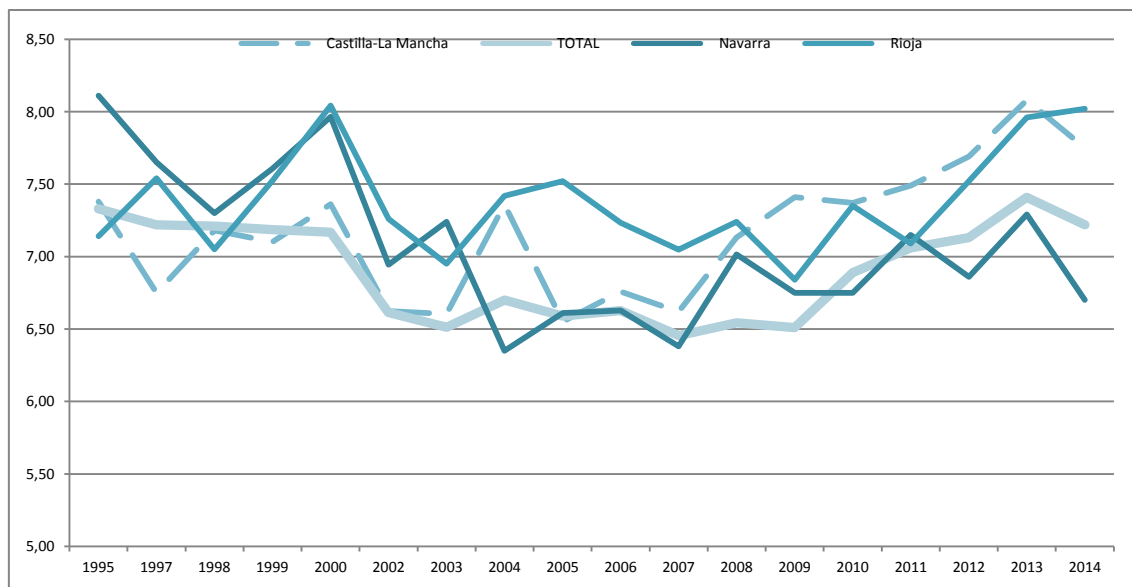


**Ilustración 304: Evolución de la valoración de los encuestados a la facilidad para conseguir cita en atención primaria en Castilla-La Mancha, Navarra, La Rioja y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

La encuesta de satisfacción de pacientes en atención primaria para el SESCAM en 2014 se compone de dos oleadas semestrales. La primera oleada, correspondiente a febrero 2014, se compone de 2,520 encuestas. Para las variables cuantitativas, los estadísticos son los siguientes:

**Tabla 119: Estadísticos descriptivos respecto a las variables cuantitativas en la encuesta de satisfacción de atención primaria del SESCAM del primer semestre de 2014**

|                         |          | Facilidad para conseguir la cita | Claridad de la información recibida | Amabilidad del profesional | Puntualidad del profesional | Valoración global de la asistencia |
|-------------------------|----------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| N                       | Válidos  | 2520                             | 2520                                | 2520                       | 2520                        | 2520                               |
|                         | Perdidos | 0                                | 0                                   | 0                          | 0                           | 0                                  |
| Media                   |          | 7,99                             | 8,83                                | 8,90                       | 7,76                        | 8,74                               |
| Mediana                 |          | 9,00                             | 9,00                                | 10,00                      | 8,00                        | 9,00                               |
| Moda                    |          | 10                               | 10                                  | 10                         | 10                          | 10                                 |
| Desv. típ.              |          | 2,253                            | 1,618                               | 1,552                      | 2,214                       | 1,537                              |
| Varianza                |          | 5,077                            | 2,617                               | 2,408                      | 4,902                       | 2,363                              |
| Asimetría               |          | -1,248                           | -1,946                              | -1,993                     | -1,040                      | -1,685                             |
| Error típ. de asimetría |          | ,049                             | ,049                                | ,049                       | ,049                        | ,049                               |
| Curtosis                |          | 1,031                            | 4,568                               | 5,092                      | ,567                        | 3,770                              |
| Error típ. de curtosis  |          | ,097                             | ,097                                | ,097                       | ,097                        | ,097                               |
| Percentiles             | 25       | 7,00                             | 8,00                                | 8,00                       | 7,00                        | 8,00                               |
|                         | 50       | 9,00                             | 9,00                                | 10,00                      | 8,00                        | 9,00                               |
|                         | 75       | 10,00                            | 10,00                               | 10,00                      | 10,00                       | 10,00                              |

Para medir la fiabilidad de la encuesta aplicamos el alfa de Cronbach, y obtenemos un valor de 0,804 y de 0,827 para los elementos tipificados, lo que nos dice que la escala es fiable.

Si analizamos la matriz de correlaciones inter-elementos, tenemos que las variables que más se correlacionan con la valoración global de la asistencia son la claridad de la información recibida (correlación de 0,702) y la amabilidad del profesional (correlación de 0,700). Vemos como la calidad en las relaciones interpersonales entre el profesional sanitario y el paciente es altamente valorada por los pacientes como un elemento fundamental en la satisfacción por la asistencia.

**Tabla 120: Tabla de correlaciones interelementos para las variables cuantitativas de la encuesta de satisfacción de pacientes en atención primaria del SESCAM en el primer semestre de 2014**

|                                     | Facilidad para conseguir la cita | Puntualidad del profesional | Claridad de la información recibida | Amabilidad del profesional | Valoración global de la asistencia |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Facilidad para conseguir la cita    | 1,000                            | ,430                        | ,324                                | ,337                       | ,437                               |
| Puntualidad del profesional         | ,430                             | 1,000                       | ,424                                | ,407                       | ,520                               |
| Claridad de la información recibida | ,324                             | ,424                        | 1,000                               | ,606                       | ,702                               |
| Amabilidad del profesional          | ,337                             | ,407                        | ,606                                | 1,000                      | ,700                               |
| Valoración global de la asistencia  | ,437                             | ,520                        | ,702                                | ,700                       | 1,000                              |

Para el segundo semestre, con 2521 encuestas en atención primaria, tenemos un Alfa de Cronbach de 0,825 y de 0,840 con los elementos tipificados, lo que nos da unos resultados similares e incluso algo mejores a los del primer semestre. En la Tabla 122 vemos como se confirman en el segundo semestre las conclusiones de la tabla 3 para el primer trimestre, con un peso muy importante de las variables relacionadas con la interacción profesional-paciente en la determinación de la satisfacción global con el servicio.

**Tabla 121: Estadísticos descriptivos respecto a las variables cuantitativas en la encuesta de satisfacción de atención primaria del SESCAM del segundo semestre de 2014**

| Estadísticos            |          |               |             |            |                |           |
|-------------------------|----------|---------------|-------------|------------|----------------|-----------|
|                         |          | FACILIDADCITA | PUNTUALIDAD | CLARIDINFO | AMABILIDADPROF | VALGLOBAL |
| N                       | Válidos  | 2521          | 2521        | 2521       | 2521           | 2521      |
|                         | Perdidos | 0             | 0           | 0          | 0              | 0         |
| Media                   |          | 8,04          | 7,69        | 8,60       | 8,74           | 8,60      |
| Mediana                 |          | 9,00          | 8,00        | 9,00       | 9,00           | 9,00      |
| Moda                    |          | 10            | 10          | 10         | 10             | 10        |
| Desv. típ.              |          | 2,156         | 2,187       | 1,749      | 1,673          | 1,607     |
| Varianza                |          | 4,646         | 4,784       | 3,060      | 2,800          | 2,583     |
| Asimetría               |          | -1,277        | -1,033      | -1,696     | -1,874         | -1,611    |
| Error típ. de asimetría |          | ,049          | ,049        | ,049       | ,049           | ,049      |

|                        |       |       |       |       |       |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Curtosis               | 1,279 | ,677  | 3,319 | 4,350 | 3,405 |
| Error típ. de curtosis | ,097  | ,097  | ,097  | ,097  | ,097  |
| Percentiles 25         | 7,00  | 6,00  | 8,00  | 8,00  | 8,00  |
| 50                     | 9,00  | 8,00  | 9,00  | 9,00  | 9,00  |
| 75                     | 10,00 | 10,00 | 10,00 | 10,00 | 10,00 |

**Tabla 122: Tabla de correlaciones interelementos para las variables cuantitativas de la encuesta de satisfacción de pacientes en atención primaria del SESCAM en el segundo semestre de 2014**

|                                        | Facilidad para conseguir la cita | Puntualidad | Claridad en la información profesional | Amabilidad del profesional | Valoración global asistencia |
|----------------------------------------|----------------------------------|-------------|----------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Facilidad para conseguir la cita       | 1,000                            | ,446        | ,357                                   | ,341                       | ,416                         |
| Puntualidad                            | ,446                             | 1,000       | ,479                                   | ,434                       | ,513                         |
| Claridad en la información profesional | ,357                             | ,479        | 1,000                                  | ,677                       | ,723                         |
| Amabilidad del profesional             | ,341                             | ,434        | ,677                                   | 1,000                      | ,734                         |
| Valoración global asistencia           | ,416                             | ,513        | ,723                                   | ,734                       | 1,000                        |

Entrando en los resultados de la Encuesta de Satisfacción del SESCAM, nos podemos remitir a la Ilustración 287 para recordar que la satisfacción con atención primaria entre los usuarios de este servicio en 2014 estaba entre el 8,74 del primer semestre y el 8,60 del segundo. Estos resultados son concordantes con los analizados previamente del Barómetro Sanitario.

En la Ilustración 305 vemos como los ítems relacionados con la calidad de las relaciones interpersonales médico-paciente, que anteriormente identificamos como muy importantes dentro de una visión integral de la calidad, son las que destacan con unos niveles mayores de satisfacción entre los usuarios de atención primaria. Así, la puntuación en claridad con la información proporcionada está en 8,8 y 8,6, y la variable amabilidad está en 8,9 y 8,7.

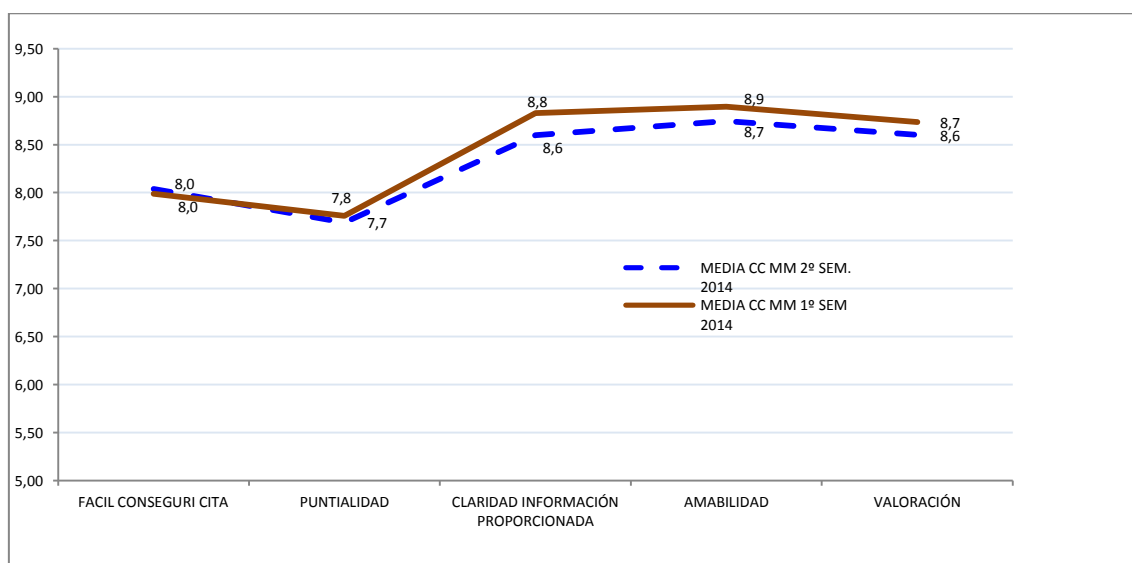


**Ilustración 305: Valoración por los encuestados de diversos aspectos de la calidad de las consultas en atención primaria. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014**

Respecto a si la atención recibida está por encima o no de las expectativas, el porcentaje de los que consideran que la atención ha sido mucho mejor o mejor de lo esperado es de un 34% en el primer semestre y un 36% en el segundo. Los resultados son radicalmente distintos de los que se reflejan en el Barómetro Sanitario, como pudimos ver en la Ilustración 301.

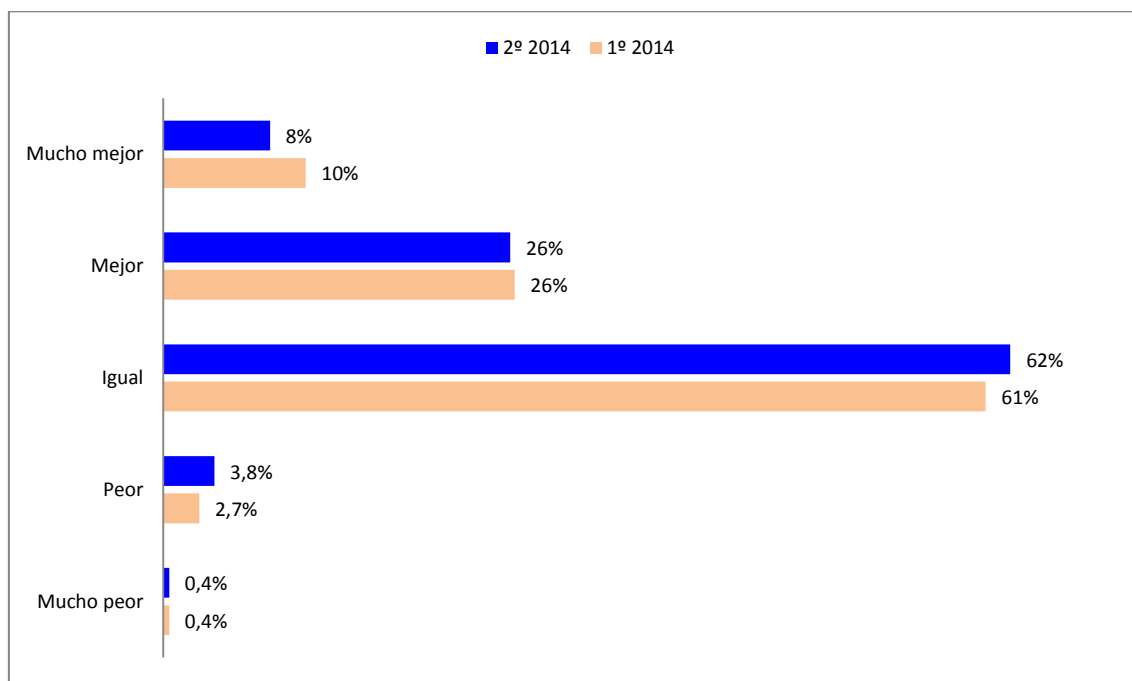


**Ilustración 306: Valoración por los encuestados de la calidad de las consultas en atención primaria respecto de lo esperado. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014**

A los pacientes que manifestaban que la atención había sido peor de lo esperado, un 3,8% el primer semestre y un 2,7% el segundo semestre, se les preguntó la causa. Las respuestas de este grupo minoritario de pacientes se centran en el trato personal.

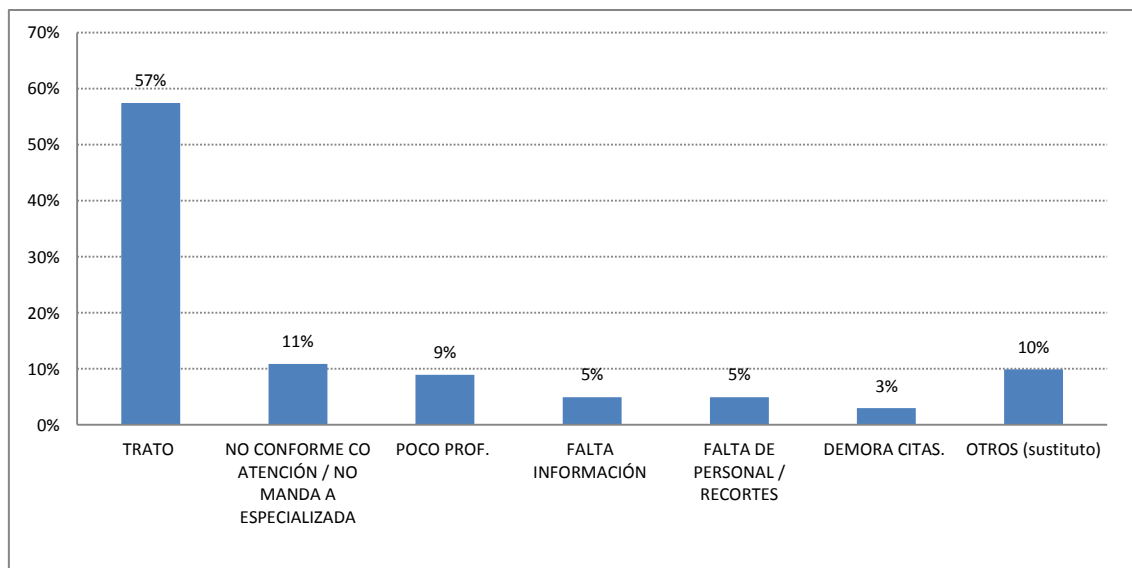


**Ilustración 307: Motivos por los que las personas que han manifestado recibir una atención peor de lo esperado en atención primaria que les han hecho tener esa opinión. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014**

Podemos ver cómo, analizando los resultados de la encuesta correspondiente al primer semestre, observamos un cierto sesgo de edad en la valoración dada a la asistencia. Hemos agrupado los intervalos de puntuación hasta el 6, para poder visualizar mejor los resultados:

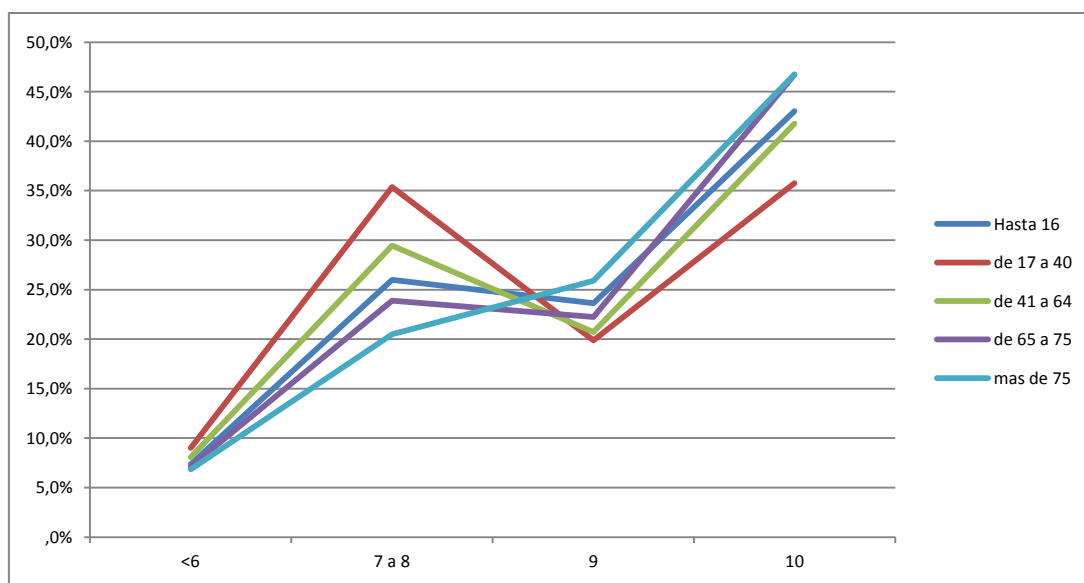


**Ilustración 308: Porcentaje de puntuaciones por tramos y tramos de edad respecto a la satisfacción global con la asistencia. Encuesta de satisfacción del SESCAM primer semestre 2014.**

Así, los pacientes jóvenes y los maduros, tienden a ser algo más exigentes en la puntuación global que los padres de niños atendidos o las personas de edad más avanzada.

En la Ilustración 309 podemos ver la existencia de diferencias en las pautas de percepción de la satisfacción de expectativas por tramos de edad en la encuesta correspondiente al primer semestre.



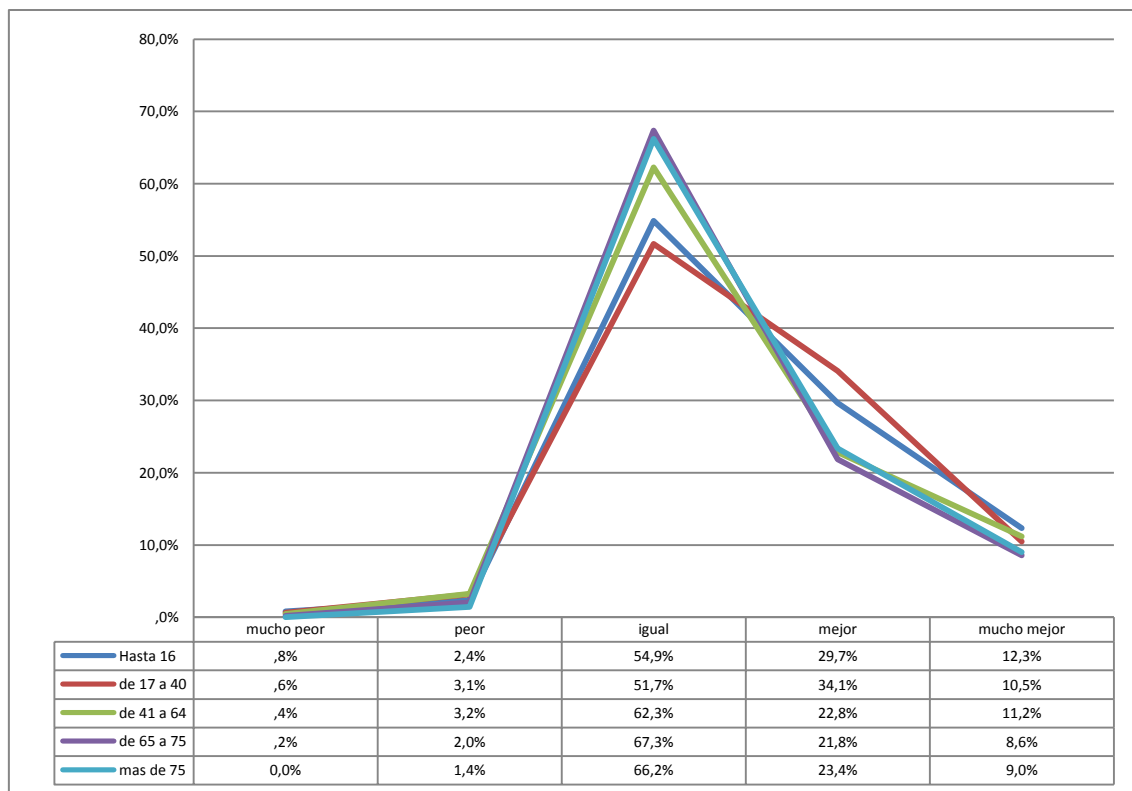


**Ilustración 309: Puntuaciones en satisfacción de expectativas por el servicio recibido por tramos de edad**  
Encuesta de satisfacción del SESCAM primer semestre 2014.

## 28.5 Satisfacción de pacientes en consultas de atención especializada

En el Barómetro Sanitario 2014 Castilla-La Mancha es de las comunidades con mayor índice de satisfacción en consultas de atención especializada, con un 88,0% de satisfacción, solo por debajo de Navarra y Murcia. Canarias es la comunidad con menor satisfacción en esta variable.

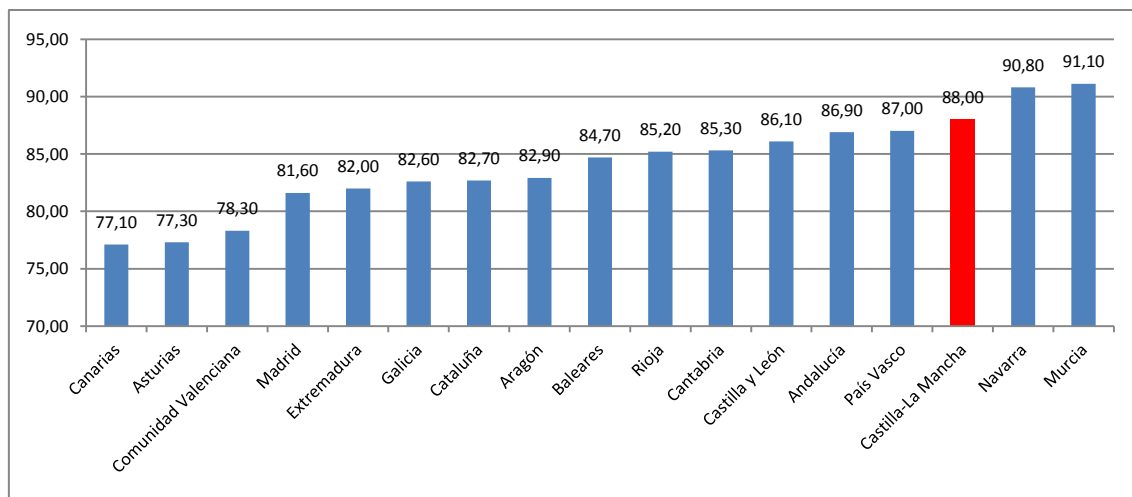


**Ilustración 310: Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en consultas externas de atención especializada. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

En cuanto a la evolución de este indicador, podemos ver cómo el conjunto de España mantiene una tendencia estable con una ligera subida continuada en el tiempo. Castilla-La Mancha crece más de la media desde 2012.

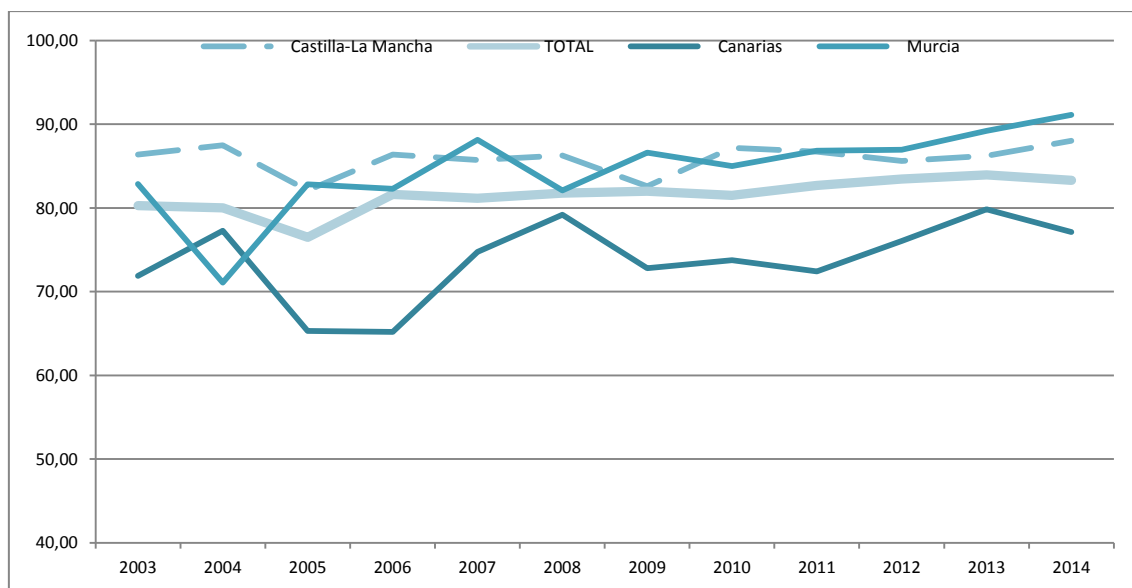


**Ilustración 311: Evolución del porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en consultas externas de atención especializada en Castilla-La Mancha, Canarias, Murcia y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Respecto al cumplimiento o la superación de las expectativas planteadas, el Barómetro Sanitario nos dice que la opinión de la población sitúa en un 25,1% el porcentaje de ciudadanos de esta región que consideran que la atención recibida en consultas externas hospitalarias ha sido mejor o mucho mejor de la esperada. Esta cifra está en la parte baja del conjunto de comunidades, de forma similar aunque no tan acusada a como ocurría en atención primaria.

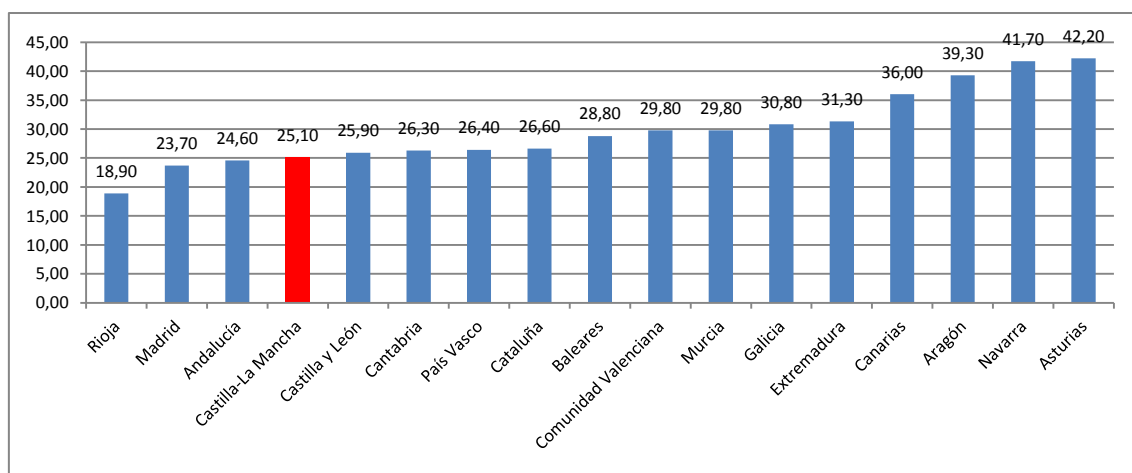


**Ilustración 312:** Porcentaje de encuestados que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba en consultas externas de atención especializada. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad

Respecto a la evolución de este indicador, en Castilla-La Mancha se muestra estable desde 2012, muy similar a la media nacional, por encima de los valores que ha dado la región desde 2008, y con una ligera tendencia a la baja.

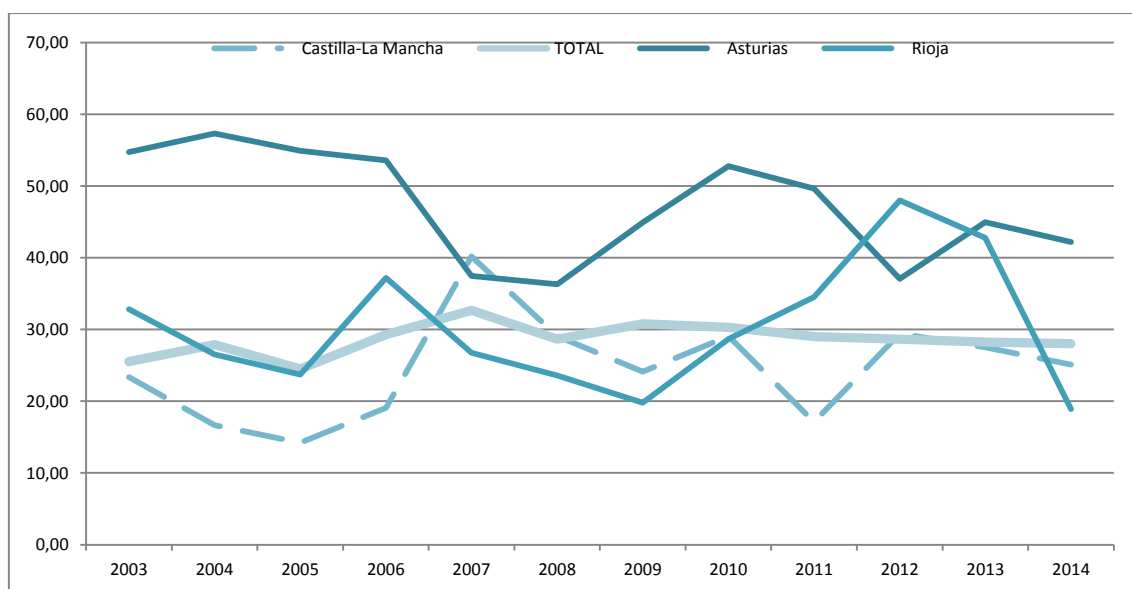


**Ilustración 313:** Evolución del porcentaje de encuestados que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba en consultas externas de atención especializada en Castilla-La Mancha, Asturias, La Rioja y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad

La encuesta de satisfacción de pacientes en consultas externas de atención especializada para el SESCAM en 2014 se compone de dos oleadas semestrales. La primera oleada, correspondiente a febrero 2014, se compone de 1,261 encuestas. Podemos ver cómo los resultados no se agolpan tanto en los valores máximos como en la encuesta de atención primaria.

Para medir la fiabilidad de la encuesta aplicamos el alfa de Cronbach, y obtenemos un valor de 0,832 y de 0,843 para los elementos tipificados, lo que nos dice que la escala es fiable.

**Tabla 123: Estadísticos descriptivos respecto a las variables cuantitativas en la encuesta de satisfacción de consultas externas de atención especializada del SESCAM del primer semestre de 2014**

|                         |          | Estadísticos |             |             |             |           |
|-------------------------|----------|--------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
|                         |          | TRAMITESCITA | PUNTUALIDAD | CLARIDADMED | TRATOPROFES | VALGLOBAL |
| N                       | Válidos  | 1261         | 1261        | 1261        | 1261        | 1261      |
|                         | Perdidos | 0            | 0           | 0           | 0           | 0         |
| Media                   |          | 7,78         | 7,73        | 8,52        | 8,82        | 8,54      |
| Mediana                 |          | 8,00         | 8,00        | 9,00        | 9,00        | 9,00      |
| Moda                    |          | 10           | 8           | 10          | 10          | 10        |
| Desv. típ.              |          | 2,065        | 2,137       | 1,904       | 1,646       | 1,671     |
| Varianza                |          | 4,265        | 4,568       | 3,624       | 2,710       | 2,792     |
| Asimetría               |          | -1,115       | -1,138      | -1,895      | -2,116      | -1,680    |
| Error típ. de asimetría |          | ,069         | ,069        | ,069        | ,069        | ,069      |
| Curtosis                |          | 1,179        | 1,043       | 4,088       | 5,731       | 3,880     |
| Error típ. de curtosis  |          | ,138         | ,138        | ,138        | ,138        | ,138      |
| 25                      |          | 7,00         | 7,00        | 8,00        | 8,00        | 8,00      |
| Percentiles 50          |          | 8,00         | 8,00        | 9,00        | 9,00        | 9,00      |
| 75                      |          | 10,00        | 9,00        | 10,00       | 10,00       | 10,00     |

Si analizamos la matriz de correlaciones inter-elementos, tenemos que las variables que más se correlacionan con la valoración global de la asistencia son la claridad de la información recibida (correlación de 0,741) y la amabilidad del profesional (correlación de 0,764). Al igual que en atención primaria, y con algo más de intensidad, vemos como la calidad en las relaciones interpersonales entre el profesional sanitario y el paciente es altamente valorada por los pacientes como un elemento fundamental en la satisfacción por la asistencia.

**Tabla 124: Tabla de correlaciones interelementos para las variables cuantitativas de la encuesta de satisfacción de pacientes en consultas de atención especializada del SESCAM en el primer semestre de 2014**

| Matriz de correlaciones inter-elementos |              |             |             |             |           |
|-----------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
|                                         | TRAMITESCITA | PUNTUALIDAD | CLARIDADMED | TRATOPROFES | VALGLOBAL |
| TRAMITESCITA                            | 1,000        | ,419        | ,409        | ,352        | ,443      |
| PUNTUALIDAD                             | ,419         | 1,000       | ,422        | ,421        | ,540      |
| CLARIDADMED                             | ,409         | ,422        | 1,000       | ,669        | ,741      |
| TRATOPROFES                             | ,352         | ,421        | ,669        | 1,000       | ,764      |
| VALGLOBAL                               | ,443         | ,540        | ,741        | ,764        | 1,000     |

Para el segundo semestre, con 841 encuestas en consultas externas hospitalarias, tenemos un Alfa de Cronbach de 0,905 y de 0,906 con los elementos tipificados, lo que nos da unos resultados incluso de mejor fiabilidad. Se confirma igualmente el peso de las variables relacionales con el profesional sanitario como el principal determinante de la satisfacción global, con unas correlaciones de de las variables de este tipo con la satisfacción global.

Entrando en la Encuesta de Satisfacción del SESCAM 2014, la valoración de los usuarios de la atención recibida en consultas de especializada se subdivide en varios ítems, como podemos ver a continuación.

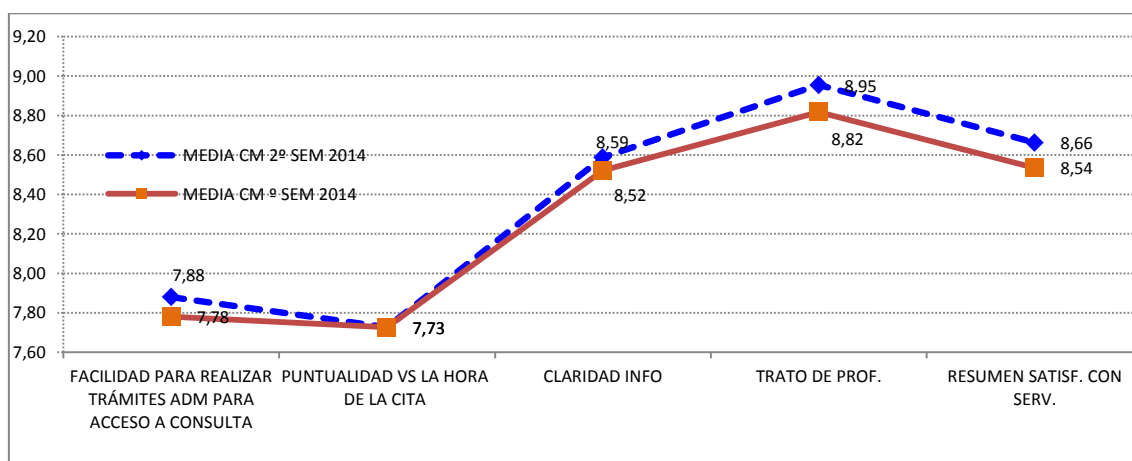


**Ilustración 314: Valoración de las consultas de atención especializada por los usuarios del SESCAM. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014**

Destaca de nuevo la excelente valoración que tienen los ítems relacionados con las relaciones interpersonales entre el médico y el paciente.

En cuanto a la relación entre atención recibida y las expectativas de servicio que se tenían, el resultado es el que nos muestra la Ilustración 315. El porcentaje de los pacientes del SESCAM que consideran que la atención ha sido mejor o mucho mejor a lo esperado era del 48% en el primer semestre y del 45% en el segundo. También unos valores mucho más altos que los del Barómetro Sanitario, tal y como ocurría en atención primaria.

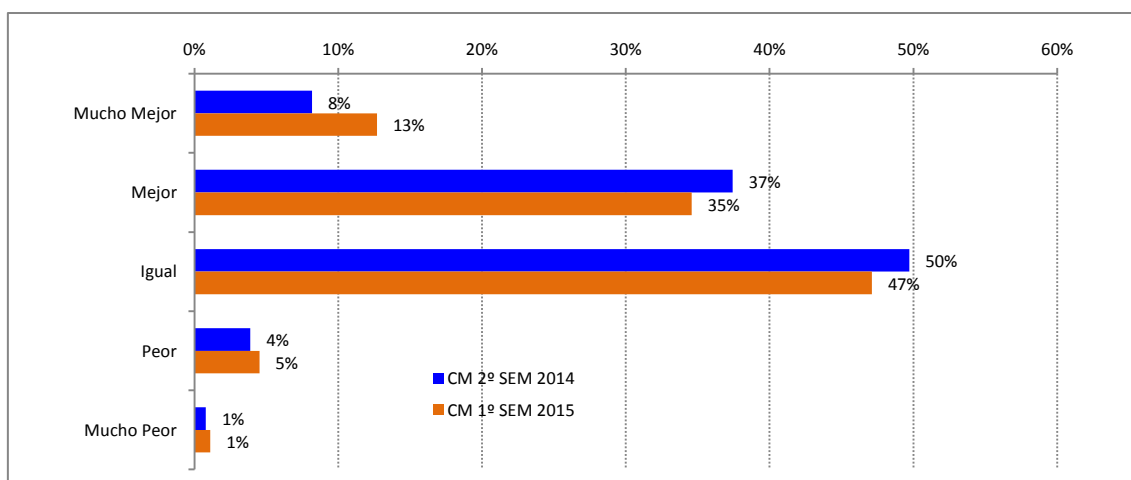


**Ilustración 315:** Valoración por los encuestados de la calidad de las consultas en atención especializada respecto de lo esperado. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCOAM 2014

Respecto al tiempo transcurrido entre la inclusión en lista de espera y la atención en el hospital, un 72% en el primer semestre y un 69% en el segundo consideraban que este había sido razonable o corto

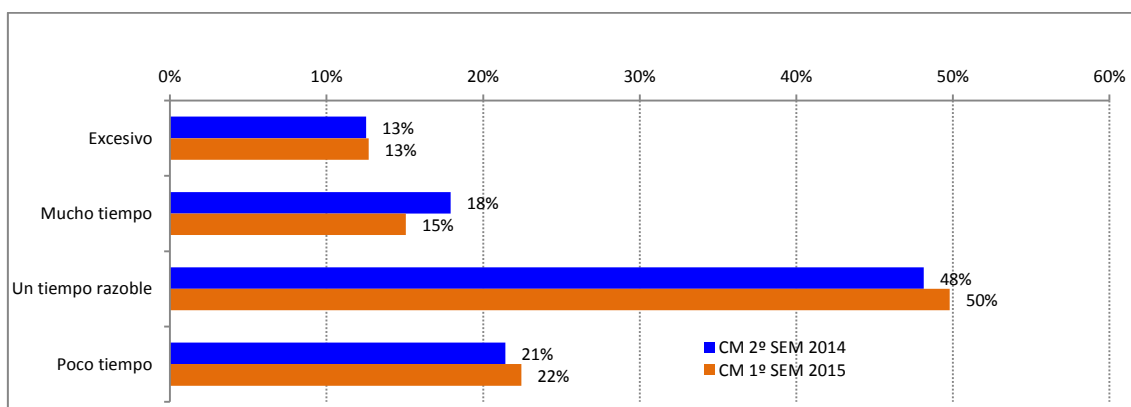


**Ilustración 316:** Valoración por los usuarios del tiempo transcurrido desde la inclusión en lista de espera hasta la atención en consultas externas de atención especializada. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCOAM 2014

## 28.6 Satisfacción de los pacientes con la atención en hospitalización

De acuerdo con el Barómetro Sanitario de 2014, el porcentaje de satisfacción global con la hospitalización estaba en el 81,7% de los encuestados. Es una cifra muy cercana al resto de comunidades autónomas, aunque globalmente en la parte media-baja, por encima de Cataluña, Andalucía y Madrid. Sorprende el porcentaje de Cantabria del 100% de satisfacción.

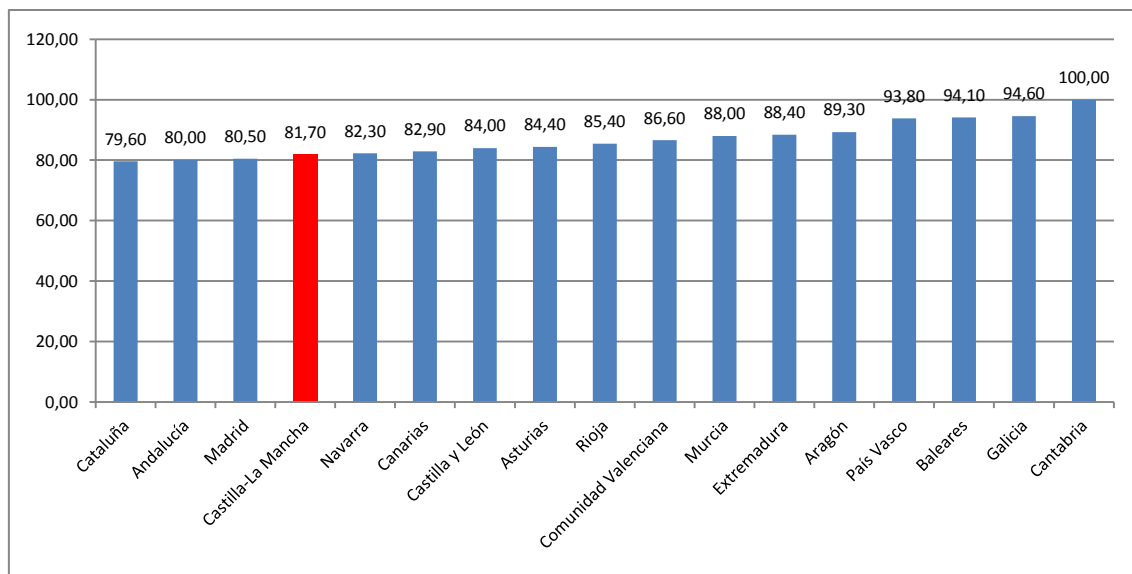


**Ilustración 317: Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en hospitalización. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Si vemos la evolución del indicador, los porcentajes de satisfacción son altos con pequeñas oscilaciones en el tiempo en todas las comunidades. Por ejemplo, en 2013 la satisfacción de Castilla-La Mancha estaba por encima de la de Cantabria.

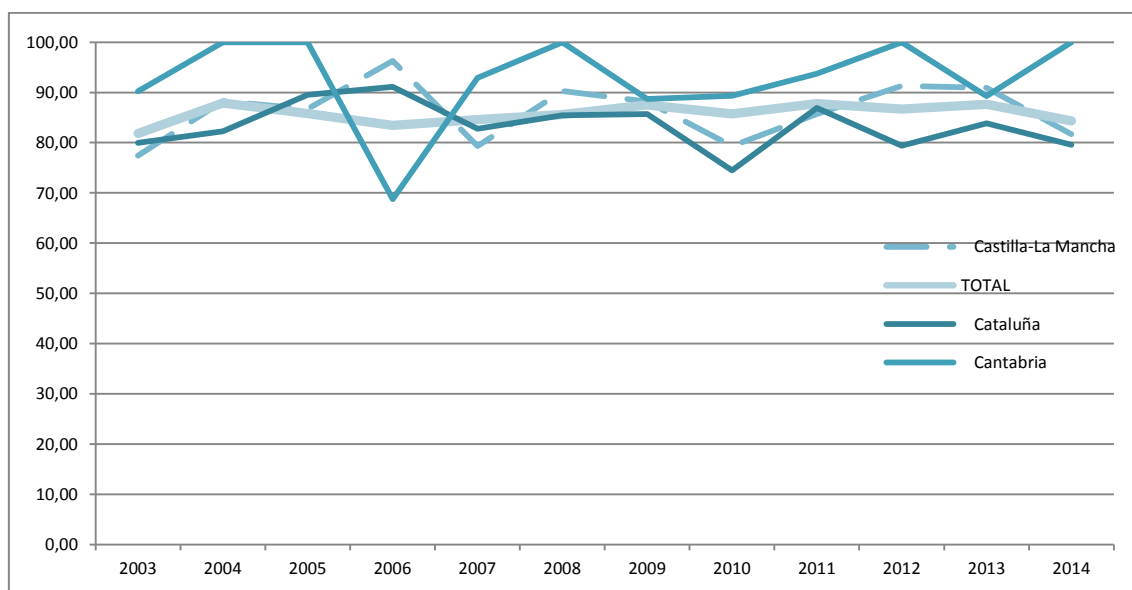


**Ilustración 318: Evolución del porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en hospitalización en Castilla-La Mancha, Cataluña, Cantabria y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

En cuanto a la relación entre expectativas y servicio recibido, Castilla-La Mancha se sitúa en una posición intermedia, con un 42,3% de encuestados que opinan que el servicio recibido ha sido mejor o mucho mejor de lo esperado.

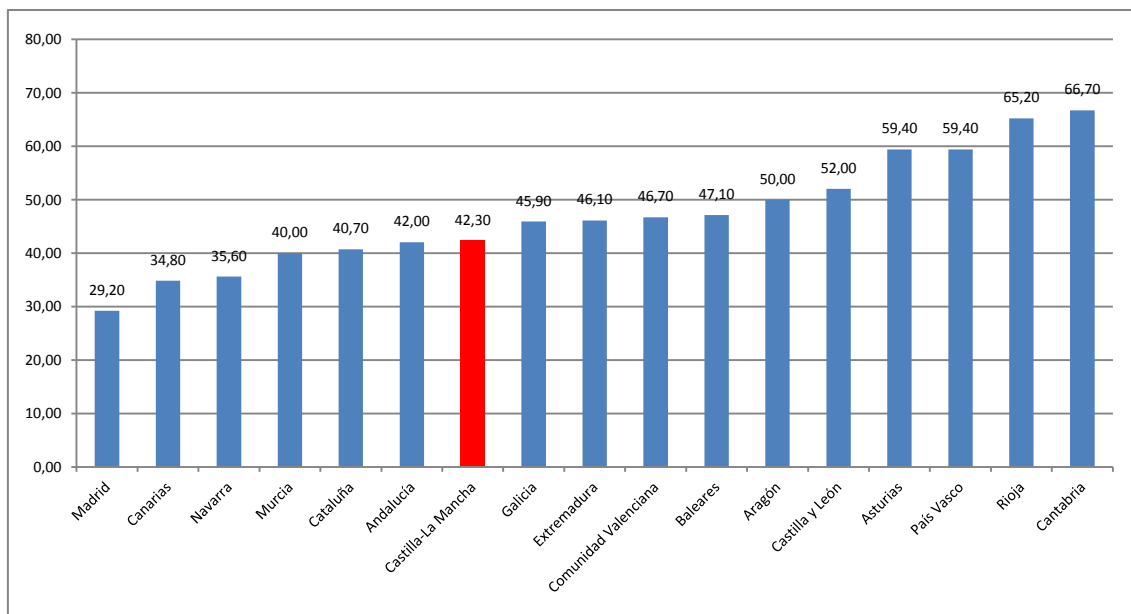


**Ilustración 319:** Porcentaje de encuestados que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba en hospitalización. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad

Este indicador mantiene una gran estabilidad en el tiempo en la media nacional y una alta volatilidad en las regiones analizadas. El valor de Castilla-La Mancha se mantiene en la media nacional, aunque ha descendido desde 2012, año en que alcanzó su máximo valor. Habría que pensar que las muestras son muy pequeñas a nivel regional, dado que a esta pregunta se supone que contestan los ciudadanos que manifiestan haber sido ingresados en el periodo respecto a los entrevistados.

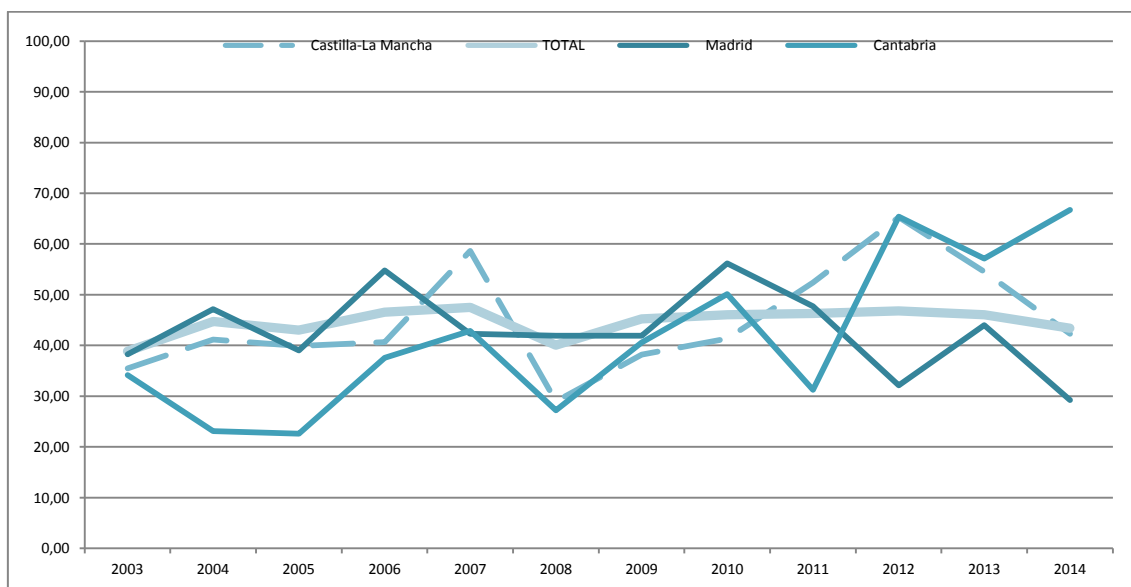


**Ilustración 320:** Evolución del porcentaje de encuestados que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba en consultas externas de atención especializada en Castilla-La Mancha, Madrid, Cantabria y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad



En el barómetro sanitario también se pregunta por el grado de satisfacción respecto al tiempo de demora en ingresos no urgentes. Castilla-La Mancha se sitúa en una posición media-alta, con 5,02 puntos. El mejor resultado es el de La Rioja y el peor el de Cantabria.

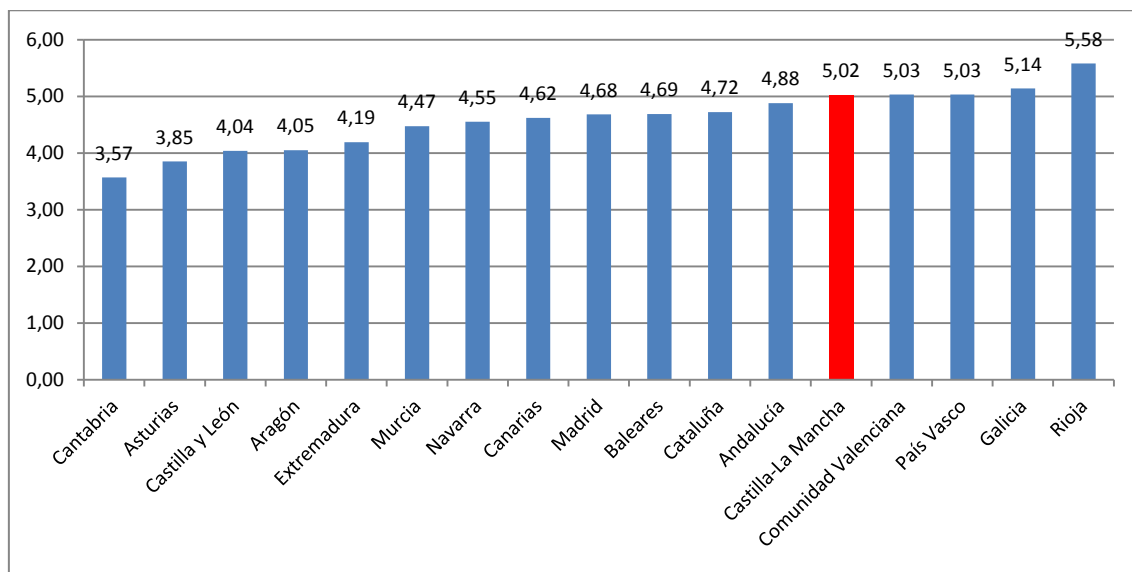


**Ilustración 321: Valoración por los encuestados sobre los tiempos de espera para ser ingresado en ingresos no urgentes. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

Respecto a la evolución del indicador, se observa un leve ascenso continuado en la media nacional, y un suave descenso en Castilla-La Mancha respecto al valor en 2012.

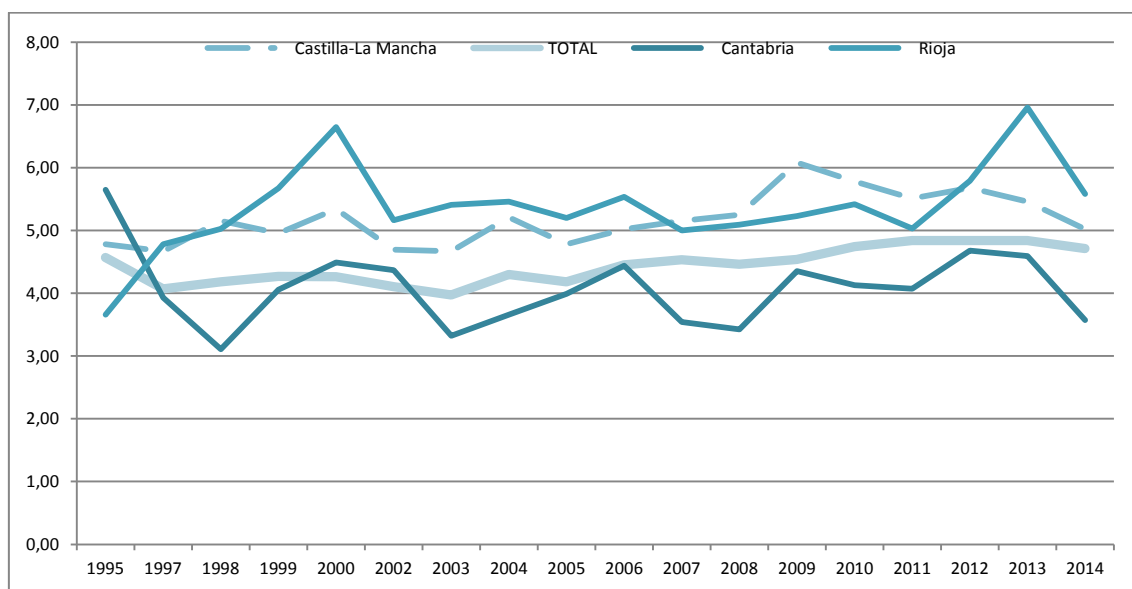


**Ilustración 322: Evolución de la valoración por los encuestados sobre los tiempos de espera para ser ingresado en ingresos no urgentes en Castilla-La Mancha, Cantabria, La Rioja y el total nacional. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

La encuesta de satisfacción de pacientes en hospitalización para el SESCAM en 2014 consta de dos oleadas semestrales. La primera oleada, correspondiente a febrero 2014, se compone de 841 encuestas. En la Tabla 125 vemos sus correspondientes estadísticos descriptivos.

**Tabla 125: Estadísticos descriptivos respecto a las variables cuantitativas en la encuesta de satisfacción de hospitalización del SESCAM en el primer semestre de 2014**

| Estadísticos            |              |             |             |              |          |          |            |              |          |             |            |           |
|-------------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|----------|----------|------------|--------------|----------|-------------|------------|-----------|
|                         | TRAMITESINGR | UTLINFOINGR | UTLINFOALTA | SATISFGLOBAL | TRATOMED | TRATOENF | TRATORESTO | ROPACAMALENC | LIMPIEZA | MANUTENCION | ESTADOINST | COMODIDAD |
| N                       | 841          | 841         | 841         | 841          | 841      | 841      | 841        | 841          | 841      | 841         | 841        | 841       |
| Válidos                 | 841          | 841         | 841         | 841          | 841      | 841      | 841        | 841          | 841      | 841         | 841        | 841       |
| Perdidos                | 0            | 0           | 0           | 0            | 0        | 0        | 0          | 0            | 0        | 0           | 0          | 0         |
| Media                   | 8,49         | 8,37        | 8,47        | 8,64         | 9,11     | 8,86     | 8,86       | 7,84         | 8,16     | 7,85        | 7,95       | 8,31      |
| Mediana                 | 9,00         | 9,00        | 9,00        | 9,00         | 10,00    | 10,00    | 9,00       | 8,00         | 8,00     | 8,00        | 8,00       | 9,00      |
| Moda                    | 10           | 10          | 10          | 10           | 10       | 10       | 10         | 10           | 10       | 10          | 10         | 10        |
| Desv. típ.              | 1,690        | 1,790       | 1,775       | 1,636        | 1,408    | 1,639    | 1,481      | 2,182        | 1,875    | 2,137       | 1,903      | 1,812     |
| Varianza                | 2,855        | 3,204       | 3,150       | 2,676        | 1,983    | 2,685    | 2,193      | 4,763        | 3,517    | 4,567       | 3,622      | 3,285     |
| Asimetría               | -1,639       | -1,643      | -1,677      | -1,889       | -2,391   | -1,974   | -1,799     | -1,141       | -1,177   | -1,064      | -,960      | 1,303     |
| Error típ. de asimetría | ,084         | ,084        | ,084        | ,084         | ,084     | ,084     | ,084       | ,084         | ,084     | ,084        | ,084       | ,084      |
| Curtosis                | 3,773        | 3,574       | 3,533       | 4,767        | 7,670    | 4,534    | 4,428      | 1,005        | 1,426    | ,875        | ,779       | 1,855     |
| Error típ. de curtosis  | ,168         | ,168        | ,168        | ,168         | ,168     | ,168     | ,168       | ,168         | ,168     | ,168        | ,168       | ,168      |
| Percentiles             |              |             |             |              |          |          |            |              |          |             |            |           |
| 25                      | 8,00         | 8,00        | 8,00        | 8,00         | 9,00     | 8,00     | 8,00       | 7,00         | 7,00     | 7,00        | 7,00       | 7,00      |
| 50                      | 9,00         | 9,00        | 9,00        | 9,00         | 10,00    | 10,00    | 9,00       | 8,00         | 8,00     | 8,00        | 8,00       | 9,00      |
| 75                      | 10,00        | 10,00       | 10,00       | 10,00        | 10,00    | 10,00    | 10,00      | 10,00        | 10,00    | 10,00       | 10,00      | 10,00     |

Para medir la fiabilidad de la encuesta aplicamos el alfa de Cronbach, y obtenemos un valor de 0,891 y de 0,894 para los elementos tipificados, lo que nos dice que la escala es fiable.

Si analizamos la matriz de correlaciones inter-elementos, tenemos que las variables están menos concentradas en sus correlaciones con la satisfacción global, variable que no responde de manera diferencial respecto de alguna de ellas en especial. Las variables con más correlación con la satisfacción global son las relacionadas con la utilidad de la información recibida (0,481), tanto al ingreso como al alta(0,583). También destacan de forma somera las variables de trato del personal médico (0,497) y de enfermería (0,481). Al igual que en atención primaria y consultas externas, vemos como la calidad en las relaciones interpersonales entre el profesional sanitario y el paciente es altamente valorada por los pacientes como un elemento relevante en la satisfacción por la asistencia.

**Tabla 126: Tabla de correlaciones interelementos para las variables cuantitativas de la encuesta de satisfacción de pacientes en hospitalización del SESCAM en el primer semestre de 2014**

| Matriz de correlaciones inter-elementos |              |              |              |              |          |          |            |              |          |             |            |                   |
|-----------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------|----------|------------|--------------|----------|-------------|------------|-------------------|
|                                         | TRAMITESINGR | UTILINFOINGR | UTILINFOALTA | SATISFGLOBAL | TRATOMED | TRATOENF | TRATORESTO | ROPACAMALENC | LIMPIEZA | MANUTENCION | ESTADOINST | COMODIDAD DURANTE |
| TRAMITESINGR                            | 1,000        | ,572         | ,437         | ,435         | ,363     | ,331     | ,376       | ,352         | ,374     | ,313        | ,369       | ,363              |
| UTILINFOINGR                            | ,572         | 1,000        | ,587         | ,541         | ,457     | ,396     | ,466       | ,374         | ,387     | ,347        | ,385       | ,396              |
| UTILINFOALTA                            | ,437         | ,587         | 1,000        | ,583         | ,532     | ,343     | ,420       | ,311         | ,345     | ,301        | ,328       | ,367              |
| SATISFGLOBAL                            | ,435         | ,541         | ,583         | 1,000        | ,497     | ,480     | ,448       | ,380         | ,394     | ,314        | ,363       | ,435              |
| TRATOMED                                | ,363         | ,457         | ,532         | ,497         | 1,000    | ,479     | ,516       | ,259         | ,328     | ,239        | ,300       | ,330              |
| TRATOENF                                | ,331         | ,396         | ,343         | ,480         | ,479     | 1,000    | ,649       | ,281         | ,370     | ,303        | ,355       | ,387              |
| TRATORESTO                              | ,376         | ,466         | ,420         | ,448         | ,516     | ,649     | 1,000      | ,328         | ,410     | ,268        | ,375       | ,418              |
| ROPACAMALENC                            | ,352         | ,374         | ,311         | ,380         | ,259     | ,281     | ,328       | 1,000        | ,630     | ,401        | ,515       | ,506              |
| LIMPIEZA                                | ,374         | ,387         | ,345         | ,394         | ,328     | ,370     | ,410       | ,630         | 1,000    | ,470        | ,613       | ,538              |
| MANUTENCION                             | ,313         | ,347         | ,301         | ,314         | ,239     | ,303     | ,268       | ,401         | ,470     | 1,000       | ,446       | ,481              |
| ESTADOINST                              | ,369         | ,385         | ,328         | ,363         | ,300     | ,355     | ,375       | ,515         | ,613     | ,446        | 1,000      | ,652              |
| COMODIDAD                               |              |              |              |              |          |          |            |              |          |             |            |                   |
| DURANTE                                 | ,363         | ,396         | ,367         | ,435         | ,330     | ,387     | ,418       | ,506         | ,538     | ,481        | ,652       | 1,000             |
| ESTANCIA                                |              |              |              |              |          |          |            |              |          |             |            |                   |

Para el segundo semestre, con 841 encuestas en consultas externas hospitalarias, tenemos un Alfa de Cronbach de 0,828 y de 0,845 con los elementos tipificados, lo que nos da unos resultados muy similares. Se confirma igualmente el peso de las variables relacionales con el profesional sanitario como el principal determinante de la satisfacción global, con unas correlaciones de 0,61 y 0,62 de las variables relacionadas con la utilidad de la información y de 0,53 y 0,41 la correlación del trato de médicos y enfermeras respecto a la satisfacción global.

Si analizamos los datos de la Encuesta de Satisfacción de Pacientes del SESCAM, tenemos unos valores muy altos, tanto en la satisfacción global, que nos da 8,64 en el primer semestre y 8,62 en el segundo semestre, como en las distintas dimensiones de la hospitalización, tanto a nivel de procesos administrativos, como de relación interpersonal con médicos y enfermeras.

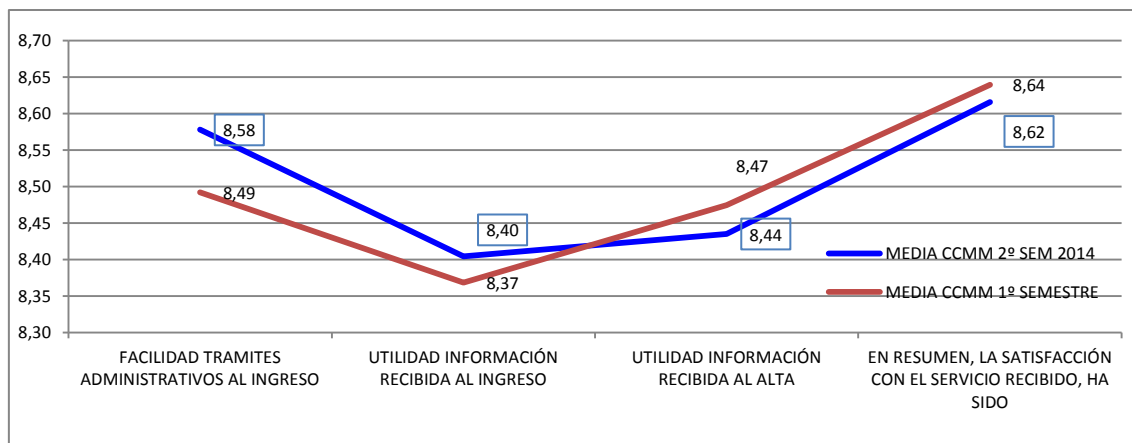


**Ilustración 323: Valoración de las consultas de atención especializada por los usuarios del SESCAM (I).** Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014

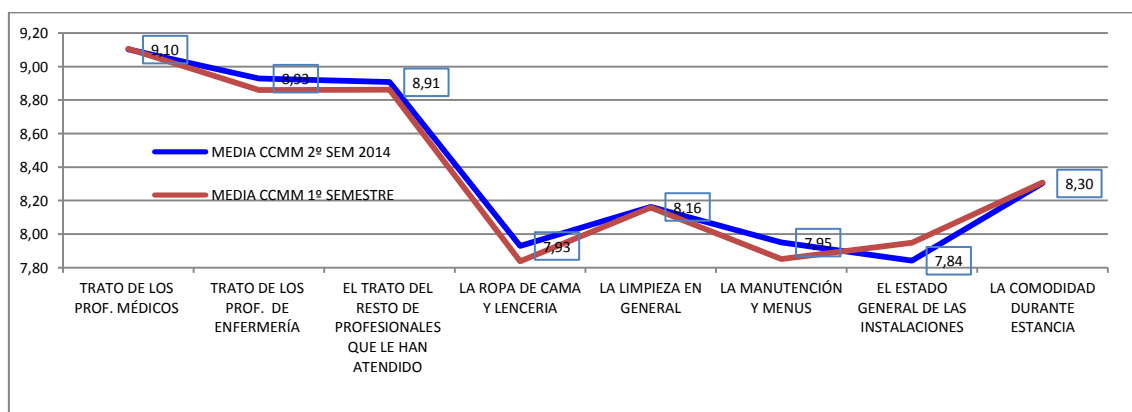


**Ilustración 324: Valoración de las consultas de atención especializada por los usuarios del SESCAM (II).** Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014

Los valores más altos se registran en el trato recibido por los profesionales, y los más bajos, aunque siempre en el entorno de 8 sobre 10 de satisfacción, los relativos a hostelería y estado de las instalaciones.

En cuanto al grado de superación de las expectativas con el servicio recibido, un 52% en el segundo semestre de 2014, o un 51% en el primer semestre, consideraban que el servicio recibido era mejor o mucho mejor a sus expectativas. De nuevo nos encontramos con cifras superiores a las indicadas por el Barómetro Sanitario.

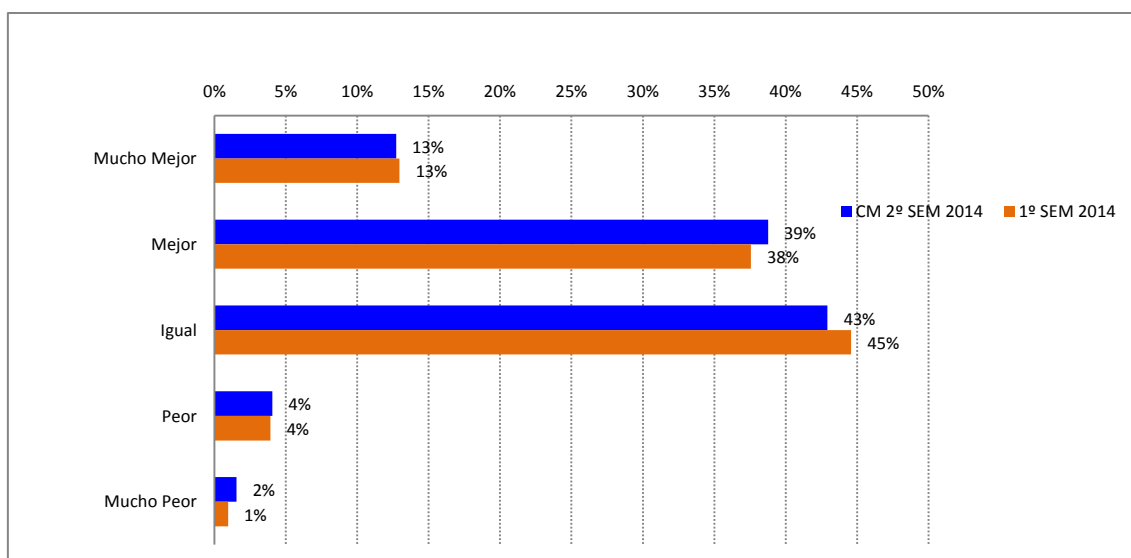


**Ilustración 325: Valoración por los encuestados de la calidad de la atención en hospitalización respecto de lo esperado. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014**

El tiempo entre la inclusión en lista de espera quirúrgica y la hospitalización es considerado como poco o razonable por un 75% en el primer semestre y por un 72% en el segundo semestre. Los datos también parecen ser mejores que lo que indica el barómetro sanitario.

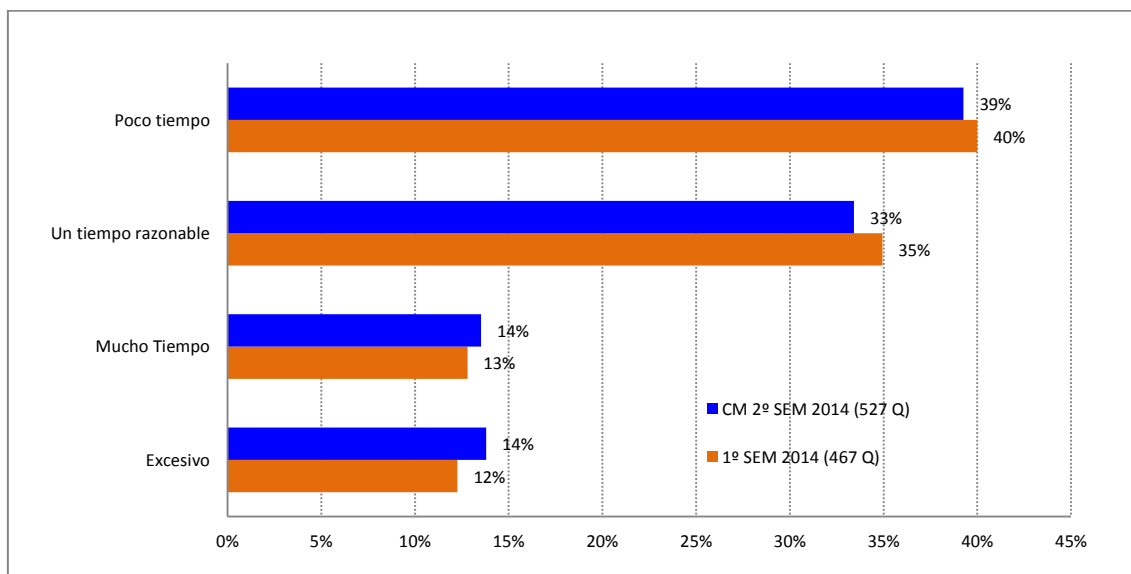


**Ilustración 326: Valoración por los usuarios del tiempo transcurrido desde la inclusión en lista de espera quirúrgica hasta la hospitalización. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014**

## 28.7 Satisfacción de los pacientes con la atención en urgencias

En el barómetro sanitario 2014 podemos ver cómo el porcentaje de encuestados que consideran como buena o muy buena la atención recibida es de un 81,3% en Castilla-La

Mancha, que queda en una posición intermedia en el grado de satisfacción en esta encuesta. La comunidad con mayor valoración en este aspecto es Aragón y la de menor valoración es Canarias.

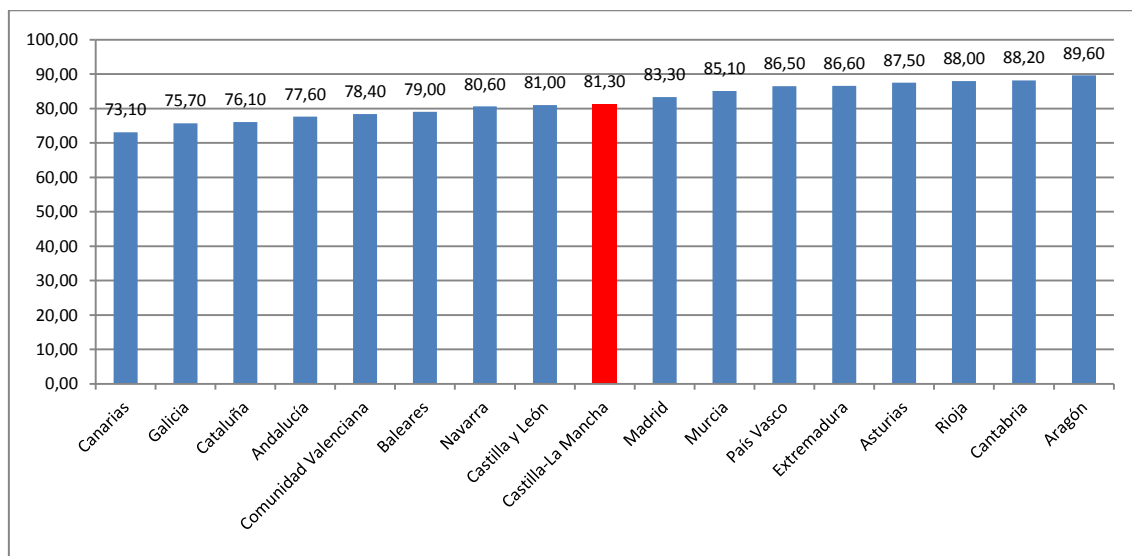


**Ilustración 327: Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en urgencias hospitalarias. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

En cuanto a la evolución del indicador, vemos que la media nacional está muy estable desde 2011. En Castilla-La Mancha también hay una alta estabilidad, con valores que oscilan periódicamente entre el 80 t el 85%. Se registra un leve descenso entre 2012 y 2014.

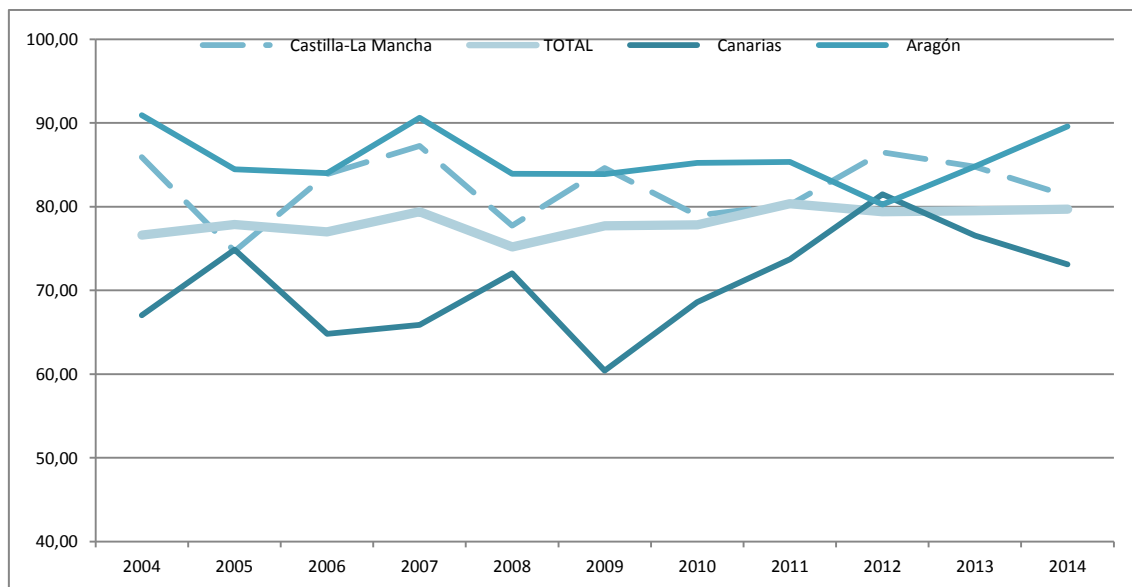


**Ilustración 328: Evolución del porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en urgencias hospitalarias en Castilla-La Mancha, Canarias, Aragón y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad**

La encuesta de satisfacción de pacientes en hospitalización para el SESCAM en 2014 consta de dos oleadas semestrales. La primera oleada, correspondiente a febrero 2014, se compone de 841 encuestas. En la Tabla 127 vemos sus correspondientes estadísticos descriptivos.

**Tabla 127: Estadísticos descriptivos respecto a las variables cuantitativas en la encuesta de satisfacción de urgencias hospitalarias del SESCAM en el primer semestre de 2014**

|                         |          | <b>Estadísticos</b> |            |                 |            |          |
|-------------------------|----------|---------------------|------------|-----------------|------------|----------|
|                         |          | TIEMPOHASTAATEN     | CALIDADREC | CLARIDADINFOMED | TRATOSANIT | INSTALAC |
| N                       | Válidos  | 1050                | 1050       | 1050            | 1050       | 1050     |
|                         | Perdidos | 0                   | 0          | 0               | 0          | 0        |
| Media                   |          | 7,06                | 8,12       | 8,20            | 8,47       | 7,46     |
| Mediana                 |          | 8,00                | 8,00       | 9,00            | 9,00       | 8,00     |
| Moda                    |          | 8                   | 10         | 10              | 10         | 10       |
| Desv. típ.              |          | 2,540               | 2,003      | 1,956           | 1,812      | 2,301    |
| Varianza                |          | 6,450               | 4,011      | 3,824           | 3,283      | 5,293    |
| Asimetría               |          | -,898               | -,1487     | -,1398          | -,1735     | -,979    |
| Error típ. de asimetría |          | ,075                | ,075       | ,075            | ,075       | ,075     |
| Curtosis                |          | ,048                | 2,353      | 2,032           | 3,590      | ,469     |
| Error típ. de curtosis  |          | ,151                | ,151       | ,151            | ,151       | ,151     |
| 25                      |          | 6,00                | 7,00       | 7,00            | 8,00       | 6,00     |
| Percentiles 50          |          | 8,00                | 8,00       | 9,00            | 9,00       | 8,00     |
| 75                      |          | 9,00                | 10,00      | 10,00           | 10,00      | 9,00     |

Para medir la fiabilidad de la encuesta aplicamos el alfa de Cronbach, y obtenemos un valor de 0,841 y de 0,852 para los elementos tipificados, lo que nos dice que la escala es fiable.

Si analizamos la matriz de correlaciones inter-elementos, las variables con más correlación con la satisfacción global son las relacionadas con la utilidad de la información médica (0,774), y el trato del personal sanitario (0,707). Al igual que en atención primaria, hospitalización y consultas externas, vemos como la calidad en las relaciones interpersonales entre el profesional sanitario y el paciente es altamente valorada por los pacientes como un elemento muy relevante en la satisfacción por la asistencia.

**Tabla 128: Tabla de correlaciones interelementos para las variables cuantitativas de la encuesta de satisfacción de pacientes en urgencias hospitalarias del SESCAM en el primer semestre de 2014**

| <b>Matriz de correlaciones inter-elementos</b> |                 |            |                 |            |          |
|------------------------------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|----------|
|                                                | TIEMPOHASTAATEN | CALIDADREC | CLARIDADINFOMED | TRATOSANIT | INSTALAC |
| TIEMPOHASTAATEN                                | 1,000           | ,561       | ,466            | ,467       | ,458     |
| CALIDADREC                                     | ,561            | 1,000      | ,774            | ,707       | ,435     |
| CLARIDADINFOMED                                | ,466            | ,774       | 1,000           | ,688       | ,394     |
| TRATOSANIT                                     | ,467            | ,707       | ,688            | 1,000      | ,406     |
| INSTALAC                                       | ,458            | ,435       | ,394            | ,406       | 1,000    |

Para el segundo semestre, con 1052 encuestas en consultas externas hospitalarias, tenemos un Alfa de Cronbach de 0,844 y de 0,849 con los elementos tipificados, lo que nos da unos resultados muy similares. Se confirma igualmente el peso de las variables relacionales con el profesional sanitario como el principal determinante de la satisfacción global, con unas correlaciones de 0,761 en la claridad de la información y de 0,728 en el trato del personal sanitario.

Entrando en los resultados de la Encuesta de satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 tenemos los siguientes resultados globales:

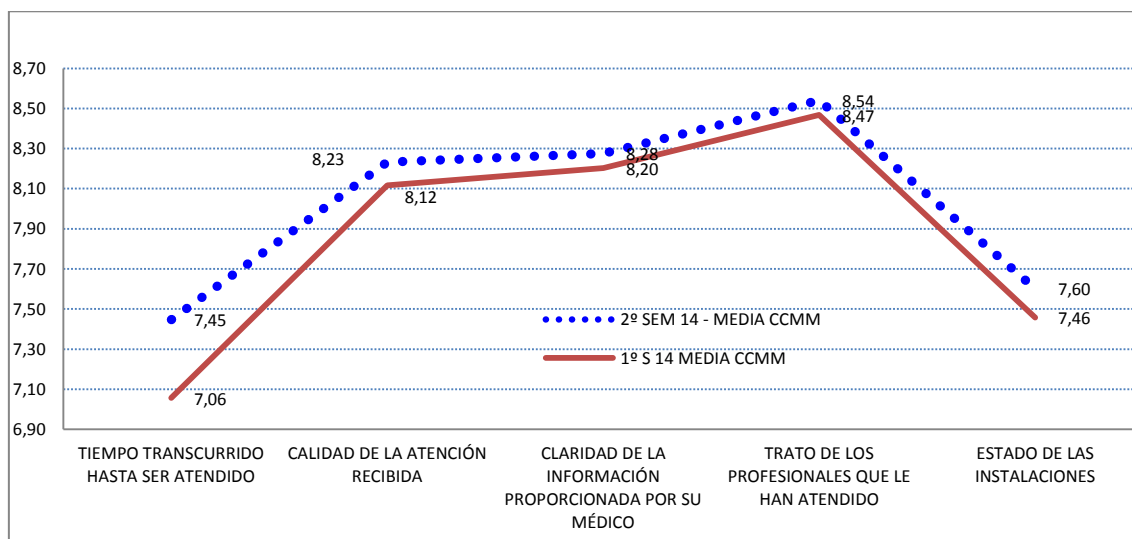


**Ilustración 329: Valoración de las urgencias hospitalarias por los usuarios del SESCAM. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014**

Siendo los resultados muy buenos, los mejores valores obtenidos están en la relación profesional-paciente, y los peores, estando en el entorno del 7,5 a 8 sobre 10, en el tiempo de atención y el estado de las instalaciones.

En cuanto al cumplimiento de las expectativas respecto al servicio recibido, un 40% en el primer trimestre y un 42% en el segundo consideran que el servicio recibido ha sido mejor o mucho mejor del esperado. Sólo un 7% considera haber recibido un servicio peor del esperado.



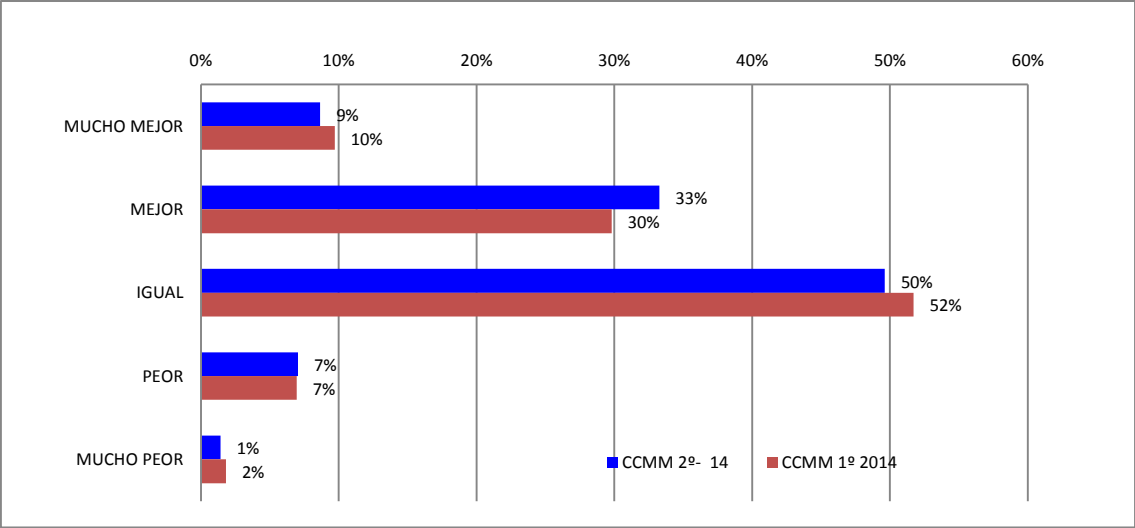


Ilustración 330: Valoración por los encuestados de la calidad de la atención en urgencias hospitalarias respecto de lo esperado. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014

## Capítulo IX: Medidas organizativas de cambio a largo plazo

---



En múltiples foros de debate se manifiesta la necesidad de realizar cambios organizativos profundos a la vez que se toman medidas más a corto plazo para sacar el sistema sanitario de la crisis. Las dos cosas son necesarias. Las medidas de gestión son imprescindibles, dado que sin ellas el sistema sanitario habría colapsado plenamente. Los cambios organizativos profundos lo son igualmente, pero el propio coste político y la estéril confrontación que de forma irresponsable han realizado los políticos con las políticas de eficiencia en el marco sanitario, han creado de nuevo un fuerte miedo al cambio entre los decisores políticos. Es un hecho grave, dado que sin cambios en profundidad, nada impedirá que en unos años volvamos a una situación como la descrita, o peor. Quaglio et al (Quaglio, Karapiperis, Van Woensel, Arnold, & McDaid, 2013) entienden que la crisis económica puede ser una oportunidad para realizar reformas en el sistema. Estas irían encaminadas a conseguir un papel más activo de los profesionales sanitarios en reducir actividad inadecuada. Por otra, habría que recuperar y potenciar la inversión en salud pública y en prevención. Reivindican el papel del sistema sanitario como motor de riqueza en una sociedad. Müller (MÜLLER, 2013) analiza los retos de España y expresa su opinión sobre las políticas públicas a fortalecer para los próximos años. Señala que uno de nuestros grandes defectos como país es la falta de evaluación sólida de las políticas públicas.

La AES, en su documento de recomendaciones para salir de la crisis (AES, 2012b), establece la necesidad de controlar el gasto público y de salir de la espiral de crecimiento de la década de 2001-10. Se muestra igualmente reacia a los recortes indiscriminados, y establece una serie de recomendaciones de acción, que son las siguientes:

- Fomentar la financiación selectiva de prestaciones en función de la efectividad clínica de las mismas
- Desinvertir en tecnologías o procedimientos de los que hay evidencia que no generan salud
- Crear una agencia evaluadora a nivel nacional
- Introducir criterios de prioridad clínica y de transparencia en la gestión de las listas de espera
- Reformar el sistema de copagos entonces vigente, eliminando la discriminación que existía de los activos frente a los pensionistas
- Fomentar la retribución variable
- Impulsar el pago por resultados de forma que fomente la efectividad y la integración clínica
- Potenciar las políticas preventivas y de salud pública
- Fomentar reformas que impulsen las agrupaciones de profesionales en atención primaria
- Poner el foco en los pacientes frágiles y terminales
- Reformar el gobierno del SNS, dando el peso que le corresponden a los Servicios Regionales de Salud, como artífices de consensos imposibles a otros niveles más políticos
- Profesionalizar la gestión mediante concursos competitivos y evaluaciones del desempeño de los directivos
- Aumentar la transparencia en la gestión y respecto a los resultados clínicos

- Evaluar el funcionamiento de los centros en colaboración público-privada
- Fomentar la ejemplaridad y evitar conflictos de intereses

Se trata de una agenda compleja, fruto del consenso de los miembros del grupo que la redactó, pero que sería interesante se pudiera culminar en los distintos servicios regionales de salud. Algunas de las recomendaciones, la mayoría de ellas, corresponden a decisiones de gobierno del Sistema Nacional de Salud, que exceden el ámbito de un servicio de salud, y que se han echado en falta en los últimos años.

El Consejo General de Colegios Médicos (Consejo general de colegios de medicos, 2013) defiende un gran acuerdo político por la sanidad, en el que se plantearía la despolitización partidaria de la sanidad, recomponer el consenso de la sociedad sobre el Sistema Nacional de Salud, revisar la cartera de servicios eliminando prácticas poco efectivas, mejorar el sistema de financiación regional, y promover el buen gobierno del sistema, creando estructuras profesionales fuera de la contienda política, creación de una agencia estatal que agrupe a los sistemas regionales de salud, evaluación de tecnologías y financiación selectiva en función de la aportación que estas tengan hacia el paciente, transparencia en los resultados, y reforma de la retribución potenciándose la retribución variable. Apuestan firmemente por la gestión clínica. Oliva (Oliva et al., 2013) aboga por un gran pacto para la salud para asegurar la viabilidad de nuestro sistema sanitario público. Respecto a los copagos, entiende que deben de implantarse sin que afecten a la equidad en el acceso al sistema y que existan límites globales de aportación. Apuesta por la integración de niveles asistenciales y por el pago por resultados globales en salud, aumentándose igualmente la transparencia en resultados. El reto de los pacientes crónicos requiere una mayor coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios. Un tema clave es el de la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo de estrategias eficaces y eficientes de prevención primaria y secundaria. Respecto a la gestión de centros sanitarios, apuesta por la síntesis de las ventajas de cada sistema, y por la implantación de sistemas de incentivos eficaces que muevan a todos los actores a proporcionar buenos resultados en salud. Respecto a la gobernanza del sistema, además por el fomento de los valores tradicionales, apuestan por la transparencia, la participación y la rendición de cuentas. Entiende que este es un plazo clave para aumentar la complicitad de los profesionales sanitarios con su organización. Portella (Portella, 2011) enfatiza la necesidad de distinguir entre los ajustes sobre el sistema sanitario de las iniciativas para realizar reformas sobre el mismo. Se centra en aspectos como el debate sobre el copago, sobre la financiación sanitaria, y sobre el modelo de gestión de los centros sanitarios. El informe de Antares Consulting en 2010 (Gil, Alvarez, & Portella, 2010) sobre sostenibilidad del sistema sanitario, plantea un conjunto de medidas estructurales para abordar la sostenibilidad a medio plazo del sistema. Salvo el cambio en los copagos farmacéuticos, implantado con éxito con el Real Decreto 16/2012, el resto de medidas no han florecido en forma de cambios legales o normativos, y sólo en el ámbito de las iniciativas de algunas comunidades autónomas, que en parte quedarán cercenadas una vez se han producido cambios políticos en una parte importante de ellas.

Kaplan y Porter (Kaplan & Porter, 2011) advierten de los enormes costes económicos del sistema sanitario americano, que gasta un 17% del PIB de Estados Unidos. Opinan que hay un

problema de enfoque en el abordaje de estos costes. Entienden que el proveedor individual de servicios no tiene información suficiente para afrontar medidas de mejora de la eficiencia, y defienden la necesidad de avanzar en medidas adecuadas de los costes individuales de los pacientes para compararlas con los resultados individuales obtenidos. Orentlicher (Orentlicher, 2011) advierte de la alarma que crea en Estados Unidos el alto coste de la sanidad, con el mencionado 17% del PIB de gasto y en senda de crecimiento, previéndose un 19% del PIB en 2019, mientras crece el número de americanos sin seguro. Desde 1978 se ha doblado el número de ciudadanos sin seguro, siendo ahora más de 50 millones. Advierte que, mientras mucha gente no puede pagar los costes de la sanidad, se despilfarran muchos recursos sanitarios en actividades innecesarias. Propone dar pasos para el control del gasto mediante mecanismos públicos y transparentes, como la creación de una Agencia de Salud compuesta por expertos en salud pública y economía de la salud nombrados con independencia al modelo de la Reserva Federal.

Martín (Martín & González, 2011) defiende los excelentes resultados del sistema sanitario público español como un bien a conservar. Critica el carácter no finalista del actual sistema de financiación sanitaria, lo que propicia grandes variaciones en el gasto per cápita entre regiones. Defiende los impuestos finalistas como vía para aumentar la financiación en lugar de optar por el copago de servicios, y defiende igualmente la adopción de cambios estructurales en el sistema, como la creación de un Fondo de Igualdad en el SNS, la creación de un código de buen gobierno del SNS, el desarrollo de un sistema de información integrado a nivel nacional, la integración de una política estratégica de salud pública a nivel estatal, y la creación de una agencia nacional de evaluación clínica similar al NICE británico. Aboga igualmente por la integración de dispositivos sociales y sanitarios, y por la realización de una evaluación sistemática de las innovaciones organizativas y de provisión de servicios realizadas en los últimos años en el SNS. Meneu y Ortún (Meneu & Ortún, 2011), abogan por fomentar el buen gobierno de las instituciones sanitarias como uno de los elementos clave para hacer sostenible la prestación sanitaria. En el ámbito de la gestión, entienden por mejor gobierno la introducción de elementos de competencia en resultados entre los profesionales, la mayor transparencia y comparabilidad entre resultados, un mayor rol en las organizaciones de los usuarios, la creación de estructuras similares a la Agencia Tributaria o al Instituto Nacional de la Seguridad Social para la prestación de servicios sanitarios, la creación de consejos de administración y el fortalecimiento de la profesionalización de directivos y su convocatoria pública y transparente.

Vamos a recoger los principales cambios organizativos iniciados o implantados en esta legislatura, además de los que van asociados a las medidas que hemos comentado en capítulos anteriores. No es posible su evaluación en un plazo tan corto, y por ello no son el objeto de análisis de esta tesis, pero la visión de las medidas adoptadas quedaría incompleta sin la referencia a que se ha realizado un esfuerzo organizativo importante.

## 7. Medidas organizativas

### 7.1 Evolución hacia un sistema de financiación por capitación. Convergencia de cápitass

Como hemos visto en el apartado 10.2, buena parte de las medidas adoptadas para salir de la crisis tenían una intención de ordenar problemas que presentaba la red sanitaria, ya fueran de cartera de servicios o de sobrecapacidad. En el ámbito de los sistemas de financiación, la estrategia se ha basado en ir convergiendo desde un sistema de financiación clásico de tipo retrospectivo a una financiación prospectiva. Al haberse acometido igualmente un proceso de integración asistencial, el mecanismo de financiación prospectivo elegido era el de la cápita.

Para hacer posible que un sistema de pago per cápita en un entorno de gestión pública sea viable, hemos de proceder a un proceso paulatino de convergencia de las cápitass, por niveles asistenciales y con las ponderaciones necesarias. Este proceso se inició en 2012. Las medidas adoptadas, al atacar las ineficiencias específicas de cada centro o servicio, han ayudado a que esa convergencia tenga lugar.

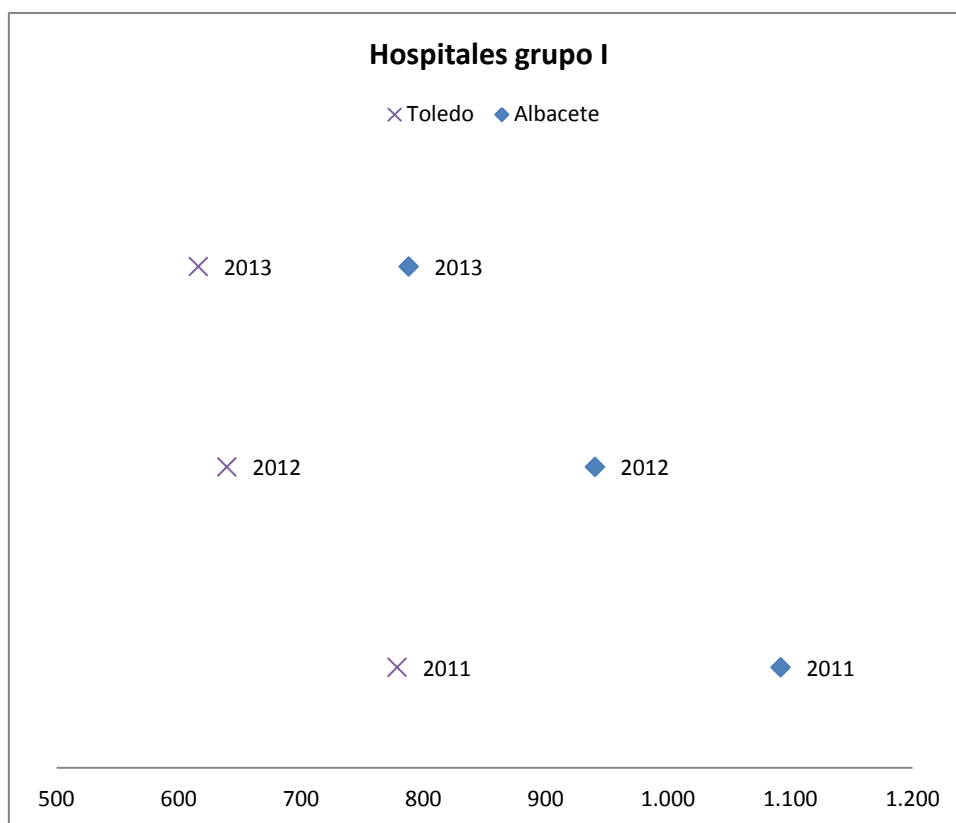


**Ilustración 331: Evolución de la cápita de los hospitales de grupo I del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

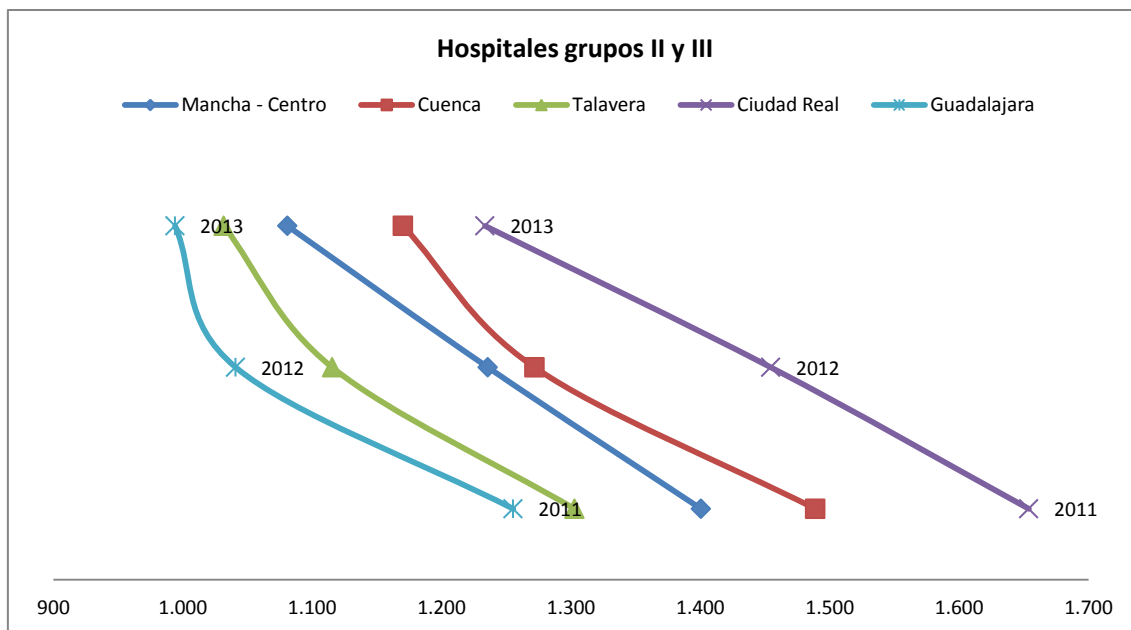


**Ilustración 332: Evolución de la cápita de los hospitales de grupo II y III del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**

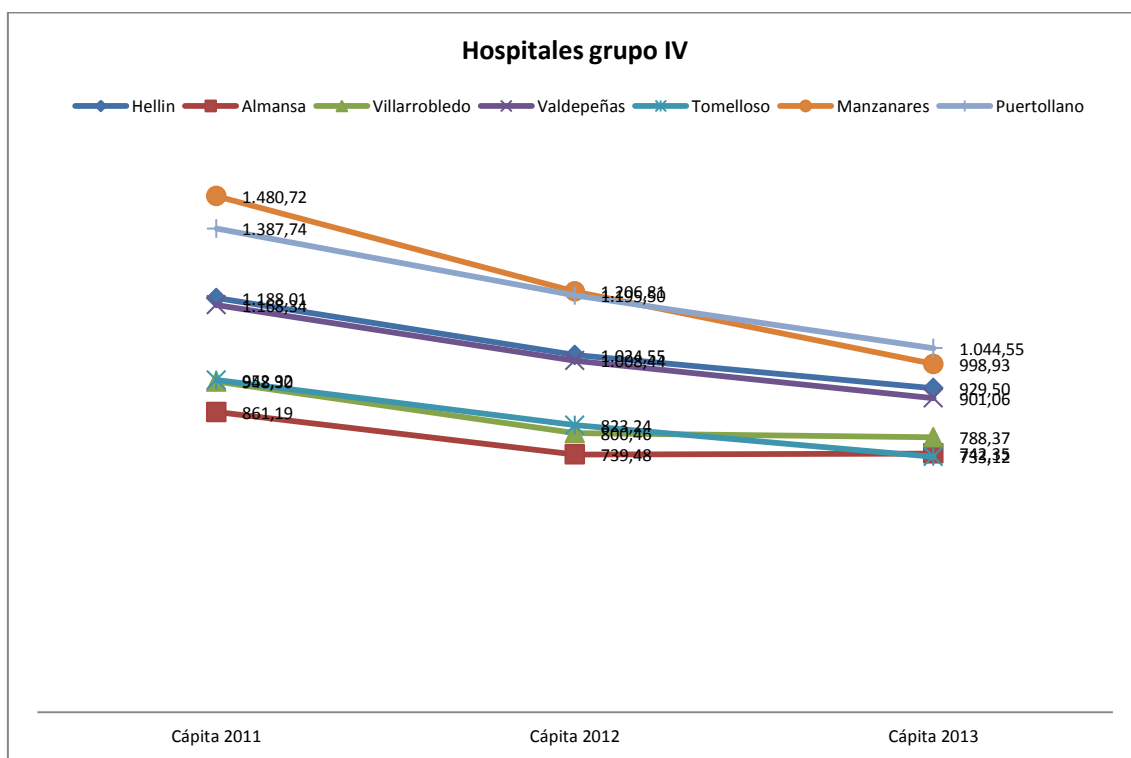


**Ilustración 333: Evolución de la cápita de los hospitales de grupo IV del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM**



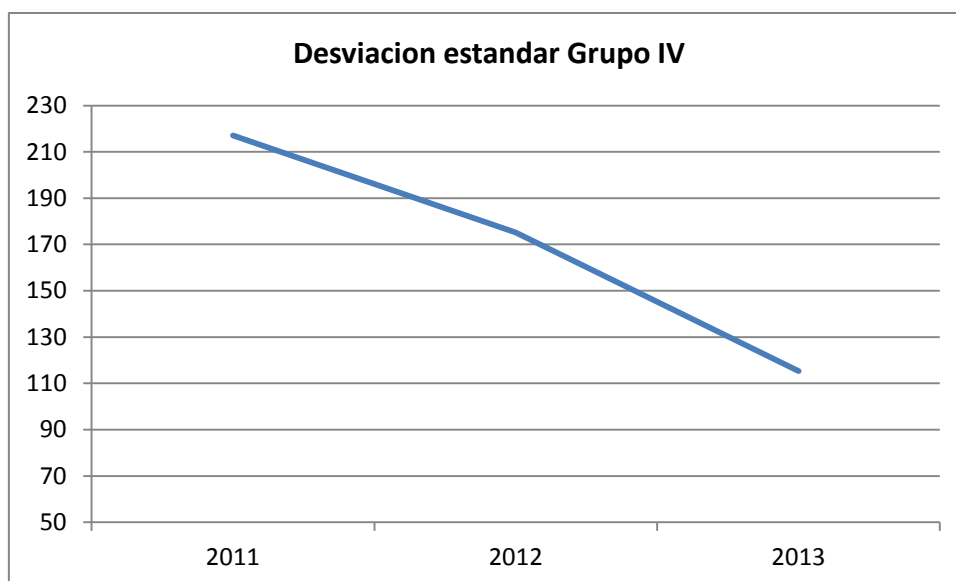


**Ilustración 334: Evolución de la desviación estándar de la cápita de los hospitales de grupo IV del SESCAM.**  
 Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM

Se ha avanzado igualmente en la introducción de Sistemas de Clasificación de Pacientes en Atención Primaria mediante Advanced Care Groups (ACG), que progresivamente irán permitiendo conocer la morbilidad esperada de la población y ponderar de manera más eficaz la cápita de las distintas áreas integradas.

## 7.2 Integración de atención primaria y atención hospitalaria

El reto de la integración se plantea a partir de la nueva realidad que se está formando en cuanto al perfil de los pacientes que se atienden en el servicio de salud, estos son cada vez de mayor edad, con una prevalencia alta de enfermedades crónicas, y en la línea de los cálculos de Wolf (Wolff, Starfield, & Anderson, 2002), con unos costes crecientes y difícilmente soportables por el sistema público si no se acometen cambios en profundidad. Uno de estos cambios necesarios es la transversalidad en la atención, fomentándose los equipos multidisciplinares y rompiéndose por tanto con la rígida separación entre niveles asistenciales que caracterizaba antiguamente nuestro sistema sanitario. Para afrontar el cambio de modelo se elaboró un mapa estratégico (Carretero Alcántara, 2013) muy interrelacionado con el proyecto de crónicos (Carretero Alcántara, Comes Górriz, Borrás López, Rodríguez Balo, & Seara Aguilar, 2014). El modelo de Balanced Scorecard se eligió para facilitar la aplicación de una estrategia compleja (Kaplan & Norton, 1992), como era la que se abordaba desde la integración y el proyecto de cronicidad.

A nivel organizativo, se integraron todas las gerencias hospitalarias y de atención primaria salvo la de Toledo. El proceso se inició en 2012, y supuso una plena integración organizativa, a sabiendas de que la integración asistencial es más progresiva y necesita tiempo y herramientas específicas que se han ido implantando en los últimos meses.

## 7.3 Fomento de la gestión clínica

En Castilla-La Mancha se apostó de forma decidida por la gestión clínica, que supone entender que la gestión de los recursos se realiza en los servicios clínicos, por tanto, han de jugar un papel central en la organización y supone también aceptar que son los profesionales quienes tienen la información y el conocimiento para reconocer e interpretar la existencia de áreas de mejora.

En noviembre de 2012 se firmó con el Sindicato Médico y con USAE (SESCAM, 2012), el Protocolo para la mejora de la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario de Castilla-La Mancha. Se trata del documento para el compromiso en la potenciación de la gestión clínica en el Sescam, que supone un fuerte consenso para el impulso de iniciativas de gestión clínica en la institución.

Esta iniciativa permitió sustituir el tipo de medidas a adoptar en 2013. Se pasó de las medidas iniciales de alto impacto, especialmente las recogidas en el apartado 10.1 y algunas del 10.2 en este trabajo, a una estrategia de fomento del compromiso de los profesionales con la eficiencia a través de la microgestión. El acuerdo ayudó a consolidar los acuerdos de gestión firmados en cada gerencia con los servicios, centros y unidades del Sescam, siendo necesario a nuestro juicio en este momento potenciar los incentivos a los profesionales asociados a su cumplimiento. Como ya hemos visto en el punto 10.1.9, se reformó a fondo la dinámica de pago de incentivos, orientándolos al pago por resultados, pero no ha sido posible aumentar sustancialmente los recursos destinados a retribución variable. A partir de ahora, si se consolida la recuperación económica, sí será posible.

En el pacto se consideraron una serie de objetivos de mejora de la eficiencia, orientados al fomento de buenas prácticas, como:

- El uso adecuado de los recursos asistenciales, con mejoras en la ocupación y las estancias medias, así como la ambulatorización de procesos
- La prescripción de fármacos adecuada, contribuyendo a la fuerte reducción del gasto de medicamentos por receta
- La petición adecuada de pruebas de laboratorio
- La adecuación en la prescripción de transporte sanitario

Esta generalización de los pactos de gestión clínica abre la puerta a estrategias de potenciación del liderazgo clínico, desarrollo de institutos más complejos de carácter multicéntrico, que fueron iniciados en áreas como Albacete y Ciudad Real, y al desarrollo de sistemas de información más completos que permitan la implantación de sistemas de pago por resultados (pay for performance).

## 7.4 Nuevas formas de gestión.

### 7.4.1 El Nuevo Hospital de Toledo

Para resolver la situación de colapso en la que había quedado el Nuevo Hospital de Toledo se utilizó un mecanismo de concesión administrativa de los denominados de bata gris, que consiste en la concesión de la construcción del nuevo hospital, junto con la explotación de los servicios hospitalarios no clínicos (Carretero Alcántara, Pomar Reines, & Palomino Chacón, 2011). Estos proyectos aportan la posibilidad de afrontar grandes inversiones sin disponibilidad de recursos, además de una eficiencia adicional que puede conseguirse por la mejora en la gestión de los servicios generales, tanto por el mejor coste que puede conseguir la gestión del concesionario a largo plazo, como por la mejora en la calidad que puede aportar el sistema de penalizaciones por no disponibilidad y por no calidad de los servicios (Carretero Alcántara, Rodríguez Pérez, Bonet Bertomeu, & Serrano Balazote, 2004).

El proyecto del Nuevo Hospital de Toledo mediante concesión fue adjudicado en enero de 2015.

### 7.4.2 Iniciativas de cambio en la gestión de cuatro áreas de salud de la comunidad

En 2012 se planteó, dentro de las iniciativas para dar viabilidad al sistema regional de salud, la posibilidad de externalizar la gestión de cuatro áreas de salud de la comunidad autónoma. Se trata de una iniciativa de mucho calado, de transferencia de riesgo a una entidad externa para el desarrollo de un proyecto de integración asistencial. Se elaboró un modelo de gestión basado en una financiación per cápita, con incentivos a la fidelización de los ciudadanos que eligieran ser atendidos en el área y con incentivos a la calidad y los buenos resultados asistenciales. Se planteó la figura del consorcio como una posible figura de consenso, donde entidades sin ánimo de lucro pero con capacidad de gestionar y aportar sinergias hacia la red pública se consorciarían con el Sescam para gestionar un área sanitaria. Se trata de una alternativa de gestión que entendemos con gran potencial para el futuro, pero necesita de un alto consenso político y social para que no se boicotee desde la confrontación política local. Dados los excelentes resultados del plan de garantías en 2013, se entendió que la medida ya no era necesaria a corto plazo, y se dejó para años posteriores cuando se lograra un consenso social amplio sobre su conveniencia.

## 7.5 Plan de atención a enfermos crónicos y pluripatológicos

El plan de atención a enfermos crónicos y pluripatológicos se elabora y pone en marcha a lo largo de toda la legislatura, y va fuertemente unido a la estrategia de integración asistencial.

Siguiendo la estrategia recomendada por la Sociedad de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) (Basora Gallisá et al., 2013), el plan se centra en la potenciación del papel de Atención Primaria, potenciándose la enfermera de primaria como figura clave en el seguimiento de los pacientes crónicos. Se basa en la prevención a todos los niveles, como estrategia de reducción del riesgo y de la intensidad de la enfermedad cuando esta se presenta (Abbie, 2013), y se encamina de una manera muy fuerte con las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, creándose herramientas que facilitan la implantación de nuevos procesos asistenciales y la identificación y seguimiento de los enfermos. El plan (SESCAM, 2014) se crea mediante un proceso participativo, en el que intervienen más de 300 profesionales de formaciones y orígenes diversos.

Algunas de sus líneas clave, además de las descritas son:

- Fomento de un protagonismo creciente del paciente en la gestión de su enfermedad
- Impulso a la prevención de comorbilidades y complicaciones
- Promoción de hábitos y envejecimiento saludable
- Estratificación de la población según niveles de riesgo e identificación del paciente para un abordaje precoz
- Normalización del proceso de atención al crónico con personalización de la asistencia
- Adecuación y conciliación del tratamiento, desde una perspectiva multidisciplinar
- Apoyo al cuidado familiar en el ámbito domiciliario.

En 2015 concluyó la fase de pilotaje en algunas áreas y se inició la de difusión de las nuevas herramientas a lo largo de toda la red sanitaria.

## 7.6 Receta electrónica

Desde 2012 se priorizó la implantación de la receta electrónica, dado que se trataba de un paso muy importante para mejorar el funcionamiento global del sistema y en particular de Atención Primaria, a la vez que de aportar un mejor servicio al paciente.

En junio de 2013, la receta electrónica estaba implantada al 100% en Castilla-La Mancha. Algo que se ha logrado en un tiempo record de cuatro meses. La instauración de la receta electrónica supone un gran avance de la Sanidad en Castilla-La Mancha hacia un sistema más eficiente.

Este instrumento mejora la calidad asistencial que reciben los pacientes. Y permite la conexión en línea de las 1.274 farmacias distribuidas por todo el territorio y los médicos prescriptores del servicio público de salud.

También tiene ventajas para los farmacéuticos, porque a través de la realización de la prescripción por parte de los médicos y su incorporación al sistema informático pueden hacer

un seguimiento farmacoterapéutico de calidad para cada paciente y realizar la conciliación de la medicación.

Desde su implantación, más de 3000 médicos han emitido más de 91 millones de recetas electrónicas a más de 2 millones de pacientes en toda la región. Entre otras ventajas, se han evitado más de 10 millones de desplazamientos innecesarios.

**Tabla 129: Implantación de la receta electrónica en el SESCAM en junio de 2015**

|                                                                                |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Recetas electrónicas emitidas en Castilla-La Mancha                            | <b>91.221.775</b> |
| Médicos que hacen receta electrónica (Atención Primaria y Hospitales)          | <b>3.060</b>      |
| Pacientes con recetas electrónicas emitidas                                    | <b>2.270.968</b>  |
| Desplazamientos evitados                                                       | <b>10.351.281</b> |
| Prescripciones de recetas electrónicas por médicos especialistas en hospitales | <b>1.150.000</b>  |
| Farmacias                                                                      | 100%              |
| Centros de Salud                                                               | 100%              |
| Hospitales                                                                     | 100%              |

## 7.7 Libre elección y listas de espera

Se aprueba y pone en marcha la Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2014). Como aportaciones más importantes destacar:

- El principio de priorización clínica y social en las listas de espera
- El derecho a la libre elección de profesional en atención primaria y de hospital
- La existencia de un sistema de garantías de tiempos de espera orientado a la potenciación de la actividad pública
- La introducción de medidas de transparencia en la publicación de datos de listas de espera y en la información al paciente

Se fortalece por tanto la libre elección como una parte de la estrategia que introducir financiación prospectiva por capitación y que tiene como objetivo que los hospitales compitan en dar el mejor servicio al ciudadano, para que este les elija en lugar de otros.

Los sistemas de información son claves en el proceso de aportar transparencia a profesionales sanitarios (Carretero Alcántara, 2002), mediante los sistemas de priorización de pacientes, a los directivos, para poder hacer un adecuado seguimiento de las demoras y evitar que estas aumenten innecesariamente, y sobre todo para el ciudadano, que cada

vez más deberá estar informado de su situación en lista de espera, y de los indicadores de calidad de los centros donde podrá elegir intervenir.

## **7.8 Romper las fronteras entre las comunidades autónomas. El convenio sanitario con Madrid**

Uno de los grandes problemas de nuestro Sistema Nacional de Salud es la absurda fragmentación que se ha autoimpuesto a partir de las transferencias de la red INSALUD a las comunidades autónomas. Esta fragmentación rompe con las vías naturales por las que los ciudadanos eran atendidos, y abre la puerta a que se unan intereses políticos y vanidades profesionales para multiplicar centros y cartera de servicios donde asistencialmente era innecesario y económicamente es un despilfarro de dinero público. La fragmentación lleva al absurdo de que un ciudadano de Castilla-La Mancha que vive junto a la provincia de Madrid, no pueda ser atendido en los hospitales que tiene a cinco minutos y tenga que desplazarse 40 kilómetros para ir a un centro sanitario de la comunidad. O que un ciudadano de Guadalajara que siempre ha tenido Madrid como referencia, tenga que hacer 300 kilómetros atravesando Madrid para realizarse una prueba o una técnica en un centro de la Comunidad Autónoma. Para evitar esos absurdos se firmó un convenio de colaboración entre las comunidades de Castilla-La Mancha y Madrid para la utilización conjunta de los hospitales de Parla y Aranjuez y para la realización de actividad de referencia de Guadalajara en los hospitales de Madrid.

El uso conjunto suponía un pago por capitación en función de los ciudadanos de la zona que hayan elegido ser atendidos por estos centros. Dicha libre elección podía hacerse en las mismas condiciones que la que se hace para elegir centro hospitalario dentro de la comunidad autónoma, siempre que se resida en los municipios limítrofes con Madrid. La referencia con Guadalajara se encaminaría a través del sistema SIFCO o con las mismas tarifas en caso de ser una prestación sanitaria excluida del mismo.

## **7.9 Profesionalización de directivos**

Nada hubiera sido posible hacer ni cambiar sin un equipo directivo fuerte y cohesionado, formado por profesionales de la gestión sanitaria con la experiencia y conocimientos necesarios para poder dirigir una organización sanitaria. En Castilla-La Mancha se dieron pasos firmes para conseguir consolidar esta profesionalización. No sólo se trataba del criterio con el que se formaron los equipos, sino que se promulgó de forma pionera en España una normativa para el nombramiento de los directivos por convocatoria pública. Así, se promulga la Resolución de 15 de julio de 2013, del Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, por la que se dictan instrucciones sobre el procedimiento para el nombramiento del personal directivo del SESCOG, expone en su preámbulo que se entiende por órganos directivos a las Gerencias y Subgerencias de los respectivos centros, así como a los Directores y Subdirectores de División; y en el epígrafe de Provisión mediante libre designación, en su

punto 9, que cuando se trate de la provisión de puestos directivos de Director Gerente de Instituciones sanitarias del SESCAM, la persona titular de la Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad evaluará a los candidatos y elevará su evaluación al Director Gerente del SESCAM, quien a la vista de dicha evaluación designará al candidato que considere más idóneo. Para el resto de los puestos directivos será la persona titular de la Gerencia de destino, a la que esté adscrito el puesto de trabajo, quien evalúe a los candidatos y quien elevará la propuesta de idoneidad al Director Gerente del SESCAM.

# Conclusiones y discusión

---





Los resultados del trabajo son muy amplios, como lo eran las preguntas planteadas inicialmente y la metodología utilizada. El objetivo que planteábamos en la introducción y que desarrollamos a lo largo de todo el trabajo era el de analizar las medidas que se han tomado en el periodo 2010-2013 en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para hacerlo viable económicamente y el impacto que estas han tenido sobre el sistema sanitario de la región, medido con las limitaciones que tiene la cercanía en el tiempo. Para afrontar un reto tan amplio, desglosábamos el objetivo en varios puntos. Como carácter previo, el capítulo I realiza dos aportaciones. La primera de ellas tiene que ver con los determinantes de salud. Partimos de la relación no directa entre gasto sanitario y salud, y se aporta un análisis de los efectos de la crisis sobre los determinantes. La Ilustración 4 nos muestra la reducción a nivel nacional del consumo de bebidas alcohólicas de riesgo en España entre 2006 y 2011, ya entrada la crisis, ampliada a Castilla-La Mancha en la Ilustración 14. La Ilustración 7 nos muestra la reducción del consumo de tabaco en España, que sigue una tendencia inalterada durante la crisis hasta 2011. En la Ilustración 9 vemos que ha aumentado el consumo de fruta en niños españoles hasta 2010. Hemos representado (Ilustración 13) la evolución de la tasa de suicidios en España y Castilla-La Mancha, sin que se produzcan cambios significativos hasta 2012, como podía temerse en función de lo ocurrido en otros países. Estos datos se complementan con los recogidos por Llácer et al (Llácer et al., 2014), que no advierten aumentos en enfermedades infecciosas hasta 2011, sino reducciones en las tasas de incidencia. En conjunto, los resultados nos sugieren una realidad similar al escenario de impactos de la crisis en los indicadores de salud descrito por la literatura (Dávila Quintana & González López-Valcárcel, 2009), en el que los sistemas de protección social van a condicionar de forma importante la repercusión de la crisis sobre la población. Hay que destacar que los datos analizados llegan hasta 2011 en su mayor parte, al ser procedentes de la Encuesta Nacional de Salud. Cabría que en años sucesivos apareciera algún efecto adverso todavía no detectado, pero esto no lo sabremos hasta la publicación de nuevos datos de esta Encuesta.

Es conocido que España, con un esfuerzo del 9,3% del PIB, tiene un gasto sanitario similar al de otros países de nuestro entorno. Es relevante es cómo este porcentaje ha aumentado en los años 2002 a 2009, muy por encima de los crecimientos del gasto en la Unión Europea en el mismo periodo de tiempo. Como vemos en la Ilustración 20, con la crisis esta brecha deja de agrandarse e incluso se cierra. Es una imagen clara de la 'burbuja sanitaria' referida por Puig Junoy (Puig-Junoy, 2011). Resulta igualmente relevante el ver cómo se generó la acumulación de deuda a proveedores que puso en peligro la viabilidad del sistema sanitario en 2012. Una primera visión nos la aporta la Ilustración 27, en la que vemos cómo los fuertes incrementos de gasto hasta 2007 eran viables porque coexistían con incrementos igualmente acusados de la riqueza. Desde el inicio de la crisis, continúa en España la tendencia creciente en el gasto hasta 2009, mientras que el PIB decrece. La Ilustración 28 muestra la misma situación para Castilla-La Mancha, con una brecha mucho mayor. Resulta interesante la comparación entre el gasto sanitario público respecto al PIB en Castilla-La Mancha y España. El esfuerzo en Castilla-La Mancha es altísimo, el gasto sanitario público se sitúa en 2010 en un 7,81% respecto al PIB, muy por encima del 6,42% global de España. Otro hallazgo importante es el que nos muestra la Ilustración 32. Las comunidades autónomas procedentes de la transferencia masiva del INSALUD en los últimos días de 2001 son las que crecen a un ritmo diferencialmente mayor en cuanto a gasto sanitario. Un incremento de un 95,53% entre 2001 y 2010, frente a un 83,95%

de las que habían recibido años antes las transferencias. Incluso este casi 84% se debe en una parte importante al efecto rebufo de las concesiones sindicales que iban realizando las comunidades recién transferidas, que se convertían automáticamente en agravios comparativos en el resto del país. Si Murcia, por ejemplo, sube el precio de la guardia, se genera un conflicto en el resto de comunidades autónomas, cuyos sindicatos reclaman inmediatamente una subida similar, situación que se vivió de forma continua en estos años. La combinación de unas transferencias generosas en cuanto a dotación económica y de unas comunidades autónomas poco o nada preparadas para gestionar la sanidad costó mucho dinero a los contribuyentes españoles.

La Ilustración 32 y la Ilustración 33 nos muestran cómo Castilla-La Mancha fue la tercera comunidad en aumento del gasto sanitario entre 2001-2010, con un 149,19% o la segunda en gasto sanitario per cápita, con un 111,91%. El aumento del gasto sanitario, como vemos en la Ilustración 36, se concentra en el SESCOG en los aumentos de gasto de personal y de compra de bienes y servicios, con crecimientos de dos dígitos hasta 2009. El gasto de farmacia con receta (transferencias corrientes) crece en magnitudes del orden del 7% acumulativo anual.

Con la llegada de la crisis, se produce una falta de base de riqueza para financiar el gasto, que a su vez se traduce en unos presupuestos sanitarios estancados o decrecientes. El gasto sanitario sigue creciendo, sin atender los gestores a la realidad de que los incrementos se hacen sin dinero para pagarlos. Esta prodigalidad se nos muestra en toda su crudeza en la Ilustración 37, que es un retrato de las causas de la fortísima crisis de sostenibilidad vivida a finales de 2011 y en 2012. Se gastó muy por encima de lo que se tenía, sin atender a una realidad que no es distinta a la de una economía doméstica. Si gastas más de lo que ingresas, lo dejas a deber. Las causas de esta irresponsabilidad pueden ser varias. Por una, la aversión al conflicto en la gestión de la sanidad era muy alta, los déficits se consideraban como un mal inevitable. Por otra, se pensó en un primer momento que la crisis iba a ser pasajera, y por tanto que las desviaciones que se producían en un año concreto eran un hecho aislado, sin la gravedad de la concatenación de déficits consecutivos, que es lo que realmente se produjo con la prolongación del estancamiento y la recesión económica. En el capítulo III analizaremos las consecuencias de esta gravísima situación, y las medidas que se tomaron para resolverla.

Con este descriptivo, entramos en condiciones de acometer la primera de las cuestiones planteadas, que es analizar cuáles fueron las principales causas que nos llevan a la crudeza de la situación descrita por la Ilustración 37 antes comentada. Se realizan dos análisis previos que nos confirman dos situaciones importantes para conocer aspectos estructurales de nuestro Sistema Nacional de Salud. La primera es una alta tasa de médicos por población (3,82 por cada 1000 habitantes) y baja de enfermeros (5,24 por cada 1000 habitantes), como vemos en las ilustraciones 38 y 42. Nuestro sistema sanitario emplea por tanto más mano de obra de máxima cualificación para hacer tareas que podrían realizar otros profesionales menos costosos. Esto supone un fuerte lastre en términos de eficiencia. La segunda situación es un resultado que choca con las creencias generalizadas en el sistema sanitario público. Los médicos en España no están peor pagados que en otros países de nuestro entorno, en términos de salario relativo dentro del país. Un médico gana, como vemos en las ilustraciones 52 y 53 realizadas con datos de la OCDE, una proporción respecto al salario medio del país similar a la de los países de nuestro ámbito europeo (2,21 veces el salario medio en atención

primaria y 2,48 en hospitales). En cambio, una enfermera gana relativamente mucho más que sus colegas europeas, 1,31 veces el salario medio, solo superada por Portugal. Por tanto, nuestras enfermeras son escasas y a la vez de las mejor pagadas relativamente de toda Europa. Los costes altos son sin duda un freno a que los ratios se reequilibren. Nuestros médicos son abundantes y no tan generosamente retribuidos, aunque tampoco tan mal como afirman las organizaciones que los defienden. Es un problema estructural a resolver. Como tema a discutir apuntar la posibilidad de que la heterogeneidad en la conceptualización de enfermera en el ámbito europeo nos lleve a no contabilizar como enfermeros a profesionales cualificados (técnicos de cuidados o auxiliares de enfermería) que en otros países pueden estar contados como tales. No existe evidencia de que esto ocurra pero sería importante profundizar en el análisis en profundidad de las equivalencias en las titulaciones para disipar toda sospecha.

Otro elemento que presiona los gastos de personal al alza son los incrementos de plantillas en el periodo 2001-10. Se producen en atención hospitalaria, como vemos en la Ilustración 49, hasta 2010, tanto en la sanidad pública como privada, con crecimientos anuales acumulativos del 3 y del 4%. Este crecimiento viene provocado en la sanidad pública por una parte por la repercusión de las pérdidas de productividad por cesiones sindicales. Si aumentan los días libres por asuntos propios, o se reduce la jornada, hay que contratar más enfermeras para cubrir los turnos. Por otra, el fuerte crecimiento en el número de hospitales y centros de salud, algunos por necesidad sanitaria y otros por conveniencia política, disparó igualmente las plantillas. La Ilustración 51, que superpone las cifras de déficit público con las del incremento de plantillas nos muestra claramente el gap entre el derrumbamiento del déficit público en España a partir de 2007 y el aumento de las plantillas hospitalarias, que siguen creciendo en mitad de la tormenta, hasta reaccionar en 2009. Estos dos años de inacción llevan al sistema a unas cifras de déficit insostenibles, como veremos más adelante. Los incrementos de personal son mucho mayores en Castilla-La Mancha, con incrementos del orden del 6% anual, que llegaron al 11% en 2007. En Atención Primaria no se produce un ajuste homogéneo. Las enfermeras mantienen un ritmo de crecimiento aún durante la crisis, y los médicos sufren un estancamiento desde 2011. El personal no sanitario sí que se reduce de manera acusada a partir de 2009. Los ratios de médico de familia/población, como vemos en la Ilustración 61, suponen menos habitantes por médico en Castilla-La Mancha, lo que es lógico por la dispersión geográfica. El número de habitantes por médico decrece hasta 2012 y sufre un pequeño repunte en 2013, hasta los 1372 habitantes/médico de familia.

Con la suma del componente plantilla y el componente salarios, los gastos de personal aumentan en cifras de dos dígitos anuales hasta 2008, (o 2009 en Castilla-La Mancha) y no empiezan a contenerse hasta 2010. La Ilustración 69 es muy significativa en este sentido. Como vemos en la Ilustración 70, el gasto de personal en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha creció un 196,2% entre el momento de ser asumida la gestión por la Comunidad Autónoma en 2001 y 2010, esto es, casi se triplicó. Las cifras hablan por sí solas. ¿Cómo pudo ser posible algo así? Además del frenético incremento de plantillas, el gasto en guardias médicas aumentó en este periodo un 392,99%. Las guardias igualmente eran las más caras de España en precio/hora en 2011. Las retribuciones de los enfermeros aumentaron un 82,94%, y las de los médicos un 78,88%. Como vemos en la Ilustración 79, en España la distancia en 2008 entre las horas trabajadas en el sector público y en el sector privado a la semana era de 4,3

horas, más cerca de las pautas de Grecia (5,3) que de las de Suecia (1,8 horas). Además, los días de libre disposición aumentaron de forma frenética en 2007, con el Estatuto Básico del Empleado Público. Dentro de España, el SESCAM era en aquel momento el tercer servicio de salud con menos horas de jornada. ¿Hubo una mejora de la sanidad comparable con estos aumentos del gasto? Sin lugar a dudas que no. En el análisis de resultados del capítulo IV relativo a la calidad asistencial, vemos cómo las mejoras de calidad anuales entre 2001 y 2010 son parecidas o menores a las registradas en el periodo de máxima reducción del gasto entre 2011 y 2013. Simplemente se gastó el dinero de todos, y no siempre para mejorar de forma eficaz la asistencia sanitaria. Un ejemplo claro de relación de agencia imperfecta entre contribuyentes y responsables políticos, sin mirar el color del partido al que podían pertenecer, que era distinto en unas regiones y en otras. En mitad de este desenfreno de aumentos salariales y reducciones de productividad, el dinero destinado a productividad variable por objetivos sólo aumentó un 30,4% entre 2001 y 2010. La enorme riada de recursos públicos hacia conceptos retributivos, se centró en las retribuciones fijas, las que menos distinguen entre buenos y malos profesionales, a despecho de las retribuciones asociadas al rendimiento y a la excelencia. El gasto en bienes y servicios, espoleado por el gasto en prótesis, en farmacia hospitalaria y la contratación externa de servicios, creció en el periodo un 192,59%. El gasto en farmacia por receta aumentó igualmente un 84,69%, situando a España por encima de la media europea de consumo de fármacos en euros por habitante, y a Castilla-La Mancha por encima de la media nacional. El gasto en inversiones creció un 204%, espoleado por la creación de nuevos centros hospitalarios y de atención primaria.

Ya en el tercer capítulo, vemos el fuerte impacto de la crisis sobre el sistema sanitario, especialmente en Castilla-La Mancha. La brecha entre gasto y presupuesto que vimos en la Ilustración 37 genera un endeudamiento creciente, de 606 millones de euros en 2010, que va ahogando progresivamente el presupuesto del Sescam. Pero este efecto, ya de por sí demoledor, se suma al de una crisis enorme de liquidez en la Junta de Comunidades, que había presupuestado ingresos por encima de lo que la realidad demostró, y que por tanto no tenía liquidez para hacer frente no ya a los déficits, sino al propio gasto presupuestado. Lo vemos en la Ilustración 111, donde se aprecia que el flujo ordinario de caja de 126 millones de euros mensuales necesarios para pagar las necesidades de tesorería del SESCAM se fue secando, pasando a 105 millones en 2010, y a 43 millones mensuales en 2011. La diferencia entre los 126 millones y lo pagado en 2010 y 2011, fue mes a mes acumulándose a las ya enormes cifras de deuda. A 31-12-2011, el importe de facturas sin pagar en el SESCAM ascendía a 1.723,54 millones de euros, muy por encima del presupuesto anual restando gastos de personal, que ascendía a los 1.505,8 millones de euros. Eran cifras no sostenibles, que unidas a la crisis bancaria y a la pérdida de confianza de los inversores sobre la deuda pública llevaron al servicio de salud a una situación al borde del colapso. Las consecuencias fueron muy graves, en lo económico por supuesto, con empresas proveedoras cerradas o al borde de la quiebra. En lo laboral, con miles de trabajadores de las empresas proveedoras de servicios y materiales que no podían cobrar la nómina por los impagos del SESCAM, y en lo asistencial, con proveedores que no podían suministrar material esencial y con empresas que aportaban servicios clave en las puertas del cierre al llevar años sin cobrar sus servicios.

Destacar, dado que no se ha publicado en estos años, el cambio que sufrieron los periodos de pago a proveedores con las soluciones financieras puestas en marcha a partir de 2012, y como

estos periodos quedaron en 2015 en el intervalo de 40-50 días dependiendo de la metodología de cálculo.

La segunda pregunta que se nos plantea como objetivo del trabajo es la de cuáles han sido las medidas que se han tomado en Castilla-La Mancha para resolver la enorme crisis planteada. A lo largo del trabajo se realiza un análisis pormenorizado de las medidas adoptadas para poder eliminar ineficiencias e igualar el gasto con los recursos disponibles. Destacan las acciones en el ámbito de los recursos humanos, dado que corregían desequilibrios ya descritos fruto de errores en la gestión en los años iniciales del siglo. Se realiza en este capítulo un análisis pormenorizado de las principales medidas. Destacan, en el ámbito de los resultados, las 146.000 consultas o 14.054 intervenciones quirúrgicas adicionales anuales conseguidas en tiempo de ampliación de jornada (Ilustración 110 e Ilustración 111).

En el ámbito de los incentivos perversos destaca la experiencia descrita con el complemento de incapacidad temporal. El SESCAM tenía una incidencia de IT muy alta a primeros de 2012, prácticamente el doble de la de la población general. No existen motivos epidemiológicos que lo justifiquen, y más bien parece un efecto de la mezcla de relación funcional de trabajo con cercanía a los profesionales que deciden autorizar un parte de baja. Con las medidas de 2012, se suprimen los complementos que igualaban la retribución de una persona de baja a la de otra en activo, que constituían un claro incentivo directo a la IT. Con esta supresión, los niveles de incidencia entre personal del SESCAM y población general se igualan. En 2013, con la aparición del Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, que restauraba en parte los antiguos complementos, se vuelve a incrementar el absentismo del SESCAM por encima del resto de trabajadores, hasta retornar a los niveles anteriores. Toda una lección de incentivos perversos en el ámbito sanitario público. En términos de gestión del cambio, destacan las medidas enfocadas a no provocar una sensación de inequidad en el esfuerzo pedido a los profesionales sanitarios. Estas fueron la reducción de liberados sindicales, de mandos intermedios y de directivos, que no fueron especialmente relevantes en términos económicos respecto a otras medidas, pero sí para garantizar una buena gestión del cambio en un proceso tan delicado. Otras medidas se implantaron para garantizar una mejora del rendimiento que sustituyera a la actividad perdida por horas extraordinarias y por conciertos externos. Estas fueron la regulación de las libranzas de vísperas de festivos y sábados, la asociación de la exención de guardias a la realización de actividad asistencial adicional, y el aumento de jornada. Los aumentos de actividad asistencial, que podemos ver en la Ilustración 125 y en la Ilustración 126, nos llevan a una realización en módulos adicionales de jornada de un 5,9% de la actividad de consulta y de un 13,2% de la actividad quirúrgica, además del impacto en tiempo de jornada ordinaria de mañana de estas medidas.

Destaca igualmente el esfuerzo realizado en racionalización de plantillas, orientado a flexibilizar las dotaciones a las necesidades reales por unidades y centros, así como por periodos del año, dada la estacionalidad de una parte importante de la actividad asistencial. Con estas medidas, se redujo de forma muy importante el número de efectivos de profesionales en el SESCAM, como podemos ver en las tablas desde la Tabla 29 a la Tabla 33. A ello contribuyó igualmente el rediseño realizado en la dotación de camas, que se revisaron en función de las necesidades reales en cada momento del año, con un ajuste de capacidad que

vemos en la Ilustración 137. Todo ello con un impacto cero en la actividad asistencial, como podemos ver en la Ilustración 174 y en la Ilustración 175, así como en las siguientes hasta la Ilustración 185. El diseño de las medidas por tanto iba encaminado a resolver fuertes ineficiencias asistenciales, que por su misma naturaleza no iban a perjudicar a la asistencia al ser suprimidas. Más bien las acciones emprendidas aportaban valor muchas veces en términos de calidad, como podremos desarrollar más adelante al analizar el indicador sintético elaborado. Otro resultado a destacar en este capítulo es que, en contra de la creencia generalizada, en este periodo se ha reducido de forma muy importante la actividad y la facturación realizadas por empresas externas, vía concierto. Podemos ver el brusco descenso realizado en la Ilustración 142. Resulta lógico que en un momento de reducción del gasto, se haga más hincapié en mantener lo propio que la ayuda complementaria de terceros.

Respondiendo a la tercera pregunta, la aplicación del conjunto de medidas de gestión adoptadas en el periodo 2011-2013 supuso una reducción importantísima del gasto. La cifra es desorbitante, el SESCOG pasó a costar 707 millones de euros menos cada año. Por hacernos una idea, cada familia castellano-manchega de cuatro miembros deja de pagar 1414 euros de impuestos cada año. O, en caso de disponibilidad de más recursos, se liberan 707 millones anuales para nuevos proyectos sanitarios o de servicios públicos. Como vemos en la Ilustración 153, se cierra de nuevo la brecha entre presupuesto y gasto, dejándose de generar deuda al final de cada año. Como vemos en la Ilustración 155 y en la Ilustración 156, la reducción del gasto es mayor en 2012, año en que se concentra en la reducción de gastos de personal. En 2013 en cambio la mayor reducción es en transferencias corrientes, básicamente gasto de farmacia por receta. Castilla-La Mancha es la segunda comunidad en reducción del gasto en 2010-2013 según datos del Ministerio de Sanidad contabilizados según criterio de devengo, con un 21,48%. El gasto sanitario per cápita en 2013, con 1209 euros, queda algo por encima de Madrid y por debajo de Canarias, siendo la comunidad con menos gasto per cápita Andalucía, con 1052 euros. Castilla-La Mancha es la comunidad que reduce más el gasto en personal, en inversiones y en conciertos con empresas externas. En cambio, queda en una situación intermedia en la reducción del gasto en compras y en transferencias por receta, conceptos donde en alguna comunidad autónoma podría todavía haber un deslizamiento de facturas no contabilizadas. Con la serie de datos de gasto sanitario (Pérez García et al., 2015) basada en datos de la Intervención General del Estado por criterio de caja, Castilla-La Mancha es la primera comunidad en reducción de gasto público sanitario, global y per cápita, como podemos ver en la Ilustración 171 y en la Ilustración 172.

En cuanto a la cuarta pregunta, las consecuencias sobre la actividad asistencial, destacar otro caso más que relevante de incentivos perversos. La eliminación de la actividad extraordinaria por peonadas supone una reducción de la actividad asistencial en 2012, pero esta se recupera en 2013 y 2014, igualándose sin actividad extraordinaria a la que había en 2010 con grandes cantidades de dinero incentivando la actividad extraordinaria, como vemos en Ilustración 174 y siguientes. Un ejemplo de cómo la existencia de incentivos perversos afecta a los rendimientos globales de toda la organización. Las conductas inadecuadas no tienen que darse ni mucho menos en todos los profesionales, pero sólo con que se produzca una pérdida de rendimiento en jornada ordinaria de algunos profesionales que buscan asegurar incentivos por la tarde, se introduce una espiral negativa en la organización, que puede contagiarse a otros y que acabará relajando la productividad global.



Respecto a las listas de espera, vemos en la Ilustración 192 y en la Ilustración 193 como por primera vez desde 2009, la lista de espera entra en una situación controlada, en la que salen más pacientes que entran. En los años de pago masivo de incentivos a la lista de espera, el número de pacientes que esperaban aumentó, como podríamos deducir de la aplicación teórica de la teoría de incentivos. En tiempos de espera para procesos quirúrgicos no urgentes, se produce un fuerte repunte en 2012, que se corrige progresivamente en 2013 y 2014. La vuelta a la situación previa a los ajustes es claramente paulatina. En los hospitales más pequeños empieza antes y se culmina el proceso en 2014. En los hospitales grandes, empieza más tarde y todavía no ha terminado de corregirse. En esperas de consultas externas, se produce un pico igualmente en 2012, que es totalmente corregido en 2015. En pruebas diagnósticas se produce un fenómeno parecido, siendo la situación en 2015 mejor a la de los años previos a la crisis.

Estos resultados en actividad y listas de espera necesitan un contrapunto en su impacto sobre la calidad asistencial. Es la quinta cuestión planteada para el trabajo. Se aporta un primer resultado intermedio, que es la confección de un indicador sintético de calidad construido por un grupo de expertos, mediante una técnica cualitativa, y a partir de indicadores usados internacionalmente y completado con otros que han considerado relevantes. Se trata de un indicador fuertemente multidimensional, como vemos en el análisis de componentes principales realizado. Los resultados de los indicadores que lo componen estudiados de forma individual nos muestran un desempeño normal del sistema sanitario, con algunos indicadores que mejoran y otros que empeoran en el periodo 2010-2013, pero sin ningún dato preocupante. Castilla-La Mancha es en 2013 la comunidad autónoma segunda o tercera mejor en el indicador sintético de calidad, dependiendo de la metodología de normalización empleada, como vemos en la Tabla 44 y en la Tabla 46. A la hora de cuantificar globalmente la variación del indicador en el periodo 2010-2013 y 2001-2010, se han realizado varios escenarios, con el fin de ver si la metodología de cálculo utilizada podía afectar a los resultados. Los tenemos sintetizados en la Tabla 60. En todos los escenarios de cálculo del indicador sintético se consiguen valores positivos y nos situamos en una posición de privilegio a nivel de toda España. Si medimos el diferencial de mejora media anual en las dos etapas, el incremento sin ponderar era de 17,95 puntos al año de mayor mejora anual en la etapa 2010-13. Ponderando el indicador da mayor mejora anual en 21,20 puntos para el periodo 2001-10. Si aplicamos la normalización 1 hay un diferencial de 1,04 puntos de mejora más en el periodo de 2010-13, y en la normalización 2 hay casi un empate en los niveles de mejora de la calidad en los dos periodos, que gana el periodo 2010-13 por 0,01 puntos

Con estos datos podemos afirmar, que de acuerdo con los cálculos realizados, la reducción del gasto que realizó CLM en 2010-13 no tuvo ningún efecto perjudicial para la calidad asistencial, que mejoró en la etapa del ajuste, a un ritmo similar o algo mayor a como lo hacía en la época del auge económico. Casi todos los escenarios dan además un mejor desempeño en esta última etapa que al anterior.

Entrando en la sexta pregunta, que nos pregunta por el impacto en la eficiencia, hemos de medir la eficiencia antes y después de las medidas. Para evaluar la eficiencia, obtenemos unos resultados intermedios a tener en cuenta, como son las medidas que se realizan de los indicadores de output, un aspecto siempre complejo de cuantificar en un sistema sanitario. Se



elaboran las producciones en UCH por comunidades autónomas, las poblaciones ponderadas por edad, y se aporta igualmente el indicador sintético normalizado de calidad en dos versiones según el criterio de normalización. Como input se considera el gasto, ya sea per cápita, total, o total desglosado entre gastos de personal y resto de gastos. Se considera igualmente como un input no controlable el número de municipios, como medida de la dispersión. Se desarrollan diversos modelos y se calcula la eficiencia relativa de las distintas regiones mediante un análisis envolvente de datos. Con ello se obtienen varios escenarios, con el fin de analizar si hay discrepancias importantes o no dependiendo de la metodología de cálculo utilizada. Los resultados son muy concluyentes en algunos aspectos comunes de muchísimo calado. Los puntos de discrepancia de los escenarios están básicamente en dos aspectos. Uno es muy conocido en la literatura sobre análisis envolvente de datos, y nos dice que modelos más complejos en cuanto al número de inputs y de outputs dan como resultado fronteras de eficiencia menos discriminativas, dado que siempre hay combinaciones que hacen eficiente en alguna situación a más comunidades. Modelos más simples discriminan más, y sólo aparecen una o dos regiones como eficientes. Los puntos de coincidencia de los modelos, como decíamos, son muy relevantes: En el año 2013 Castilla-La Mancha está entre las regiones españolas más eficientes en su sanidad pública. En los modelos analizados se sitúa o en la frontera de eficiencia, o lo que es más frecuente, muy cerca de ella. Esto se ha producido por una importante mejora en la eficiencia, entre el año 2010 y el año 2013. En casi todos los modelos Castilla-La Mancha está la segunda o tercera comunidad de España en mejora de la eficiencia en este periodo. La casi totalidad de los servicios regionales de salud han mejorado la eficiencia en el periodo 2010-13. Estas conclusiones son muy relevantes, dado que nos indican que las medidas adoptadas en Castilla-La Mancha han supuesto una mejora de la eficiencia, medida esta de forma no paramétrica en diversas especificaciones.

La séptima cuestión nos pregunta por los cambios en el acceso de los pacientes a los fármacos por receta. El cambio en el copago por receta, como vemos en la Ilustración 260, supuso una reducción muy importante del gasto mensual en farmacia, que por primera vez no volvía a revertir en un aumento equivalente del gasto una vez pasados unos meses. Se ha generado un ahorro importantísimo. A diferencia de los augurios de cierta literatura con un fuerte sesgo ideológico, los datos analizados en el trabajo nos dan unos resultados muy tranquilizadores, en términos de impacto en la equidad. La pauta de no retiradas para pacientes del grupo de tarjeta correspondiente a pensionistas es igual e incluso inferior al de pacientes con copago cero (parados sobre todo), como vemos en la Tabla 110. Las no retiradas en mayor volumen corresponden a los grupos de tarjeta correspondientes a activos con ingresos. Los fármacos con menos retiradas no son los más caros, sino los del grupo T2, que son los de un precio unitario de 2 a 5 euros. Los que menos se han dejado de retirar son precisamente los fármacos más caros. Se observa que los pacientes crónicos son más fieles a la hora de seguir sus tratamientos que los no crónicos (Ilustración 270). Si analizamos por grupo anatómico al que van destinados, los fármacos más abandonados son los medicamentos dermatológicos, y los que se retiran con mayor fidelidad son los destinados a enfermos oncológicos y cardiovasculares. Parece, a falta de una investigación más profunda, existir una asociación de la gravedad de los procesos con la fidelidad en el tratamiento.

En cuanto a la octava pregunta, que nos interroga sobre los resultados de las medidas sobre la satisfacción de los pacientes, el hallazgo más importante es el alto grado de satisfacción de los

pacientes medido en dos encuestas durante 2014, comparado con un grado alto pero menor de la población preguntada por el Barómetro Sanitario del CIS, que tenía una opinión probablemente más influenciada por las manifestaciones de la prensa de perfil ideológico y algunos grupos de interés. Castilla-La Mancha en 2014 tiene un índice relativamente bajo, de un 54,5% respecto a otras comunidades, de ciudadanos que manifiestan que la sanidad funciona bien o muy bien (Ilustración 285), pero a la vez los pacientes, en una encuesta de satisfacción en dos oleadas (Ilustración 287), con una muestra mucho mayor que la del Barómetro Sanitario a nivel de Castilla-La Mancha, dan una nota que se mueve en torno al 8,5 sobre 10 a todos los niveles asistenciales. La encuesta interna del SESCAM, validada estadísticamente en el presente trabajo, identifica igualmente los factores que tienen que ver con la relación médico-paciente como factores críticos en la opinión de los ciudadanos, y el área donde suelen manifestar una mayor satisfacción.

Como vemos, la síntesis del conjunto es la de unas comunidades autónomas que reciben en las transferencias del INSALUD en el año 2001 unos servicios de salud eficientes y que no están capacitadas en muchos casos para gestionar, hasta el punto que el gasto inicial para prestar estos servicios se duplica en pocos años. Con crecimientos del gasto muy fuertes, aparece la crisis económica, y deja de haber soporte de riqueza para financiar estos incrementos y el sistema sanitario en general. Se generan enormes déficits, que de forma acumulativa van llenando de deuda y ahogando financieramente a los proveedores del SESCAM. Este círculo vicioso llega a su máxima expresión a finales de 2011 o primeros de 2012, cuando la crisis llegaba a sus niveles más críticos. En Castilla-La Mancha, la región más deficitaria en sus cuentas públicas en 2010, hubo que hacer un plan serio y riguroso de medidas para la sostenibilidad del sistema sanitario. Estas medidas hicieron efecto, y generaron una fuerte reducción de gasto junto con un aumento de la actividad en jornada ordinaria que compensó la realizada en horas extras. La lista de espera, que creció mucho en 2012, luego entró en una senda de reducción y en 2015 está plenamente controlada en sus flujos de entradas y salidas. La producción asistencial hizo un valle similar, que fue corregido hasta llegar a una actividad muy parecida a la de los años previos a la crisis. La calidad asistencial aumentó de forma importante durante el periodo 2010-13, lo que es lógico cuando se eliminan incentivos perversos, se ordenan carteras de servicios, y se agrupa la patología mediante criterios asistenciales. La eficiencia global del sistema aumentó de forma importantísima, tanto si se comparan recursos empleados con calidad asistencial obtenida, como si se introducen otras variables de output más relacionadas con la producción de servicios asistenciales. No se han observado efectos negativos sobre la equidad en el acceso a fármacos con los cambios en el copago, y los datos parecen confirmar que las no retiradas de medicamentos siguen lógicas asistenciales (menos percepción de gravedad) y no económicas (nivel de copago o precio del medicamento). En las encuestas realizadas a pacientes se constata una satisfacción muy alta, aunque en otras encuestas realizadas a la población en general esta satisfacción con el sistema sanitario, siendo mayoritariamente positiva, no es tan alta. En definitiva, el esfuerzo realizado por todos los profesionales del SESCAM ha sido impresionante, y los resultados han sido más que concluyentes. Habrá sin duda que seguir evaluando la evolución del sistema de cara al futuro, para ver si se producen efectos no detectados a un plazo más largo. Pero, sobre todo, han aparecido en este análisis evidencias de hechos que resulta importante que no se olviden. Los errores de una época y los esfuerzos que ha habido que hacer para solventarlos están ahí.

Los resultados de gestionar la sanidad con criterios plenamente profesionales son los que se muestran en el trabajo. Esperemos que seamos capaces de aprender entre todos para que una crisis de sostenibilidad como esta no vuelva a suceder.

## Bibliografía

---

- Abbie. (2013). *Informe Fit for Life*. Madrid. Retrieved from [www.informefitforlife.es](http://www.informefitforlife.es)
- Abbot. (2013). *Informe AMPHOS - Análisis y mejora e procesos hospitalarios*.
- Acemoglu, D., Robinson, J. A., & Woren, D. (2012). *Why nations fail: the origins of power, prosperity and poverty* (Vol. 4). SciELO Chile.
- AES. (2012a). Capítulo I . Financiación y cobertura pública. In *Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y Propuestas de Avance* (p. 38).
- AES. (2012b). *La Sanidad Pública ante la crisis. Recomendaciones*. Retrieved from [http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO\\_DEBATE\\_SNS\\_AES.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf)
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2015). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Akin, O., Montalvo, J., García Villar, J., Peydró, J.-L., & Raya, J. (2014). The real estate and credit bubble: evidence from Spain. *SERIEs*, 5(2-3), 223–243. doi:10.1007/s13209-014-0115-9
- Alameddine, M., Baumann, A., Laporte, A., & Deber, R. (2012). A narrative review on the effect of economic downturns on the nursing labour market: implications for policy and planning. *Human Resources for Health*, 10. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-10-23>
- Albrecht, T. (2011). Health workforce in times of financial crisis. *The European Journal of Public Health*, 21(1), 1–3. Retrieved from <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/21/1/1.abstract>
- Alchian, A. A., & Demsetz, H. (1972). Production, information costs, and economic organization. *The American Economic Review*, 777–795. Retrieved from [http://ir.rochelleterman.com/sites/default/files/alchien\\_1982.pdf](http://ir.rochelleterman.com/sites/default/files/alchien_1982.pdf)
- Aldaz, P., Escalada, D., Martínez-Monreal, B., Azparren, A., & Ursúa, M. E. (2015). Efecto del Real Decreto-Ley 16/2012 sobre el consumo de fármacos excluidos de la financiación pública en Navarra. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 29(1), 77–8. doi:10.1016/j.gaceta.2014.07.012
- Alexander, M. (2015). Study: unnecessary hysterectomies still significant.(GYNECOLOGY). *AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*, 50(2), 2–4.
- Álvarez Carrera, A., Martínez Cantarero, C., Vidal Oliveras, A., Saavedra Vélchez, M. D., Iglesias Niubo, A., & Forga Visa, X. (2002). Prescripción de antibióticos en el paciente ambulatorio. *Atención Primaria*, 30(8), 490–495. doi:10.1016/S0212-6567(02)79085-9

- Aparicio, J. (2007). Una introducción al análisis envolvente de datos. *Boletín de Estadística E Investigación Operativa. BEIO*, 23(1), 12–17.
- Arenas Díaz, C. A. (2012). Sostenibilidad del sistema sanitario. *Sanifax*, p. 39.
- Asencio, M. J., Morilla Herrera, J., & Martín Santos, F. (2007). Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones? *Index de Enfermería*, (56), 4.
- Baer, B., & Jelfs, E. (2009). Editorial The financial crisis and health. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 2(3), 217–220.
- Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*, 30(9), 1078–1092. Retrieved from [http://www.khuisf.ac.ir/prof/images/Uploaded\\_files/BCC1984\[4319189\].PDF](http://www.khuisf.ac.ir/prof/images/Uploaded_files/BCC1984[4319189].PDF)
- Barkun, J. S., Barkun, A. N., & Al, E. (1992). Randomised Controlled Trial of Laparoscopic Versus Mini Cholecystectomy. *The Lancet*, 340(8828), 1116. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/199001423?accountid=15299>
- Basora Gallisá, J., Carretero Alcántara, L. M., Dominguez González, N., Garcia Prieto, E., Guerra Aguirre, J., Jodar i Solá, G., ... Serrano Mol, M. (2013). Estrategia de Gestión de CRÓNICOS. In *SEDAP* (p. 25).
- Benach, J., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2012). El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 26(1), 80–2. doi:10.1016/j.gaceta.2011.12.001
- Bernal-Delgado, E., & Ortún-Rubio, V. (2010). La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gaceta Sanitaria*. scielosp.
- Bertomeu, V., Cequier, Á., Bernal, J. L., Alfonso, F., Anguita, M. P., Muñiz, J., ... Elola, F. J. (2013). Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR. *Revista Española de Cardiología*, 66(12), 935–942. doi:10.1016/j.recesp.2013.06.008
- Bestard Perelló, J. J., Sevilla Pérez, F., & Elola Somoza, J. (1993). La Unidad Ponderada Asistencial (UPA): Nueva Herramienta para, la Presupuestación Hospitalaria. *Gaceta Sanitaria*, 7(39), 263–273.
- Bickman, L., & Rog, D. J. (2008). Focus Group Research. Exploration and Discovery. In *The Sage handbook of applied social research methods* (pp. 505–526). Sage publications.
- Blancas Peral, F. J., Contreras Rubio, I., & Ramírez Hurtado, J. M. (2011). Construcción de indicadores sintéticos: una aproximación para maximizar la discriminación. In *XIX Jornadas de ASEPUMA – VII Encuentro Internacional. Anales de ASEPUMA no 19: 0110* (p. 23).
- Blanquer Gregori, J. J. (2007). *Criterios consensuados de adecuación de los cupos de Atención Primaria en Medicina Familiar*. SVMFyC. Retrieved from

[http://www.svmfyc.org/files/Grupos de Trabajo/Observatorio AP/SVMFiC\\_CritAdecCupos.pdf](http://www.svmfyc.org/files/Grupos de Trabajo/Observatorio AP/SVMFiC_CritAdecCupos.pdf)

- BOJA. DECRETO 260/2001, de 27 de noviembre, por el que se adaptan las retribuciones de determinado personal de Atención Primaria a la tarjeta sanitaria individual y a la libre elección de médico., Pub. L. No. 260/2001 (2001). Retrieved from <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2001/141/2>
- Boland, M. A., Golden, B. B., & Tsoodle, L. J. (2008). Agency theory issues in the food processing industry. *Journal of Agricultural and Applied Economics*, 40(02), 623–634. Retrieved from <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/47203/2/jaae-40-02-623.pdf>
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, Disponible en URL: [http://www.boe.es/boe/dias/2012/ ... 31278](http://www.boe.es/boe/dias/2012/...31278) (2012). doi:BOE-A-2012-5403
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 24 Suppl 1, 101–8. doi:10.1016/j.gaceta.2010.05.005
- Bortoluzzi, G., & Palese, A. (2010). The Italian economic crisis and its impact on nursing services and education: hard and challenging times. *Journal of Nursing Management*, 18(5), 515–519. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01128.x
- Buchan, J. (2009). The nursing workforce and global economic recession. *Collegian*, 16(1), 1–2. doi:10.1016/j.colegn.2008.12.001
- Buerhaus, P. I., & Auerbach, D. I. (2011). The Recession's Effect on Hospital Registered Nurse Employment Growth. *Nursing Economics*, 29(4), 163–167. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/884631628?accountid=15299>
- Cabello Granado, P. A., & Hidalgo Vega, Á. (2014). Análisis de la eficiencia hospitalaria por Comunidad Autónoma en el ámbito del Sistema Nacional de Salud/Analysis of hospital efficiency by autonomous community in the National Health System Field. *Investigaciones Regionales*, (28), 147–158. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1529950501?accountid=15299>
- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(4), 276–279.
- Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B., & Roland, M. (2007). Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 357(2), 181–90. doi:10.1056/NEJMSr065990
- Campillo-Artero, C., & Bernal-Delgado, E. (2013). Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 27(2), 175–9. doi:10.1016/j.gaceta.2012.01.010

- Cantero Martínez, J. (2014). A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 28(5), 351–3. doi:10.1016/j.gaceta.2014.03.013
- Cañizares, A., & Santos Gomez, A. (2011). *Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis* (No. 174/2011). *Laboratorio de Alternativas*. Madrid.
- Carretero Alcántara, L. M. (2002). Sistemas de información en el ámbito sanitario¿ Retos o realidades? *Revista de Calidad Asistencial*, 17(3), 136–137.
- Carretero Alcántara, L. M. (2013). Dirección estratégica y planes de acción. Retrieved from [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500694/n9.10\\_Direcci\\_\\_n\\_estrat\\_\\_gica\\_y\\_planes\\_de\\_\\_acci\\_\\_n.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500694/n9.10_Direcci__n_estrat__gica_y_planes_de__acci__n.pdf)
- Carretero Alcántara, L. M., Comes Górriz, N., Borrás López, A., Rodríguez Balo, A., & Seara Aguilar, G. (2014). Integración clínica en el paciente crónico [Clinical integration in the chronic patient]. *Enfermería Clínica*, 24(1), 35–43. doi:10.1016/j.enfcli.2013.12.005
- Carretero Alcántara, L. M., Pomar Reines, J., & Palomino Chacón, M. (2011). El modelo concesional. In *Manual de Gestión Hospitalaria* (pp. 1–17).
- Carretero Alcántara, L. M., Rodríguez Pérez, S., Bonet Bertomeu, J. M., & Serrano Balazote, P. (2004). Proyectos de asociación público-privada para la realización de grandes inversiones y la gestión de servicios hospitalarios. Una mirada a la experiencia británica. *Todo Hospital*, (211), 602–608.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2013). *Barómetro Sanitario 2013*. Madrid. Retrieved from [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2013/BS\\_2013TotalMarginales.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2013/BS_2013TotalMarginales.pdf)
- Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D., & Durieux, P. (2000). Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 12(2), 133–42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10830670>
- Charnes, A., Cooper, W. W., & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2(6), 429–444.
- Circulo de Empresarios. (2006). *Un sistema sanitario sostenible*.
- Circulo de la Sanidad. (2013). *Sanidad 2020: un futuro incierto*. (C. de la Sanidad, Ed.).
- CISS. (2014). Barómetro sanitario 2014. Ficha técnica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Retrieved from [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2014/BS2014\\_FT.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2014/BS2014_FT.pdf)



- Cofares, G. (2013). *Impacto de las medidas de ahorro sobre el sector farmacéutico*.
- Conde-Ruiz, I., & Rubio, J. (2012). Copago Farmacéutico: ¿En función de la renta o de la edad? — Nada es Gratis. Retrieved October 15, 2015, from <http://nadaesgratis.es/rubio-ramirez/copago-farmaceutico-en-funcion-de-la-renta-o-de-la-edad>
- Consejo de Ministros del Gobierno de España. (2013). *Actualización del Programa de Estabilidad - Reino de España 2013 - 2016*. Madrid. Retrieved from <http://www.lamoncloa.gob.es/ConsejodeMinistros/Enlaces/260413EnlaceENRyPE.htm>
- Consejo General de Colegios de Enfermería. (2014). *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España*.
- Consejo general de colegios de medicos. (2013). *Evolución y Determinantes del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Cordero Ferrera, J., Cebada, E., & Murillo Zamorano, L. (2014). The effect of quality and socio-demographic variables on efficiency measures in primary health care. *The European Journal of Health Economics*, 15(3), 289–302. doi:10.1007/s10198-013-0476-1
- Cox, D. R., Fitzpatrick, R., Fletcher, A. E., Gore, S. M., Spiegelhalter, D. J., & Jones, D. R. (1992). Quality-of-life assessment: can we keep it simple? *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)*, 353–393.
- Criado-Álvarez, J. J., Morant Ginestar, C., & De Lucas Vegillas, A. (2002). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en los años 1987 y 1997 en Castilla-La Mancha, España. *Rev Esp Salud Publica*, 76, 27–36.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. doi:10.1007/BF02310555
- Cueto, E. G., Boubeta, A. R., & Mallou, J. V. (2003). Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. *Psicothema*, 15(4), 656–661.
- Cukierman, A., Hercowitz, Z., & Leiderman, L. (1992). *Political economy, growth, and business cycles*. Mit Press.
- Cylus, J., Mladovsky, P., & McKee, M. (2012). Is There a Statistical Relationship between Economic Crises and Changes in Government Health Expenditure Growth? An Analysis of Twenty-Four European Countries. *Health Services Research*, 47(6), 2204–2224. doi:10.1111/j.1475-6773.2012.01428.x
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social 9. *Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Dávila Quintana, C. D., & González López-Valcárcel, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 23(4), 261–5. doi:10.1016/j.gaceta.2009.04.003
- Delgado Téllez, M., Hernández de Cos, P., Hurtado, S., & Pérez García, J. (2015). *LOS MECANISMOS EXTRAORDINARIOS DE PAGO A PROVEEDORES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN ESPAÑA*. Banco de España. Documentos Ocasionales, 1501. Retrieved from



- <http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadas/DocumentosOcasionales/15/Fich/do1501.pdf>
- Diamond, G. a, & Kaul, S. (2009). Evidence-based financial incentives for healthcare reform: putting it together. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2(2), 134–40. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.108.825695
- Díaz, I. M. R., & Perrián, M. del M. V. (2003). La calidad asistencial: concepto y medida. *Dirección Y Organización: Revista de Dirección, Organización Y Administración de Empresas*, (29), 50–58.
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(1), 22–29.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743–1748.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115–1118.
- Donabedian, A. (1992). The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care*, 1(4), 247–251. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055035/>
- Donges, J. B. (2013). La capacidad europea para superar la crisis, a examen (pp. 1–11).
- ECDC. (2013). *Health inequalities , the financial crisis , and infectious disease in Europe*. Stockholm. doi:10.2900/90716
- Eirea Eiras, C., & Ortún Rubio, V. (2012). Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 26 Suppl 1, 102–6. doi:10.1016/j.gaceta.2011.11.006
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment And Review. *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 14(1), 57. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/210944284?accountid=15299>
- Espin Balbino, J., Abellán Perpián, J. M., Peiró Moreno, S., & Gómez Pajuelo, P. (2013). *Garantía, Solvencia y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Español: Análisis Cualitativo desde la Farmacia Hospitalaria*. (Fundacion Gaspar Casals, Ed.).
- Farrell, M. J. (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General)*, 253–290.
- Fernández, J. S., & Maldonado, J. S. (2009). Necesidades de gasto sanitario público inducidas por factores demográficos: un análisis por comunidades autónomas. *Revista de Estudios Regionales, EXT VIII*, 157–180. Retrieved from <http://www.revistaestudiosregionales.com/documentos/articulos/pdf1079.pdf>
- Fernández Torrico, J., & Exposito Tirado, J. (2013). Repercusión socioeconómica de las amputaciones en el pie diabético. *Angiología*, 65, 59–62.

- Fernández Villaverde, J., & Ohanian, L. (2010). The Spanish Crisis from a Global Perspective. *Documentos de Trabajo, FEDEA*, (3), 1–60. Retrieved from [http://uoc.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwnV3bSsNAEB1KRfFFLGq8wn6ASdPdXDagiBaDEAUklTKXkG42mj4k2tT\\_dyYXDD72KWwg7GV29pydw0wABLds89-Z4LoL7iE35z5PJ17i2YH0XK61nynlK6Hr8lCTPcrnO\\_k2gO6nfZQ7gTd0UnZXebIMLF2NKViJUxqXSY6Le6PKNP8or0WNTHR3xwOXLmFhNO\\_](http://uoc.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwnV3bSsNAEB1KRfFFLGq8wn6ASdPdXDagiBaDEAUklTKXkG42mj4k2tT_dyYXDD72KWwg7GV29pydw0wABLds89-Z4LoL7iE35z5PJ17i2YH0XK61nynlK6Hr8lCTPcrnO_k2gO6nfZQ7gTd0UnZXebIMLF2NKViJUxqXSY6Le6PKNP8or0WNTHR3xwOXLmFhNO_)
- Fernández-Llera, R. (2011). Descentralización, deuda pública y disciplina de mercado en España. *Innovar*, 21(39), 67–82. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-50512011000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512011000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Fichman, M., & Cummings, J. N. (2003). Multiple imputation for missing data: Making the most of what you know. *Organizational Research Methods*, 6(3), 282. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/195067849?accountid=15299>
- Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., & Beyer, F. R. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews U6 - ctx\_ver=Z39.88-2004&ctx\_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft\_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft\_val\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=An+overview+of+reviews+evaluating+the+e*, (7), CD009255. Retrieved from [http://uoc.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMw1Z3Pb9MwFMetalx2mTYBGzAk36eg4jiJc-DQZStlgWNqx3VyY3sZYkmUtwXaP\\_y3ovtOESC-06NFFtV7K\\_fd-v5Y0Ji9mEeTWyCNkJwyZlOMynALENHoROVJBiu5z18v1jyq6\\_i-7n4MZv9GRUx7Rp73Rf8PpcZXkCk9xuXuj164riiA7\\_bHYOyBRvepkE7MzA](http://uoc.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMw1Z3Pb9MwFMetalx2mTYBGzAk36eg4jiJc-DQZStlgWNqx3VyY3sZYkmUtwXaP_y3ovtOESC-06NFFtV7K_fd-v5Y0Ji9mEeTWyCNkJwyZlOMynALENHoROVJBiu5z18v1jyq6_i-7n4MZv9GRUx7Rp73Rf8PpcZXkCk9xuXuj164riiA7_bHYOyBRvepkE7MzA)
- Ford, E. S., Li, C., Zhao, G., Pearson, W. S., Tsai, J., & Greenlund, K. J. (2010). Trends in low-risk lifestyle factors among adults in the United States: findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System 1996-2007. *Preventive Medicine*, 51(5), 403–7. doi:10.1016/j.ypmed.2010.08.002
- FOX, D. M. (2006). The determinants of policy for population health. *Health Economics, Policy and Law*, 1(4), 395–407. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/208559084?accountid=15299>
- Francisco, C. C., Moreno Domene, P., & Plasencia Martín, J. C. (2015). Cálculo de la productividad y eficiencia de 20 hospitales pertenecientes a la Comunidad de Madrid en el periodo 2011-2013. *Sedisa*, 38, 1–12.
- Freudenberg, M. (2003). *Composite indicators of country performance: a critical assessment*. *OECD Science, Technology and Industry Working Papers* (Vol. 16). OECD Publishing. doi:10.1787/405566708255
- Freund, T., Campbell, S. M., Geissler, S., Kunz, C. U., Mahler, C., Peters-Klimm, F., & Szecsenyi, J. (2013). Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care–Sensitive Conditions. *Annals of Family Medicine*, 11(4), 363–370.

doi:10.1370/afm.1498

Fried, H. O., Lovell, C. A. K., & Schmidt, S. S. (2008). *The measurement of productive efficiency and productivity growth*. Oxford University Press.

García Cornejo, B. (2004). La experiencia en contabilidad de costes y en benchmarking del Sistema Nacional de Salud español. Balance de una década. *Revista de Administración Sanitaria*, 2(1), 103–123. Retrieved from <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=La+experiencia+en+contabilidad+de+costes+y+en+benchmarking+del+Sistema+Nacional+de+Salud+español.+Balance+de+una+década&btnG=&lr=>

García Ortega, C., Almenara Barrios, J., & García Ortega, J. J. (1998). Tasa de reingresos de un hospital comarcal. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 103–110. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57271998000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57271998000200003&script=sci_arttext)

Garrido, D., & Antonio, J. (2013). *Evaluación de los ingresos y los reingresos psiquiátricos agudos en los hospitales públicos de Canarias en el período 2000-2010*. Las Palmas de Gran Canaria.

Gerdtham, U.-G., Rehnberg, C., & Tambour, M. (1999). The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden. *Applied Economics*, 31(8), 935–945. Retrieved from <http://swopec.hhs.se/hastef/papers/hastef0170.pdf>

Gibson, O. R., Segal, L., & McDermott, R. A. (2013). A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Services Research*, 13, 336. doi:10.1186/1472-6963-13-336

Gil, V. B. J., Alvarez, J. C., & Portella, E. (2010). *Sostenibilidad del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto*.

Giles, E. L., Robalino, S., McColl, E., Sniehotta, F. F., & Adams, J. (2014). The Effectiveness of Financial Incentives for Health Behaviour Change: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 9(3), e90347. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0090347>

Gispert, R., Arán Barés, M. de, & Puigdefàbregas, A. (2006). La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gaceta Sanitaria*. scieloes.

Glazier, R. H., Klein-Geltink, J., Kopp, A., & Sibley, L. M. (2009). Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *Canadian Medical Association Journal*, 180(11), E72–E81. doi:10.1503/cmaj.081316

Gobierno de Castilla-La Mancha. (2011). *Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos en Castilla-La Mancha*. Retrieved from <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAAahUKEwibsMrMla3IAhWCVxoKHZTxDPg&url=http%3A%2F%2Fservicios.laverdad.es%2Fservicios%2Ftextos%2Fplan-garantia-servicios-sociales-basicos-mancha&usg=AFQjCNGihRVKj7gK9A>

- Gobierno de España. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011., Boletín oficial del estado 93143–93168 (2011).
- Gómez Juanes, V., Candás Villar, M. A., Fidalgo González, S., Armesto Gómez, J., Calvo Alcántara, M. J., de Marino Gómez-Sandoval, M. A., & Vicens Caldentey, C. (2000). Análisis del consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción. *Atención Primaria*, 25(9), 618–624. doi:10.1016/S0212-6567(00)78582-9
- González, F. (2011). Conferencia en Nueva Economía Forum. Retrieved from [http://www.nuevaeconomiaforum.org/\\_upload/ponencias/FE\\_Felipe\\_Gonzalez\\_20.10.11.pdf](http://www.nuevaeconomiaforum.org/_upload/ponencias/FE_Felipe_Gonzalez_20.10.11.pdf)
- González Sánchez, R. L., Rodríguez Fernández, M. M., Ferro Alfonso, M. de J., & García Milián, J. R. (1999). Caídas en el anciano: Consideraciones generales y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. scielocu.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., ... Pedersen, L. (2000). *Capitation, salary, fee for service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. The Cochrane Library*. Wiley Online Library. Retrieved from [http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Capitation\\_\\_salary\\_\\_fee-for-service\\_CochrReview.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Capitation__salary__fee-for-service_CochrReview.pdf)
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Ediciones Díaz de Santos.
- Halkos, G. E., & Tzeremes, N. G. (2011). A conditional nonparametric analysis for measuring the efficiency of regional public healthcare delivery: an application to Greek prefectures. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 103(1), 73–82. doi:10.1016/j.healthpol.2010.10.021
- Hamblin, R., Harrison, A., & Boyle, S. (1998). Waiting lists. The wrong target. *The Health Service Journal*, 108(5598), 28–31.
- Held, B. (2013). The Transformation of the Health Care Structure - Opportunity of Growth. *Equilibrium*, 8(3), 27–47. Retrieved from <http://ezproxy.eada.edu/docview/1493996681?accountid=134786>
- Hollingsworth, B. (2003). Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care. *Health Care Management Science*, 6(4), 203–218. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/227942844?accountid=15299>
- Hughes, J. M. (1988). Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): results and implications for the future. *Chemotherapy*, 34(6), 553–561.
- Ibars Alvaro, J. (2009). Absentismo laboral, un problema inaplazable. *Foment Del Treball Nacional= Fomento Del Trabajo*, (2126), 31–37.
- IDIS. (2014). *INFORME RESA 2014. Resultados en salud en la sanidad privada*.

- Illa, C. (2013). Cambios hospitalarios más recientes: (2010-12) haciendo más con menos. In IASIST (Ed.), *Conferencia top20 2013* (p. 16). Retrieved from [https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCMQFjAAahUKEwiJh57fgLHIAhWCoxoKHczRALQ&url=http://www.iasist.com/files/CarlesIlla\\_Ponencia\\_Top202013.pdf&usg=AFQjCNH8z09\\_VhO8upGmTWXkFifNUGefvA&sig2=Vz3wSVQl077lw\\_0TOth2HA](https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCMQFjAAahUKEwiJh57fgLHIAhWCoxoKHczRALQ&url=http://www.iasist.com/files/CarlesIlla_Ponencia_Top202013.pdf&usg=AFQjCNH8z09_VhO8upGmTWXkFifNUGefvA&sig2=Vz3wSVQl077lw_0TOth2HA)
- JCCM. Decreto núm. 88/2003, de 27 de mayo (2003).
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305–360. Retrieved from [http://www.business.illinois.edu/josephm/BA549\\_Fall 2014/Session 5/5\\_Jensen\\_Meckling \(1976\).pdf](http://www.business.illinois.edu/josephm/BA549_Fall 2014/Session 5/5_Jensen_Meckling (1976).pdf)
- Jimeno, J., & Santos, T. (2014). The crisis of the Spanish economy. *SERIEs*, 5(2-3), 125–141. doi:10.1007/s13209-014-0116-8
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. LEY 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada (2002). Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2003/01/28/pdfs/A03448-03449.pdf>
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Ley 1/2012, de 21 de febrero, de Medidas Complementarias para la Aplicación del Plan de Garantías de Servicios Sociales., BOE 57971–57994 (2012). España. Retrieved from <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-10756>
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Ley 6/2012, de 2 de agosto, de acompañamiento de la Ley 1/2012, de 21 de febrero, de Medidas Complementarias para la Aplicación del Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos de Castilla-La Mancha., BOE (2012).
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2014). Retrieved from <https://www.boe.es/boe/dias/2014/10/21/pdfs/BOE-A-2014-10666.pdf>
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195–1204. Retrieved from [http://www.researchgate.net/profile/Sue\\_Duval/publication/5840230\\_The\\_association\\_of\\_registered\\_nurse\\_staffing\\_levels\\_and\\_patient\\_outcomes\\_systematic\\_review\\_and\\_meta-analysis/links/02bfe51368647a6353000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Sue_Duval/publication/5840230_The_association_of_registered_nurse_staffing_levels_and_patient_outcomes_systematic_review_and_meta-analysis/links/02bfe51368647a6353000000.pdf)
- Kaplan, R. S., & Haas, D. A. (2014). HOW NOT TO CUT HEALTH CARE COSTS. *Harvard Business Review*, 92(11), 116–122. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=bth&AN=98971607&lang=es&site=ehost-live>
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance The Balanced Scorecard — Measures. *Harvard Business Review*, (January-

february), 71–79.

- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to Solve The Cost Crisis In Health Care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–64. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=bth&AN=64495985&lang=es&site=ehost-live>
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323–1331. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)
- Karidis, N. P., Dimitroulis, D., & Kouraklis, G. (2011). Global Financial Crisis and Surgical Practice: The Greek Paradigm. *World Journal of Surgery*, 35(11), 2377–2381. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00268-011-1228-y>
- Kelley, E., & Hurst, J. (2006). *Health care quality indicators project: Conceptual framework paper* (No. 23). *Health Care*. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378(9801), 1457–8. doi:10.1016/S0140-6736(11)61556-0
- Kondilis MD, PhD, E., Giannakopoulos MD, PhD, S., Gavana MD, PhD, M., Ierodiakonou MD, PhD, I., Waitzkin MD, PhD, H., & Benos MD, PhD, A. (2013). Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. *American Journal of Public Health*, 103(6), 973–980. Retrieved from <http://ezproxy.eada.edu/docview/1370735616?accountid=134786>
- Kreps, D. M. (1997). Intrinsic Motivation and Extrinsic Incentives. *The American Economic Review*. Nashville: American Economic Association. Retrieved from [http://uoc.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwjV1LT8MwDLYYHODCYzAxHIL\\_QLcIWZvkhACBQOwyCRC3KkmTaRJ0YxTx97Hbbkg8JK6NqqRu-uWza38GELw3iL9hApl8gle1F0o5lfrc6qDSXLBWwOUXVfhj-HdSI0v1OOy7Wm\\_KdvuLUGyQu585iho3ufkiZNg1dn8NaYuUvS3tWmp0YINRsLeuL\\_l08UXMnM](http://uoc.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwjV1LT8MwDLYYHODCYzAxHIL_QLcIWZvkhACBQOwyCRC3KkmTaRJ0YxTx97Hbbkg8JK6NqqRu-uWza38GELw3iL9hApl8gle1F0o5lfrc6qDSXLBWwOUXVfhj-HdSI0v1OOy7Wm_KdvuLUGyQu585iho3ufkiZNg1dn8NaYuUvS3tWmp0YINRsLeuL_l08UXMnM)
- Kuliks, B. W. (2005). Agency Theory, Reasoning and Culture at Enron: In Search of a Solution. *Journal of Business Ethics*, 59(4), 347–360. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10551-004-7308-2>
- Lalonde, M. (1974). *New perspective on the health of Canadians a working document*. Minister of supply and services.
- Lalonde, M. (2002). New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Revista Panamericana de Salud Pública*. scielosp.
- Lamas Díaz, M. J., Delgado Sánchez, O., & Poveda Andrés, J. L. (2013). Copago en la Farmacia de Hospital. *Farmacia Hospitalaria : órgano Oficial de Expresión Científica de La Sociedad*



- Española de Farmacia Hospitalaria*, 37(5), 345–7. doi:10.7399/FH.2013.37.5.1009
- Legido-Quigley, H., Otero, L., la Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346(June), f2363. doi:10.1136/bmj.f2363
- Lester, H., Schmittiel, J., Selby, J., Fireman, B., Campbell, S., Lee, J., ... Mavig, P. (2010). The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators : longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *British Medical Journal*, 340(April), 1–5. doi:10.1136/bmj.c1898
- Li, R. (2005). *Impact of financial incentives on physician productivity in medical groups*. ProQuest Dissertations and Theses. University of California, Berkeley, Ann Arbor. Retrieved from <http://ezproxy.eada.edu/docview/305034516?accountid=134786>
- Llácer, A., Fernández-Cuenca, R., & Martínez-Navarro, F. (2014). Crisis económica y patología infecciosa. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 97–103.
- Lohr, K. N., Brook, R. H., Kamberg, C. J., Goldberg, G. A., Leibowitz, A., Keesey, J., ... Newhouse, J. P. (1986). Use of medical care in the RAND Health Insurance Experiment: diagnosis-and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Medical Care*, S1–S87.
- López Casanovas, G. (2010). Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones. *Gestión Clínica Y Sanitaria*, 12(1), 27–29.
- López Méndez, L., Pastrana Román, I., González Hernández, J. C., Álvarez Reinoso, S., & Rodríguez Ramos, J. F. (2013). Caracterización de las infecciones nosocomiales. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*. scielocu.
- López-casasnovas, G. (2014). La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 18–23.
- López-Fernández, L. A., Martínez Millán, J. I., Fernández Ajuria, A., March Cerdà, J. C., Suess, A., Danet Danet, A., & Prieto Rodríguez, M. Á. (2012). ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S.*, 26(4), 298–300. doi:10.1016/j.gaceta.2012.06.001
- López-Valcárcel, B. G., & Barber-Pérez, P. (2006). Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. *Gaceta Sanitaria*, 20, 103–109.
- Luigi, S., Michael, B., & Valerie, M. (2013). *OECD Health Policy Studies Waiting Time Policies in the Health Sector What Works?: What Works?* OECD Publishing. Retrieved from [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works\\_9789264179080-en#page13](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works_9789264179080-en#page13)
- Lusardi, A., Schneider, D. J., & Tufano, P. (2010). *The economic crisis and medical care usage* (No. NBER Working Paper No. 15843).
- Macías, J. I. S., & López, F. R. (2004). Especialización y eficiencia en el sistema sanitario español. *Cuadernos Económicos de ICE*, (67), 27–48. Retrieved from

[http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE\\_67\\_27-47\\_F5A5843A2E253B9A37FCC67A3FA66A38.pdf](http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE_67_27-47_F5A5843A2E253B9A37FCC67A3FA66A38.pdf)

- Márquez-Calderón, S., Ruiz-Ramos, M., Juárez, S., & Librero López, J. (2011). Frecuencia de la cesárea en Andalucía: Relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios (2007-2009). *Revista Española de Salud Pública*. scielo.es.
- Martín, J. J. M., & González, M. del P. L. del A. (2011). La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2773–2782. doi:10.1590/S1413-81232011000600016
- Martínez, A. M. R. (2001). Los procesos de cambio organizativo: una aproximación teórica desde la perspectiva del equilibrio interrumpido. *Cuadernos de Estudios Empresariales*, (11), 271–290. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=305945&orden=1&info=link>
- Martínez-Frías, M. L., Bermejo, E., Rodríguez-Pinilla, E., Dequino, G., & del ECEMC, G. P. (2005). Evolución secular y por autonomías de la frecuencia de tratamientos de fertilidad, partos múltiples y cesáreas en España. *Medicina Clínica*, 124(4), 132–139.
- Martin-Moreno, J. M., Alfonso-Sanchez, J. L., Harris, M., & Lopez-Valcarcel, B. G. (2010). The effects of the financial crisis on primary prevention of cancer. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 46(14), 2525–33. doi:10.1016/j.ejca.2010.07.048
- Marzo, J. C., Martínez-Tur, V., Ramos, J., & Peiró, J. M. (2002). La satisfacción del usuario desde el modelo de la confirmación de expectativas: respuesta a algunos interrogantes. *Psicothema*, 14(4), 765–770.
- McElduff, P. (2004). Will changes in primary care improve health outcomes? Modelling the impact of financial incentives introduced to improve quality of care in the UK. *Quality and Safety in Health Care*, 13(3), 191–197. doi:10.1136/qshc.2003.007401
- McKee, M. (2001). Measuring the efficiency of health systems : The World Health Report sets the agenda, but there's still a long way to go. *BMJ : British Medical Journal*, 323(7308), 295–296. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120916/>
- Melichar, L. (2009). The effect of reimbursement on medical decision making: do physicians alter treatment in response to a managed care incentive? *Journal of Health Economics*, 28(4), 902–7. doi:10.1016/j.jhealeco.2009.03.004
- Meneu, R., & Ortún, V. (2011). Transparencia y buen gobierno en sanidad: También para salir de la crisis. *Gaceta Sanitaria*. scielo.es.
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. (2015). Periodo medio de pago a proveedores de las Administraciones Públicas. Retrieved October 5, 2015, from <http://www.minhap.gob.es/es-ES/CDI/PMP/Paginas/PMPdelasAAPP.aspx>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Retrieved from [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS\\_DB.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm)



- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015a). Estadística de Facturación de Recetas Médicas. Retrieved October 15, 2015, from <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015b). *Estadística de Gasto Sanitario Público*. Madrid. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015c). Estadística de Gasto Sanitario Público según principio de devengo 2002-2013. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.xls>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015d). Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Retrieved April 1, 2015, from <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns>
- Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Sostenibilidad del sistema nacional de salud*.
- Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Estudio sobre la evolución laboral de los especialistas egresados de la FSE entre 2009 y 2012*. Madrid. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/EstudioFSE20092012.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. (2015a). Consulta Interactiva del SNS. Retrieved from <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>
- Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. (2015b). *Mortalidad. Anexo de Notas Metodológicas*. Madrid. Retrieved from <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx>
- Miñana, J. S., & Camacho, J. G. (2007). Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el “despilfarro” español, un mito sin fundamento. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 5(1), 1–15. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Juan\\_Simo\\_Minana/publication/242751967\\_Gasto\\_farmacutico\\_en\\_Espaa\\_y\\_en\\_Europa\\_%281995-2002%29\\_el\\_despilfarro\\_espaol\\_un\\_mito\\_sin\\_fundamento/links/0deec52767d6364f3b000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juan_Simo_Minana/publication/242751967_Gasto_farmacutico_en_Espaa_y_en_Europa_%281995-2002%29_el_despilfarro_espaol_un_mito_sin_fundamento/links/0deec52767d6364f3b000000.pdf)
- Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*, 114(Supl 3), 26–33.
- Mira, J. J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J. A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS; un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4(4), 12–18.

- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., & Mckee, M. (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe. Polciy Summaries*.
- Moldan, B., Billharz, S., & Matravers, R. (1997). *Sustainability indicators: A report on the project on indicators of sustainable development*. Wiley Chichester.
- Moyano, P. (1978). *La incidencia de la dispersión de la población en el coste de los Servicios sanitarios en las comunidades autónomas españolas*. Retrieved from [http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/874/471/G16\\_69\\_Incidencia de la dispersión de la población en los costes sanitarios.pdf?blobheader=application/pdf;charset=UTF-8&blobheadername2=JCYL\\_EconomiaEmpleo&blobheadervalu](http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/874/471/G16_69_Incidencia%20de%20la%20dispersi%C3%B3n%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20en%20los%20costes%20sanitarios.pdf?blobheader=application/pdf;charset=UTF-8&blobheadername2=JCYL_EconomiaEmpleo&blobheadervalu)
- MÜLLER, J. (2013). *IDEAS PARA LA MODERNIZACIÓN DE ESPAÑA. Cuadernos de Pensamiento Político*. JSTOR.
- Murillo-Zamorano, L., & Petraglia, C. (2011). Technical efficiency in primary health care: does quality matter? *The European Journal of Health Economics*, 12(2), 115–125. doi:10.1007/s10198-010-0232-8
- Nardo, M., Saisana, M., Saltelli, A., Tarantola, S., Hoffman, A., & Giovannini, E. (2005). *Handbook on constructing composite indicators*.
- Navarro Espigares, J. L. (1995). *La eficiencia técnica de los hospitales andaluces*. Retrieved from <http://www.aecr.org/web/congresos/1997/cts/comun/a5/05-208.pdf>
- Navarro Espigares, J. L., & Hernández Torres, E. (2003). EFICIENCIA Y CALIDAD,¿ ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS O COMPLEMENTARIAS? XXIII Jornadas de Economía de la Salud, Cádiz. Disponible en: [http://www.cica.es/aliens/jaescadiz/Archivos% 20pdf/Archivos% 20pdf% 20tc/017tc. pdf el](http://www.cica.es/aliens/jaescadiz/Archivos%20pdf/Archivos%20pdf%20tc/017tc.pdf).
- Navarro, V. (2004). *The political and social contexts of health*. Baywood Publishing Company, Inc.
- Navarro, V. (2012). El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 26(2), 174–5. doi:10.1016/j.gaceta.2011.12.004
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037–1045. doi:10.1056/NEJMsa1001025
- Niskanen, W. A. (1991). *A Reflection on Bureaucracy and Representative Government*. Retrieved from <http://uoc.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwjV3PS8MwFH7odvGkoqJOIXjvLGnWNIxY2OgBxXvI01fvEg6f0zwv997aTtFZQi5IED7IMn7ypf3vg8gkcM4-pETblqES0aVhBAS6VcJY4O0l0rMdlZWbvpD3dzm90X-jX9rV7tLkiFzV7Vl0vxylCrWnkqvFi8Rm0jxZWvrqLENfULFjJ0c8mIWVB8lwRpfOLS>
- Nolte, E., & McKee, M. (2003). Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ : British Medical Journal*, 327(7424), 1129. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC261807/>

- Nuti, S., Vainieri, M., & Frey, M. (2012). Healthcare resources and expenditure in financial crisis: scenarios and managerial strategies. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(S4), 40–43. doi:10.3109/14767058.2012.715022
- OCDE. (2015a). Health Care Quality Indicators - Primary Care. doi:10.3109/13814789709160336
- OCDE. (2015b). *OECD Health Statistics 2015 Definitions, Sources and Methods Causes of mortality*. Retrieved from <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=9dc6e690-fa1d-40fa-a279-b726e2616433>
- OCDE Publishing. (2014). Health at a Glance : Europe 2014 (Vol. 2014, p. 144). Retrieved from <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114211e.pdf?expires=1431771475&id=id&accname=guest&checksum=1DE8828592BAFF7F21DC90854FA3BA12>
- Oecd. (2008). *Handbook on Constructing Composite Indicators*. Retrieved from <http://www.oecd.org/std/42495745.pdf>
- Olaechea, P. M., Insausti, J., Blanco, A., & Luque, P. (2010). Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. *Medicina Intensiva*. scieloes.
- Oliva, J., Peiró, S., & Puig-Junoy, J. (2013). Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada. *Economistas*, 136, 6–14.
- OPS. (2015, April 10). La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. Retrieved from [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10646%3AAla-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646%3AAla-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=fr)
- Orentlicher, D. (2011). Controlling Health Care Costs Through Public, Transparent Processes: The Conflict Between the Morally Right and the Socially Feasible. *Journal of Corporation Law*, 36(4), 807–821. Retrieved from <http://ezproxy.eada.edu/docview/881557726?accountid=134786>
- Ortega, A., & Pascual-Ramsay, Á. (2012). *¿ Qué nos ha pasado. El fallo de un país, Galaxia Gutenberg, Barcelona*. Retrieved from [http://www.galaxiagutenberg.com/media/60990/que\\_nos\\_ha\\_pasado\\_web2.pdf](http://www.galaxiagutenberg.com/media/60990/que_nos_ha_pasado_web2.pdf)
- Ortún Rubio, V. (2007). Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(1), 1–6. doi:10.1016/S1134-282X(07)71184-3
- Ortun, V., Casado, D., & Sánchez, J. (1999). Medidas de Producto y Producción en Atención Primaria. *Documentos de Trabajo Del Centro Ciencia, Tecnología Y Sociedad de La Fundación BBV. Barcelona: Fundación BBV*. Retrieved from [http://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/\\_pdf/paper31.pdf](http://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/_pdf/paper31.pdf)
- Orueta, J. F., García-Alvarez, A., Grandes, G., & Nuño-Solinís, R. (2015). Variability in potentially preventable hospitalisations: an observational study of clinical practice patterns of

- general practitioners and care outcomes in the Basque Country (Spain). *BMJ Open*, 5(5), e007360. doi:10.1136/bmjopen-2014-007360
- Palma, M., Lázaro, P., Azcona, B., Cardona, P., & Chinchilla, N. (1999). *Una exploración de la dedicación de los médicos en su organización* (Vol. 469). Zaragoza.
- Palmer, H. (1983). *Ambulatory health care evaluation: principles and practice*. American Hospital Publishing.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, 58(1), 111. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1296655910?accountid=15299>
- Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L., & Gofin, J. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S.*, 24 Suppl 1(<br /> **Notice:** Undefined index: numerolnicial in [/var/www/html/includes\\_ws/modulos/meta-scholar.php](/var/www/html/includes_ws/modulos/meta-scholar.php) on line 48<br /> />), 23–7. doi:10.1016/j.gaceta.2010.06.007
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6(3), 185–210. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90002-2](http://dx.doi.org/10.1016/0149-7189(83)90002-2)
- Peacock, A. T., & Wiseman, J. (1961). Front matter, The Growth of Public Expenditure in the United Kingdom. In *The growth of public expenditure in the United Kingdom* (pp. 30–32). Princeton University Press. Retrieved from <http://www.nber.org/chapters/c2302.pdf>
- Peiró, S., Artells, J. J., & Meneu, R. (2011). Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S.*, 25(2), 95–105. doi:10.1016/j.gaceta.2010.12.005
- Peiró, S., & García-Altés, A. (2008). Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22, 143–155.
- Peiró, S., & Sanfélix-Gimeno, G. (2010). La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6), 315–317.
- Pérez García, F., Cucarella Tormo, V., & Hernández Lahiguera, L. (2015). *Servicios públicos, diferencias territoriales e igualdad de oportunidades*. Retrieved from [http://www.fbbva.es/TLFU/dat/INFORME\\_SERVICIOS\\_PUBLICOS\\_FUNDAMENTALES\\_FBBVA-IVIE.pdf](http://www.fbbva.es/TLFU/dat/INFORME_SERVICIOS_PUBLICOS_FUNDAMENTALES_FBBVA-IVIE.pdf)
- Pérez, P. B., & López-Valcárcel, B. G. (2008). ¿ Hay suficientes profesionales sanitarios en España? *HUMANITAS. Humanidades Médicas, Tema Del Mes on-Line*, (23). Retrieved from [http://www.fundacionmhm.org/www\\_humanitas\\_es\\_numero23/articulo.pdf](http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero23/articulo.pdf)
- Perpiñán, J. M. A. (2013). *El sistema sanitario público en España y sus comunidades*

*autónomas: sostenibilidad y reformas*. Fundación BBVA.

- Pina, V., & Torres, L. (1992). EVALUATING THE EFFICIENCY OF NONPROFIT ORGANIZATIONS: AN APPLICATION OF DATA ENVELOPMENT ANALYSIS TO THE PUBLIC HEALTH SERVICE. *Financial Accountability & Management*, 8(3), 213. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=bth&AN=4541088&lang=es&site=ehost-live>
- Porreco, R. P., & Thorp, J. A. (1996). The cesarean birth epidemic: trends, causes, and solutions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(2), 369–374.
- Portella, E. (2011). Quines mesures cal prendre per tal d'afrontar els diferents tipus de crisi? *Papers de La Fundació Unió*, (10).
- Puig-Junoy, J. (1998). Measuring health production performance in the OECD. *Applied Economics Letters*, 5(4), 255. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=bth&AN=593210&lang=es&site=ehost-live>
- Puig-Junoy, J. (2000). EFICIENCIA EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD : UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LAS MEDIDAS DE FRONTERA. *Revista Española de Salud Pública*, 74(5-6), 483–495. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v74n5-6/efici.pdf>
- Puig-Junoy, J. (2011). ¿Recortar o desinvertir? *Economía Y Salud: Boletín Informativo*, (72), 1–5. Retrieved from <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=¿Recortar+o+desinvertir?+Puig&btnG=&lr=>
- Puig-junoy, J. (2013). *Paying for formerly free medicines in spain: dramatic prescription drops, looking for unanswered questions* (No. CRES-UPF Working Paper #201307-76). Barcelona.
- Pujol, M., & Limón, E. (2013). Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 31(2), 108–113. doi:10.1016/j.eimc.2013.01.001
- Pujol Ribera, E., Gené Badia, J., Sans Corrales, M., Sampietro-Colom, L., Pasarín Rua, M. I., Iglesias-Pérez, B., ... Escaramis-Babiano, G. (2006). El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gaceta Sanitaria*. scielo.es.
- Puolamaa, M., Kaplas, M., & Reinikainen, T. (1996). *Index of environmental friendliness: a methodological study*. Official Statistics of Finland.
- Pwc. (2007). *Keeping Score. A comparison of pay for performance programs among commercial insurers* (Vol. 52). doi:10.1037/a0006625
- Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E., & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 113(1-2), 13–9. doi:10.1016/j.healthpol.2013.09.005
- Rawdanowicz, Ł., Wurzel, E., & Christensen, A. K. (2013). *The Equity Implications of Fiscal Consolidation* (No. 1013). OECD Publishing. doi:10.1787/5k4dlvx2wj0-en

- Real Decreto 16/2012 - Texto Informativo - Rioja Salud. (2015). Retrieved October 19, 2015, from <https://www.riojasalud.es/real-decreto-162012-texto-informativo>
- Reeves, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 115(1), 1–8. doi:10.1016/j.healthpol.2013.11.008
- Reino de España. (2015). *Programa Nacional de Reformas*. Madrid.
- Repullo, J. R. (2012a). *Desinvertir en tontunas clínicas y en mal gobierno para reinvertir en salud*.
- Repullo, J. R. (2012b). Taxonomía práctica de la « desinversión sanitaria » en lo que no añade valor , para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. In *Acta Sanitaria*.
- Repullo, J. R. (2014). Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad . Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 62–68.
- Riba, C. (2014). *Métodos de investigación cualitativa*. (Universitat Oberta de Catalunya, Ed.) (Vol. 3<sup>a</sup>). Barcelona U6 - ctx\_ver=Z39.88-2004&ctx\_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft\_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft\_val\_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:book&rft.genre=book&rft.title=M%C3%A9todos+de+investigaci%C3%B3n+cualitativa&rft.au=Riba%2C+Carles&rft.date=20: Universitat Oberta de Catalunya. Retrieved from <http://uoc.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwY2AwNtlz0EUrE9KAFatlkrIFklmKUVKKeYqxYZoJsO5PtUw0Tk2xAO8Rc3Yz8faxCHSyCGNigF1UBx7CSE3XK81Phi-qAQ9cGABreUMLYF5UNXIEKglWwcCWDCiBe5m5g893TEaqJdwEGVhTQVsHhBiYUvNEGNR8D68sAXb6ihVSUhUyYcdZJGce3pynkAzeygg>
- Rice, N., Cole, T. J., Dixon, P., Lloyd, D. C. E. F., & Roberts, D. (2000). Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysisCommentary: The emphasis on transparency weakens the formula. *BMJ*, 320(7230), 284–288. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/320/7230/284.abstract>
- Richards, M. (2010). *Extent and causes of international variations in drug usage*. Londres.
- Rivadeneyra-sicilia, A., Minué, S., & Artundo, C. (2014). Lecciones desde fuera . Otros países en ésta y otras crisis anteriores . Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 12–17.
- Rivera Casares, F., Illana Mayordomo, A., Oltra Benavent, A., Narváez Hostaled, M., Benlloch, C., & Rovira Peña, B. (2000). Características de los Pacientes que no Utilizan las Consultas de Atención Primaria. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 117–121. doi:10.1016/S0213-9111(00)71444-0
- Robbins, A. (1998). David Kindig's Purchasing Population Health: Paying for Results. *Public Health Reports*, 113(4), 369. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308399/>
- Robinson, J., & Wharrad, H. (2000). Invisible nursing: exploring health outcomes at a global



- level. Relationships between infant and under-5 mortality rates and the distribution of health professionals, GNP per capita, and female literacy. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 28–40. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01458.x
- Rodríguez, E., Álvarez, B., & Abad, P. (2008). Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 702–707. doi:10.1590/S0102-311X2008000300025
- Rodríguez, M., & Puig-Junoy, J. (2012). Por qué no hay que temer al copago. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 78–79. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v26n1/debate1.pdf>
- Rosenman, R., Siddharthan, K., & Ahern, M. (1997). Output Efficiency of Health Maintenance Organizations in Florida. *Health Economics*, 6(3), 295–302. doi:10.1002/(SICI)1099-1050(199705)6:3<295::AID-HEC265>3.0.CO;2-#
- Sáez, M. (2003). Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gaceta Sanitaria*, 17, 412–419. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v17n5/especial.pdf>
- Saisana, M., & Tarantola, S. (2002). *State-of-the-art report on current methodologies and practices for composite indicator development*. Citeseer.
- Salinas-Jiménez, J., & Smith, P. (1996). Data envelopment analysis applied to quality in primary health care. *Annals of Operations Research*, 67(1-4), 141–161. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=bth&AN=18666728&lang=es&site=ehost-live>
- Sanfélix-Gimeno, G., Peiró, S., & Meneu, R. (2012). La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S.*, 26 Suppl 1, 41–5. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.015
- Sanmartin, C. (2001). Establishing acceptable waiting times for medical services: a review of the evidence and proposed methods. *From Chaos to Order: Making Sense of Waiting Lists in Canada*.
- Saturno, P. J. (1998). Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica: marco conceptual y guía metodológica. *Revista de Calidad Asistencial*, 13(7), 437.
- Saturno, P. J. (2004). La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 19(6), 407–415. doi:10.1016/S1134-282X(04)77732-5
- Schwab, K. (2015). *Insight Report «The Global Competitiveness Report 2014–2015»*[Electronic resource]. Geneva: World Economic Forum. Retrieved from [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GlobalCompetitivenessReport\\_2014-15.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2014-15.pdf)
- Sedisa. (2013). *Declaración de SEDISA sobre las reformas sanitarias en España y las CCAA*. Sanifax.
- SEDISA. (2013). *Informe de SEDISA sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud LA*

- PROFESIONALIZACIÓN DE LOS DIRECTIVOS DE LA SALUD*. Madrid. Retrieved from [http://www.sedisasigloxxi.com/IMG/doc/INFORME\\_definitivo.doc](http://www.sedisasigloxxi.com/IMG/doc/INFORME_definitivo.doc)
- Serna, M. C., Ribes, E., Real, J., Galván, L., Gascó, E., & Godoy, P. (2011). Alta exposición a antibióticos en la población y sus diferencias por género y edad. *Atención Primaria*, 43(5), 236–244.
- Servicio Andaluz de Salud. (2007). *Guía para elaborar el acuerdo de gestión clínica 2007*.
- SESCAM. Acuerdo de bases para el desarrollo de la sanidad en Castilla-La Mancha (2003).
- SESCAM. (2012). *Protocolo con sindicatos para la mejora de la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario de Castilla-La Mancha*. Toledo.
- SESCAM. (2013). Ficha técnica de la encuesta de satisfacción de usuarios del SESCAM. Toledo: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- SESCAM. (2014). *Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017*. Toledo. Retrieved from [http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150410/plan\\_cronicos.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150410/plan_cronicos.pdf)
- Siciliani, L., & Hurst, J. (2003). Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries.
- Sinimole, K. R. (2012). Evaluation of the efficiency of national health systems of the members of World Health Organization. *Leadership in Health Services*, 25(2), 139–150. doi:10.1108/17511871211221055
- Subirats, J. (1989). DEFINICIÓN DEL PROBLEMA. RELEVANCIA PÚBLICA Y FORMACIÓN DE LA AGENDA DE ACTUACIÓN DE LOS PODERES PÚBLICOS. In *Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración*. INAP. Retrieved from [http://aprende.contraloria.gov.co:8080/courses/506/Subirats\\_Análisis\\_eficacia.pdf](http://aprende.contraloria.gov.co:8080/courses/506/Subirats_Análisis_eficacia.pdf)
- Sülkü, S. N., & Caner, A. (2011). Health care expenditures and gross domestic product: the Turkish case. *The European Journal of Health Economics : HEPAC*, 12(1), 29–38. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10198-010-0221-y>
- Sussman, J. B., Halasyamani, L. K., & Davis, M. M. (2010). Hospitals during recession and recovery: vulnerable institutions and quality at risk. *Journal of Hospital Medicine*, 5(5), 302–305.
- Sutton, M., Nikolova, S., Boaden, R., Lester, H., McDonald, R., & Roland, M. (2012). Reduced mortality with hospital pay for performance in England. *The New England Journal of Medicine*, 367(19), 1821–8. doi:10.1056/NEJMs1114951
- Tarantola, S. (2002). *Statistical techniques and participatory approaches for the composition of the European Internal Market Index 1992-2001*. (E. Union, Ed.). European Commission, Joint Research Centre, Institute for the Protection and the Security of the Citizen, Technological and Economic Risk Management Unit. Retrieved from



- <http://bookshop.europa.eu/en/statistical-techniques-and-participatory-approaches-for-the-composition-of-the-european-internal-market-index-1992-2001-pbEUNA20547/>
- The king's fund. (2011). *The future of leadership and management in the NHS. No more heroes*.
- Thomas, S., Keegan, C., Barry, S., Layte, R., Jowett, M., & Normand, C. (2013). A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. *BMC Health Services Research*, 13, 450. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-450>
- Thomson, S., Jowett, M., & Mladovsky, P. (2014). *Health System Responses to Financial Pressures in Ireland: Policy Options in an International Context* (No. 33).
- Tsafalios, M. (2014). Greek crisis fallout is an opportunity for health. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 92(1), 8–9. Retrieved from <http://ezproxy.eada.edu/docview/1492893863?accountid=134786>
- Union Europea. (2012). *The European Core Health Indicators ( ECHI ) shortlist of 88 health indicators identified by policy area*. Retrieved from [http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi\\_shortlist\\_by\\_policy\\_area\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_shortlist_by_policy_area_en.pdf)
- Urbanos Garrido, R., & Puig-Junoy, J. (2014). Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 81–88.
- Urbanos, R. (2010). La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 24 Suppl 1(<br /> **Notice:** Undefined index: numerolnicial in [/var/www/html/includes\\_ws/modulos/meta-scholar.php](/var/www/html/includes_ws/modulos/meta-scholar.php) on line 48<br />), 7–11. doi:10.1016/j.gaceta.2010.05.003
- Vega, E. G. (2012). Real decreto ley 16/2012. Análisis de consecuencias. *Economía Y Salud*, 26(julio-agosto), 4–8.
- Vuori, H. (1987). Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? *QRB. Quality Review Bulletin*, 13(3), 106–108.
- Wagner, A. (1892). *Grundlegung der politischen Ökonomie* (Vol. 1). CF Winter.
- Wang, B. B., Ozcan, Y. A., Wan, T. T., & Harrison, J. (1999). Trends in Hospital Efficiency Among Metropolitan Markets. *Journal of Medical Systems*, 23(2), 83–97. doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1020585118381>
- WHO. (2000). *Healthsystems: Improving Performance*. Geneva: WHO. Retrieved from [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)
- Wolff, J. L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 162(20), 2269–76. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12418941>
- World Health Organization – Regional Office for Europe. (2013). *Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/04/oslo-conference-on-health-systems-and-the-economic-crisis/documentation/working-documents/health,->

health-systems-and-economic-crisis-in-europe-impact-and-policy-implications

- Yip, W. C.-M., Hsiao, W., Meng, Q., Chen, W., & Sun, X. (2010). Realignment of incentives for health-care providers in China. *The Lancet*, 375(9720), 1120–1130.
- ZABALEGUI, A., & CABRERA, E. (2010). Economic crisis and nursing in Spain. *Journal of Nursing Management*, 18(5), 505–508. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01118.x
- Zapata Rotundo, G. J., & Hernández Arias, A. (2010). Sistema de incentivos y tipos básicos de trabajo en la organización bajo la perspectiva de la teoría de agencia. (Spanish). *Pensamiento & Gestión*, (29), 56–86. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=bth&AN=65172024&lang=es&site=ehost-live>
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. Simon and Schuster.
- Zuckerman, J. D., Skovron, M. L., Koval, K. J., Aharonoff, G., & Frankel, V. H. (1995). Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 77(10), 1551–6. Retrieved from <http://jbjs.org/content/77/10/1551.abstract>

# Índice de ilustraciones

|                                                                                                                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 1: Áreas de actuación pública de mayor interés para el ciudadano. Fuente: Elaboración propia a partir de Centro de Investigaciones Sociológicas. (2013). Barómetro Sanitario 2013. Madrid.....  | 18 |
| Ilustración 2: Porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad es el área de mayor interés. Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas. (2013). Barómetro Sanitario 2013. Madrid ...                   | 19 |
| Ilustración 3: Consumo de alcohol. Litros per cápita. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en Mayo 2015 .....                                                                                                 | 20 |
| Ilustración 4: Consumo de bebidas alcohólicas en cantidad de riesgo para la salud. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. Consultado en Mayo 2015.....   | 21 |
| Ilustración 5: Frecuencia de consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses Población de 15 y más años. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. MSSSI e INE .....                               | 21 |
| Ilustración 6: Consumo de tabaco. Gramos per cápita 2010. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en Mayo 2015 .....                                                                                             | 22 |
| Ilustración 7: Consumo actual de tabaco. Población de 15 y más años. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. Consultado en Mayo 2015 .....                | 22 |
| Ilustración 8: Porcentaje de niños que consume fruta a diario. Fuente: OCDE. Health at a Glance 2013.....                                                                                                   | 23 |
| Ilustración 9: Consumo de fruta diario en niños de menos de 15 años. Fuente: OCDE. Health at a Glance 2013. Extraído en abril 2015. ....                                                                    | 24 |
| Ilustración 10: Modelo en capas concéntricas. Fuente: : (Pasarín, Forcada, Montaner, De Peray, & Gofin, 2010) .....                                                                                         | 24 |
| Ilustración 11: Modelo de determinantes de salud. Fuente: (Borrell & Malmusi, 2010) .....                                                                                                                   | 25 |
| Ilustración 12: Ratios medios de crecimiento de los componentes del gasto sanitario en la UE. Source: OECD Health Statistics 2014.....                                                                      | 26 |
| Ilustración 13: Tasa de suicidios ajustada por edad. Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Extraído en agosto 2015 .....           | 28 |
| Ilustración 14: Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol. . Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Extraído en agosto 2015..... | 29 |
| Ilustración 15: Gasto total en salud como porcentaje del PIB en 2012. Fuente: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database .....                       | 32 |
| Ilustración 16: Gasto sanitario/PIB año 2000. Fuente: OECD Health Data. Data extracted on 20 Apr 2015 18:22 UTC (GMT) from OECD.Stat .....                                                                  | 33 |
| Ilustración 17: Gasto sanitario/PIB año 2009. Fuente: OECD Health Data. Data extracted on 20 Apr 2015 18:22 UTC (GMT) from OECD.Stat .....                                                                  | 34 |
| Ilustración 18: Gasto sanitario/PIB año 2012. Fuente: OECD Health Data. Data extracted on 20 Apr 2015 18:22 UTC (GMT) from OECD.Stat .....                                                                  | 35 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 19: Evolución del gasto sanitario respecto al PIB. Fuente: OECD Health Data. Data extracted on 20 Apr 2015 18:22 UTC (GMT) from OECD.Stat .....                                                                                                                                                                                                                                                                           | 35 |
| Ilustración 20: Crecimiento del gasto sanitario respecto al PIB en España y en la Unión Europea a 28. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Extraído en septiembre 2015.....                                                                                                                                                                                                                                                 | 36 |
| Ilustración 21: Gasto sanitario público y privado per cápita 2012 en países europeos. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015.....                                                                                                                                                                                                                                                               | 37 |
| Ilustración 22: Porcentaje del PIB dedicado a gasto sanitario público. Fuente: OCDE Health Data. Consultado en octubre 2015 .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 38 |
| Ilustración 23: Ratios medios de crecimiento anual del gasto sanitario per cápita en países OCDE, separados en dos periodos: 2000-09, y 2009-12. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015 .....                                                                                                                                                                                                   | 39 |
| Ilustración 24: Gasto sanitario por funciones en países europeos para el año 2012. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015.....                                                                                                                                                                                                                                                                  | 39 |
| Ilustración 25: Evolución en varios periodos del gasto sanitario por funciones en países europeos para el año 2012. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015 .....                                                                                                                                                                                                                                | 40 |
| Ilustración 26: Incremento del gasto sanitario público y del PIB. Fuentes: Contabilidad Nacional de España Base 2010, Instituto Nacional de Estadística, y Estadística de Gasto Sanitario Público, Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Extraído en septiembre 2015.....                                                                                                                                             | 41 |
| Ilustración 27: Serie de gasto sanitario y PIB a precios corrientes en España. Año 2002=100. Fuentes: Contabilidad Regional de España, serie 2000-2014, base 2000, Instituto Nacional de Estadística, y Estadística de Gasto Sanitario Público, principio de devengo 2002-2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído en septiembre 2015 .....                                                               | 42 |
| Ilustración 28: Serie de gasto sanitario y PIB a precios corrientes en Castilla-La Mancha. Fuentes: Contabilidad Regional de España, con base 2002=100. Serie 2000-2014, base 2000, Instituto Nacional de Estadística, y Estadística de Gasto Sanitario Público, principio de devengo 2002-2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído y elaborado en septiembre 2015 .....                                  | 43 |
| Ilustración 29: Crecimiento del gasto sanitario autonómico real en Castilla-La Mancha y España hasta 2010. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015) .....                                                                                                                                                                                                                                                   | 44 |
| Ilustración 30: Variación anual del gasto sanitario real per cápita realizado por las comunidades autónomas. Comparación entre Castilla-La Mancha y el total de España hasta el año 2010. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015).....                                                                                                                                                                     | 44 |
| Ilustración 31: Evolución de la proporción del gasto sanitario público respecto al PIB en España y Castilla-La Mancha, en el periodo 2002-2010. Fuentes: Contabilidad Nacional y Regional de España, serie 2000-2014, base 2000, Instituto Nacional de Estadística, y Estadística de Gasto Sanitario Público, principio de devengo 2002-2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído en septiembre 2015 ..... | 45 |
| Ilustración 32: Variación del gasto sanitario real realizado por las comunidades autónomas entre 2001-2010. Comparación entre CCAA. En rojo, las comunidades que gestionaban su atención sanitaria pública antes de 2001. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015) .....                                                                                                                                    | 47 |
| Ilustración 33: Variación del gasto sanitario real per cápita realizado por las comunidades autónomas entre 2001-2010. Comparación entre CCAA. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015) .....                                                                                                                                                                                                               | 47 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 34: Evolución del gasto real en operaciones corrientes 2002-11. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras. SESCOAM. Extraído en Abril 2015 .....                                                                                             | 48 |
| Ilustración 35: SESCOAM: Peso relativo de los capítulos presupuestarios. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras. SESCOAM. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                | 49 |
| Ilustración 36: SESCOAM: Incrementos anuales en el gasto por capítulos. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras. SESCOAM. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                 | 49 |
| Ilustración 37: Evolución del gasto del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha respecto a su presupuesto inicial, en el periodo 2002-2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam. Extraído en abril 2015. ....                           | 51 |
| Ilustración 38: Numero de médicos por cada 1000 habitantes. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en Abril 2015 .....                                                                                                                                                               | 54 |
| Ilustración 39: Densidad de médicos por población en España. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en Abril 2015 .....                                                                                                                                                              | 55 |
| Ilustración 40: Evolución de la densidad de médicos por población en España respecto a otros países de la Unión Europea. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en Abril 2015.....                                                                                                   | 56 |
| Ilustración 41: Proporción médicos/población por Comunidades Autónomas. Fuente: (Consejo General de Colegios de Enfermería, 2014) .....                                                                                                                                          | 57 |
| Ilustración 42: Número de enfermeras por cada 1000 habitantes en países de la Unión Europea. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                                              | 58 |
| Ilustración 43: Densidad de enfermeros por población. Fuente: OCDE Health Data. Oficina Estadística de la OCDE. <a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#">http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#</a> . Extraído en Abril 2015 ..... | 59 |
| Ilustración 44: Proporción enfermeros/población por CCAA. Fuente: Consejo General de Colegios de Enfermería. (2014). Informe sobre recursos humanos sanitarios en España. Extraído en abril 2015 .....                                                                           | 60 |
| Ilustración 45: Salario del médico de primaria respecto al salario medio. Datos referidos a 2011 salvo Suecia (2002) y Estados Unidos (2001). Fuente: OCDE Health Data. Oficina Estadística de la OCDE. Extraído en Abril 2015 .....                                             | 62 |
| Ilustración 46: Salario del médico especialista respecto al salario medio. Datos referidos a 2011 salvo Alemania (2010), Portugal (2005), Suecia (2002) y Estados Unidos (2001). Fuente: OCDE Health Data. Oficina Estadística de la OCDE. Extraído en Abril 2015.....           | 63 |
| Ilustración 47: Salario de la enfermera hospitalaria respecto al salario medio. Datos referidos a 2011 salvo Canada (2010), Alemania (2010), y Portugal (2005). Fuente: OCDE Health Data. Oficina Estadística de la OCDE. Extraído en Abril 2015.....                            | 64 |
| Ilustración 48: Evolución del número de profesionales sanitarios en Hospitales en España. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos en régimen de internado. Serie 1997-2011. Consultado en abril 2015 .....                                                   | 67 |
| Ilustración 49: Incrementos de plantilla SNS 1998-2006. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Serie 1997-2011. Extraído en abril 2015.....                                                                            | 68 |
| Ilustración 50: Incrementos en número de médicos y enfermeras hospitalarios SNS. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Serie 1997-2011. Extraído en abril 2015 .....                                                  | 69 |
| Ilustración 51: Incrementos de plantilla hospitales SNS 1998-2006. Fuentes: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, serie 1997-2011 y                                                                                           |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Eurostat: Government deficit/surplus, debt and associated data [gov_10dd_edpt1]. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                                                                                                                                                                  | 70 |
| Ilustración 52: Evolución del número de profesionales sanitarios en Hospitales en Castilla-La Mancha. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Serie 1997-2011. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                           | 71 |
| Ilustración 53: Incrementos en número de médicos y enfermeras hospitalarios en Castilla-La Mancha. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Serie 1997-2011. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                              | 71 |
| Ilustración 54 Incrementos en número de profesionales sanitarios hospitalarios en España y Castilla-La Mancha. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Serie 1997-2011. Extraído en abril 2015.....                                                                                                   | 72 |
| Ilustración 55: Médicos en especializada por 1000 habitantes. Fuente: Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Consultado en abril 2015 .....                                                                                                                                                                          | 73 |
| Ilustración 56: Enfermeras en especializada por 1000 habitantes. Fuente: Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Consultado en abril 2015 .....                                                                                                                                                                       | 73 |
| Ilustración 57: Evolución del número de enfermeras en atención primaria en el SNS. Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015 .....                                                                                                                      | 75 |
| Ilustración 58: Evolución del número de médicos de familia en el SNS. Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015.                                                                                                                                        |    |
| <a href="http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns">http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns</a> .....                                                                                                                                                                                                                | 75 |
| Ilustración 59: Evolución del número de pediatras en el SNS. Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015. <a href="http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns">http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns</a> ..... | 76 |
| Ilustración 60: Evolución del número efectivos en personal no sanitario de atención primaria en el SNS. Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015.....                                                                                                  | 76 |
| Ilustración 61: Número de habitantes por médico de familia en España y Castilla-La Mancha. Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015.                                                                                                                   |    |
| <a href="http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns">http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns</a> .....                                                                                                                                                                                                                | 77 |
| Ilustración 62: Número de habitantes por enfermera de Atención Primaria en España y Castilla-La Mancha. Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015.....                                                                                                  | 78 |
| Ilustración 63: Número de consultas por médico de familia en España y Castilla-La Mancha. Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015.....                                                                                                                | 79 |
| Ilustración 64: Evolución del gasto sanitario y de los gastos de personal de las CCAA en España en el periodo 2002 a 2012. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.....                                                                                  | 80 |
| Ilustración 65: Tasas de incremento/decremento anual del gasto sanitario total y el gasto de personal. Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.                                                                           | 80 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 66: Evolución del gasto sanitario y de los gastos de personal en sanidad de Castilla-La Mancha en el periodo 2002 a 2012. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.                       | 81 |
| Ilustración 67: Tasas de incremento/decremento anual del gasto sanitario total y el gasto de personal en Castilla-La Mancha. Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015. | 82 |
| Ilustración 68: Peso de los gastos de personal respecto al gasto total. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.                                                                                     | 83 |
| Ilustración 69: Incrementos del gasto sanitario en personal en España y Castilla-La Mancha. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público 2002-2012. Consultado en marzo 2015.                                                                 | 83 |
| Ilustración 70: Evolución del gasto de personal del SESCAM entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM                                                                                                                                                 | 84 |
| Ilustración 71: Evolución del coste salarial del SESCAM entre 2001 y 2010 por categorías. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM                                                                                                                                     | 85 |
| Ilustración 72: Incremento del gasto en sueldos por categorías entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Infraestructuras SESCAM                                                                                                                                                                     | 86 |
| Ilustración 73: Evolución del gasto en complemento por atención continuada entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Infraestructuras SESCAM                                                                                                                                                         | 87 |
| Ilustración 74: Evolución del gasto en complemento por sustituciones y eventualidades por categorías entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Infraestructuras SESCAM                                                                                                                               | 88 |
| Ilustración 75: Variación retributiva 2001-2012 por categorías. Fuente: Unidad de costes de personal. Dirección General de Recursos Humanos. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.                                                                                                                      | 89 |
| Ilustración 76: Variación retributiva 2001-2012 por categorías. Fuente: Unidad de costes de personal. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha                                                                                                                                                              | 90 |
| Ilustración 77: Diferencia en jornada laboral - 1998/2003. Fuente: ILOSTAT - Servicio Estadístico de la Organización Internacional del Trabajo. Naciones Unidas. Consultado en abril 2015.                                                                                                                 | 91 |
| Ilustración 78: Diferencia en jornada laboral - 2003/2013. Fuente: ILOSTAT - Servicio Estadístico de la Organización Internacional del Trabajo. Naciones Unidas. Consultado el 20-4-15.                                                                                                                    | 92 |
| Ilustración 79: Diferencias entre horas efectivamente trabajadas en Administración Pública y Servicios Sociales y Comunitarios respecto al total de los sectores. Fuente: ILOSTAT - Servicio Estadístico de la Organización Internacional del Trabajo. Naciones Unidas. Consultado el 20-4-15.             | 93 |
| Ilustración 80: Horas trabajadas en el sector salud, incluyendo sector público y privado. Fuente: Eurostat. Consultado en abril 2015                                                                                                                                                                       | 94 |
| Ilustración 81: Evolución de las horas trabajadas en Sanidad y Servicios Sociales. Fuente: Laborsta, OIT. Consultado en abril 2015                                                                                                                                                                         | 95 |
| Ilustración 82: Jornada en turno diurno en 2011 en distintos servicios de salud. Fuente: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Servicio de Costes de Personal                                                                                                                                           | 96 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 83: Comparación de salarios para un facultativo especialista en distintos servicios regionales de salud en 2014. Fuente: Departamento de Costes de Personal. Dirección General de Recursos Humanos. SESCAM.....                                              | 98  |
| Ilustración 84: Precio/hora guardia día laborable en Castilla-La Mancha para médicos y enfermeros. Fuente: Servicio de Costes de Personal del SESCAM .....                                                                                                               | 99  |
| Ilustración 85: Comparación del valor de la hora de guardia en 2011 entre diversos servicios de salud. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM .....                                                                                                    | 100 |
| Ilustración 86: Evolución del gasto en atención continuada del SESCAM entre 2001 y 2010, desglosado por categorías .....                                                                                                                                                 | 101 |
| Ilustración 87: Evolución del montante medio de incentivos por productividad variable por trabajador en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2014.....                                                                 | 106 |
| Ilustración 88: Absentismo del SESCAM y de la población general. Fuente: Gerencia de Inspección del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha .....                                                                                                                        | 108 |
| Ilustración 89: Gasto en bienes y servicios en el Sescam de 2001 a 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam .....                                                                                                              | 110 |
| Ilustración 90: Gasto en Material Sanitario, Implantes y Material de Laboratorio. Evolución 2001-2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica Infraestructuras del Sescam... ..                                                                                  | 111 |
| Ilustración 91: Evolución del gasto en farmacia hospitalaria y hemoderivados entre 2001 y 2010 en el Sescam. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam.....                                                                           | 111 |
| Ilustración 92: Gastos en conciertos con hospitales privados y en concertación del transporte sanitario entre 2001 y 2010 en el Sescam. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam .....                                               | 112 |
| Ilustración 93: Gastos en diversas partidas de concertación externa de servicios sanitarios entre 2001 y 2010 en el Sescam. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam .....                                                           | 113 |
| Ilustración 94: Evolución del gasto en contratas externas de limpieza, entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam .....                                                                                             | 113 |
| Ilustración 95: Evolución del gasto en contratas externas de seguridad y catering, entre 2001 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del Sescam .....                                                                                 | 114 |
| Ilustración 96: Consumo de fármacos en oficinas de farmacia en euros per cápita en el año 2010. Fuente: OECD Health at a Glance: Europe 2012 .....                                                                                                                       | 115 |
| Ilustración 97: Gasto en recetas médicas en el SESCAM en el periodo 2001 a 2010. Fuente: Dirección General Económica y de Infraestructuras del SESCAM.....                                                                                                               | 116 |
| Ilustración 98: Gasto total del SESCAM en operaciones de capital (inversiones más transferencias de capital) en el periodo 2001-2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                 | 117 |
| Ilustración 99: Evolución del porcentaje de endeudamiento respecto al PIB regional de varias comunidades autónomas en España. Fuente: Banco de España .....                                                                                                              | 124 |
| Ilustración 100: Evolución de la deuda acumulada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM.....                                                                                          | 132 |
| Ilustración 101: Evolución de la deuda acumulada en Material sanitario y Farmacia hospitalaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2002 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 ..... | 133 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 102: Evolución de la deuda acumulada en Conciertos sanitarios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2002 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....               | 133 |
| Ilustración 103: Evolución de la deuda acumulada en Energía y Comunicaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2002 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015.....             | 134 |
| Ilustración 104: Evolución de la deuda acumulada en Servicios generales y profesionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2002 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 ..... | 135 |
| Ilustración 105: Evolución de la deuda acumulada en Transferencias Corrientes del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha entre 2002 y 2010. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015.....            | 136 |
| Ilustración 106: Capacidad o necesidad de financiación de las administraciones regionales en 2010 y 2011, siguiendo la norma SEC 2010. Fuente: Intervención General de las Administraciones Públicas.....                                                         | 137 |
| Ilustración 107: Evolución de los pagos mensuales por Tesorería a los proveedores del SESCAM. . Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....                                                        | 139 |
| Ilustración 108: Evolución de la Deuda Pública en varias comunidades autónomas. Fuente: Banco de España. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                                             | 145 |
| Ilustración 109: Evolución del coste de la carrera profesional en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015 .....                                                                                               | 155 |
| Ilustración 110: Actividad realizada de consultas externas hospitalarias en tiempo de ampliación de jornada. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM .....                                                                            | 158 |
| Ilustración 111: Actividad realizada de intervenciones quirúrgicas en tiempo de ampliación de jornada. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM .....                                                                                  | 159 |
| Ilustración 112: Prevalencia de la Incapacidad Temporal en el SESCAM respecto a la población general. Fuente: Gerencia de Inspección y Evaluación del SESCAM.....                                                                                                 | 161 |
| Ilustración 113: Incidencia de la IT en el SESCAM respecto a la población general. Fuente: Gerencia de Coordinación, Inspección y Evaluación del SESCAM .....                                                                                                     | 162 |
| Ilustración 114: Días de baja por trabajador en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos.....                                                                                                                                                     | 164 |
| Ilustración 115: Días de baja por trabajador en el SESCAM en relación con la población general. Fuente: Gerencia de Coordinación, Inspección y Evaluación del SESCAM .....                                                                                        | 165 |
| Ilustración 116: Evolución del número de mandos intermedios en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015 .....                                                                                               | 167 |
| Ilustración 117: Evolución del número de mandos intermedios del área de gestión y servicios en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015 .....                                                               | 168 |
| Ilustración 118: Evolución del número de mandos intermedios facultativos en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015...                                                                                     | 168 |
| Ilustración 119: : Evolución del número de mandos intermedios de personal sanitario no facultativo en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015 .....                                                        | 169 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 120: Evolución mensual del número de directivos en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015 .....                                                                                                                                                                               | 172 |
| Ilustración 121: Evolución de los pagos por productividad variable en el SESCAM en el periodo 2003 a 2013. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015.....                                                                                                                                                  | 174 |
| Ilustración 122: Evolución de las cantidades medias percibidas por trabajador en concepto de productividad variable en el SESCAM en el periodo 2003 a 2013. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015.....                                                                                                 | 175 |
| Ilustración 123: Actividad realizada en consultas externas por módulos sustitutivos de la guardia en profesionales mayores de 55 años. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad .....                                                                             | 179 |
| Ilustración 124: Actividad realizada en intervenciones quirúrgicas por módulos sustitutivos de la guardia en profesionales mayores de 55 años. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad .....                                                                     | 179 |
| Ilustración 125: Porcentaje de la actividad total realizada en consultas externas hospitalarias correspondiente a ampliación de jornada y a módulos sustitutivos de la guardia en profesionales mayores de 55 años. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad..... | 180 |
| Ilustración 126: Porcentaje de la actividad total realizada en intervenciones quirúrgicas correspondiente a ampliación de jornada y a módulos sustitutivos de la guardia en profesionales mayores de 55 años. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada del SESCAM. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad.....       | 181 |
| Ilustración 127: Evolución mensual del número de efectivos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM .....                                                                                                                                                  | 185 |
| Ilustración 128: Evolución mensual del número de efectivos de personal facultativo en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM.....                                                                                                                           | 186 |
| Ilustración 129: Evolución mensual del número de efectivos de personal de enfermería en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM.....                                                                                                                         | 187 |
| Ilustración 130: Evolución mensual del número de efectivos del resto de personal sanitario en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM.....                                                                                                                   | 188 |
| Ilustración 131: Evolución mensual del número de efectivos de personal no sanitario en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM.....                                                                                                                          | 189 |
| Ilustración 132: Evolución mensual del número de directivos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM .....                                                                                                                                                 | 190 |
| Ilustración 133: Evolución del gasto en personal sustituto y eventual hasta 2014. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                                                                                                                                              | 191 |
| Ilustración 134: Evolución del gasto en sueldos y salarios por categorías hasta 2014. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                                                                                                                                          | 192 |

|                                                                                                                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 135: Precio/hora guardia día laborable en Castilla-La Mancha para médicos y enfermeros hasta 2014. Fuente: Servicio de Costes de Personal del SESCAM.....                                                      | 193 |
| Ilustración 136: Evolución del gasto en atención continuada en el SESCAM por categorías. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras .....                                                           | 194 |
| Ilustración 137: Evolución del número de camas funcionantes en el SESCAM. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada .....                                                                                   | 197 |
| Ilustración 138: Evolución del número de quirófanos funcionantes en el SESCAM. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada.....                                                                               | 197 |
| Ilustración 139: Evolución del número de horas de quirófanos disponibles en el SESCAM. Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada .....                                                                      | 198 |
| Ilustración 140: Evolución de las retribuciones específicas por autoconcierto en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM.....                                                                  | 201 |
| Ilustración 141: Coste anual del concierto de transporte sanitario. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM.....                                                                      | 202 |
| Ilustración 142: Gasto en conciertos con entidades privadas especializadas. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                             | 203 |
| Ilustración 143: Gasto en conciertos con entidades privadas especializadas en Hemodiálisis, Terapias Respiratorias, y Otros Conciertos. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM.....  | 204 |
| Ilustración 144: Gasto en conciertos con entidades privadas especializadas en Diagnóstico por la Imagen y Rehabilitación y Fisioterapia. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM..... | 204 |
| Ilustración 145: Gasto en conciertos con instituciones sanitarias públicas. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                             | 205 |
| Ilustración 146: Evolución del gasto en implantes, material de laboratorio y otro material sanitario. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM..                                       | 206 |
| Ilustración 147: Evolución del gasto farmacia hospitalaria y hemoderivados. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                             | 207 |
| Ilustración 148: Evolución del gasto en suministros de energía eléctrica y gas. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                         | 208 |
| Ilustración 149: Evolución del gasto en contratación de servicios de limpieza. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                          | 209 |
| Ilustración 150: Evolución del gasto en seguridad y servicios de catering. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                              | 209 |
| Ilustración 151: Variación del gasto real del SESCAM en los periodos 2002-10 y 2010-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM.....                                                  | 212 |
| Ilustración 152: Evolución del gasto total del SESCAM 2001-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM.....                                                                           | 213 |
| Ilustración 153: Evolución del gasto total del SESCAM 2002-14 en relación con el presupuesto. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM.....                                            | 214 |
| Ilustración 154: Evolución del gasto real en operaciones corrientes 2002-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                            | 214 |
| Ilustración 155: Evolución de los porcentajes de incremento del gasto corriente por capítulos 2003-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM ..                                     | 215 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 156: Evolución de los porcentajes de incremento del gasto corriente por capítulos. Detalle 2001-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                                                                          | 216 |
| Ilustración 157: Variación del gasto sanitario autonómico por comunidades autónomas 2010-13. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015 .....                                                                                  | 216 |
| Ilustración 158: Gasto sanitario autonómico per cápita por comunidades autónomas en 2013. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015 .....                                                                                     | 217 |
| Ilustración 159: Variación del gasto sanitario autonómico per cápita por comunidades autónomas 2010-13. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015 .....                                                                       | 217 |
| Ilustración 160: Evolución del gasto en Personal del SESCAM 2001-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                                                                                                                     | 218 |
| Ilustración 161: Evolución del gasto en Personal de la sanidad de Castilla-La Mancha 2002-13, en incrementos porcentuales anuales. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015 .....                                            | 219 |
| Ilustración 162: Variación del gasto sanitario autonómico en personal por comunidades autónomas 2010-13. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015 .....                                                                      | 219 |
| Ilustración 163: Evolución del gasto en compra de bienes y servicios del SESCAM 2001-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM.....                                                                                                                                  | 220 |
| Ilustración 164: Variación del gasto sanitario autonómico en consumo de bienes intermedios (compra de bienes y servicios, salvo conciertos) por comunidades autónomas 2010-13. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015..... | 221 |
| Ilustración 165: Variación del gasto sanitario autonómico en conciertos por comunidades autónomas 2010-13. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015 .....                                                                    | 222 |
| Ilustración 166: Evolución del gasto Transferencias Corrientes del SESCAM 2001-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                                                                                                       | 222 |
| Ilustración 167: Variación del gasto sanitario autonómico en transferencias corrientes por comunidades autónomas 2010-13. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015 .....                                                     | 223 |
| Ilustración 168: Evolución del gasto en Inversiones del SESCAM 2001-14. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                                                                                                                  | 224 |
| Ilustración 169: Variación del gasto sanitario autonómico en inversiones por comunidades autónomas 2010-13. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuenta Satélite del Gasto Público. Extraído en abril 2015 .....                                                                   | 225 |
| Ilustración 170: Variación anual del gasto sanitario real per cápita realizado por las comunidades autónomas. Comparación entre Castilla-La Mancha y el total de España. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015) .....                                                           | 225 |
| Ilustración 171: Variación del gasto sanitario real per cápita realizado por las comunidades autónomas entre 2010-2013. Comparación entre CCAA. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015) .....                                                                                    | 226 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 172: Variación del gasto sanitario real per cápita realizado por las comunidades autónomas entre 2010-2013. Comparación entre CCAA. Fuente: Elaboración propia a partir de (Pérez García et al., 2015) .....                                             | 226 |
| Ilustración 173: Evolución de la población con tarjeta sanitaria en Castilla-La Mancha. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM.....                                                                                                  | 227 |
| Ilustración 174: Evolución de la actividad quirúrgica en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM .....                                                                                              | 230 |
| Ilustración 175: Evolución de la actividad de primeras consultas en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM.....                                                                                    | 231 |
| Ilustración 176: Evolución de la actividad de urgencias en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM .....                                                                                            | 231 |
| Ilustración 177: Evolución de la actividad de hospital de día en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM.....                                                                                       | 232 |
| Ilustración 178: Evolución de la actividad de hospitalización en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM.....                                                                                       | 233 |
| Ilustración 179: Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA) en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM .....                                                                                                                 | 234 |
| Ilustración 180: Evolución de ingresos y camas funcionantes en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM .....                                                                                                               | 235 |
| Ilustración 181: Evolución del índice de ocupación en los hospitales del SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM.....                                                                                                         | 235 |
| Ilustración 182: Índice de Case Mix en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM.....                                                                                                                                        | 236 |
| Ilustración 183: Evolución de la actividad en hemodinámica en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM.....                                                                                          | 237 |
| Ilustración 184: Evolución de la actividad en consultas de médico de familia en atención primaria en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM.....                                                   | 238 |
| Ilustración 185: Evolución de la actividad en consultas de enfermería en atención primaria en el SESCAM por tipos de actividad. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM .....                                                         | 239 |
| Ilustración 186: Evolución de la actividad en consultas de enfermería en atención primaria en el SESCAM separando consulta a demanda de consulta programada. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM.....                             | 240 |
| Ilustración 187: Tiempo medio de espera entre indicación e intervención de angioplastia coronaria percutánea. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en octubre 2015 .....                                                                                               | 243 |
| Ilustración 188: Tiempo medio de espera entre indicación e intervención de bypass coronario. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en octubre 2015 .....                                                                                                                | 243 |
| Ilustración 189: Tiempo medio de espera entre indicación e intervención de cataratas. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en octubre 2015.....                                                                                                                        | 244 |
| Ilustración 190: Tiempo medio de espera entre indicación e intervención de prótesis de cadera. Fuente: OCDE Health Data. Extraído en octubre 2015 .....                                                                                                              | 245 |
| Ilustración 191: Pacientes en lista de espera en España por procesos quirúrgicos no urgentes por cada 1000 habitantes. Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Extraído en octubre 2015 ..... | 245 |

|                                                                                                                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 192: Evolución anual de las entradas y salidas de lista de espera quirúrgica en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....                                 | 248 |
| Ilustración 193: Evolución del índice de entradas/salidas de pacientes en lista de espera quirúrgica en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....                     | 249 |
| Ilustración 194: Evolución del número de pacientes en espera estructural para intervención quirúrgica en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....                    | 249 |
| Ilustración 195: Demoras medias y esperas medias en la lista de espera quirúrgica del SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....                                          | 250 |
| Ilustración 196: Tiempos medios de espera quirúrgica para los grandes hospitales de referencia regional. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....                               | 251 |
| Ilustración 197: Tiempos medios de espera quirúrgica para los hospitales de tamaño intermedio. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....                                         | 252 |
| Ilustración 198: Tiempos medios de espera quirúrgica para los hospitales comarcales. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....                                                   | 253 |
| Ilustración 199: Evolución del número de pacientes en espera estructural para primeras consultas hospitalarias en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....           | 254 |
| Ilustración 200: Demoras medias y esperas medias en la lista de espera de primeras consultas hospitalarias del SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....                 | 254 |
| Ilustración 201: Tiempos medios de espera en primeras visitas de consultas externas para los hospitales del SESCAM por especialidades. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015..... | 255 |
| Ilustración 202: Evolución del número de pacientes en espera estructural para pruebas diagnósticas hospitalarias en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....         | 255 |
| Ilustración 203: Demoras medias y esperas medias en la lista de espera de pruebas diagnósticas del SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....                             | 256 |
| Ilustración 204: Tiempos medios de espera en pruebas diagnósticas para los hospitales del SESCAM para alta tecnología. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015 .....                | 256 |
| Ilustración 205: Tiempos medios de espera en pruebas diagnósticas para los hospitales del SESCAM. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad. Extraído en mayo de 2015.....                                      | 257 |
| Ilustración 206: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                        | 286 |
| Ilustración 207: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                       | 287 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 208: Evolución de la tasa de reingresos en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en julio 2015.....                                                                                                                                                                                                                                                 | 287 |
| Ilustración 209: Infección nosocomial. Comparación de Extremadura, Navarra, Cantabria y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                      | 288 |
| Ilustración 210: Evolución de la mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                                            | 288 |
| Ilustración 211: Evolución de la mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                                            | 289 |
| Ilustración 212: Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                                                              | 289 |
| Ilustración 213: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                                                                                          | 290 |
| Ilustración 214: Prescripción de antibióticos en DHD en España y Castilla-La Mancha. Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net) y Servicio de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Extraído en agosto 2015.....                                                                | 290 |
| Ilustración 215: Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al consumo total de antibióticos en Castilla-La Mancha y el conjunto de España. Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net) y Servicio de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Extraído en agosto 2015..... | 291 |
| Ilustración 216: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 estandarizado según normalización 1 y sin ponderar.....                                                                                                                                                                                                                                                       | 301 |
| Ilustración 217: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 estandarizado según normalización 1 y ponderado .....                                                                                                                                                                                                                                                         | 302 |
| Ilustración 218: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 normalizado según normalización 2 y sin ponderar.....                                                                                                                                                                                                                                                         | 303 |
| Ilustración 219: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 normalizado según normalización 2 y ponderado .....                                                                                                                                                                                                                                                           | 305 |
| Ilustración 220: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 y sin ponderar.....                                                                                                                                                                                                                                                  | 307 |
| Ilustración 221: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 y sin ponderar. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España .....                                                                                                                                                                         | 307 |
| Ilustración 222: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 ponderado .....                                                                                                                                                                                                                                                      | 309 |
| Ilustración 223: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España .....                                                                                                                                                                              | 310 |
| Ilustración 224: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 1 ponderado .....                                                                                                                                                                                                                                                      | 311 |

|                                                                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 225: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 1 ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España .....      | 312 |
| Ilustración 226: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 2 ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España .....      | 314 |
| Ilustración 227: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 2 ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España .....      | 314 |
| Ilustración 228: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y sin ponderar.....                                                                          | 316 |
| Ilustración 229: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y sin ponderar. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España ..... | 317 |
| Ilustración 230: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y ponderado .....                                                                            | 318 |
| Ilustración 231: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España .....    | 319 |
| Ilustración 232: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 1 ponderado. ....                                                                              | 320 |
| Ilustración 233: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 1 ponderado. Diferencias entre los indicadores para CLM respecto al total de España .....      | 321 |
| Ilustración 234: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 2 ponderado. ....                                                                              | 322 |
| Ilustración 235: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 2 ponderado. ....                                                                              | 323 |
| Ilustración 236: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos porcentuales sin ponderar.....                                              | 325 |
| Ilustración 237: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos porcentuales ponderados (normalización 0).....                              | 326 |
| Ilustración 238: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos ponderados (normalización 1).....                                           | 328 |
| Ilustración 239: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1 .....  | 354 |
| Ilustración 240: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2 .....  | 356 |
| Ilustración 241: Resultados de aplicar el modelo DEA-CCRi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2 .....  | 357 |



|                                                                                                                                                                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 242: Resultados de aplicar el modelo DEA-CCRo de rendimientos constantes a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2 .....                              | 358 |
| Ilustración 243: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1.....       | 361 |
| Ilustración 244: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1.....       | 362 |
| Ilustración 245: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2.....       | 363 |
| Ilustración 246: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2.....       | 364 |
| Ilustración 247: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1 ..... | 367 |
| Ilustración 248: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1 ..... | 368 |
| Ilustración 249: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2 ..... | 369 |
| Ilustración 250: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2 ..... | 370 |
| Ilustración 251: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH.....                                                                                      | 372 |
| Ilustración 252: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, y producción en UCH .....                                                                                | 375 |
| Ilustración 253: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, y producción en UCH .....                                                                                | 376 |
| Ilustración 254: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC_I_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 1.....                  | 378 |
| Ilustración 255: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC_O_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 1.....                  | 379 |
| Ilustración 256: Gasto en farmacia per cápita en países europeos en 2012 o último año disponible. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015 .....                                                   | 384 |
| Ilustración 257: Gasto mensual por receta médica en el SESCOAM 2006-2011. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCOAM .....                                                                          | 386 |

|                                                                                                                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 258: Gasto mensual por receta médica en el SESCAM 2009-2011. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                        | 387 |
| Ilustración 259: Incremento del gasto en receta en países europeos durante dos periodos: 200-09 y 2009-12. Fuente: Health at a Glance: Europe 2014. OCDE. Consultado en septiembre 2015 .....                      | 390 |
| Ilustración 260: Gasto mensual por receta médica en el SESCAM 2006-2015. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                        | 391 |
| Ilustración 261: Número mensual de recetas médicas emitidas en el SESCAM 2006-2015. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM.....                                              | 392 |
| Ilustración 262: Cambios en los copagos como porcentaje del gasto total en salud, entre 2007 y 2012. Fuente: Health at a Glance 2014 y OCDE Health Data. Extraído en Agosto 2015 .....                             | 393 |
| Ilustración 263: Porcentaje del gasto público dedicado a Sanidad. Fuente: Fuente: Health at a Glance 2014 y OCDE Health Data. Extraído en Agosto 2015 .....                                                        | 394 |
| Ilustración 264: Recetas prescritas por receta electrónica dispensadas y no dispensadas en el SESCAM en 2014. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM. Extraído en abril 2015 ..... | 396 |
| Ilustración 265: Porcentaje del total de recetas no retiradas por grupo de tarjeta. ....                                                                                                                           | 398 |
| Ilustración 266: Porcentaje del total de recetas no retiradas por grupo de tarjeta .....                                                                                                                           | 399 |
| Ilustración 267: Distribución del total de recetas por tramos de precio .....                                                                                                                                      | 400 |
| Ilustración 268: No retiradas de medicamentos por tramo de precio .....                                                                                                                                            | 401 |
| Ilustración 269: Porcentaje de las recetas prescritas correspondientes o no a fármacos de tipo cícero o punto negro .....                                                                                          | 401 |
| Ilustración 270: Porcentaje de recetas no retiradas en función de si son o no fármacos de tipo cícero o punto negro .....                                                                                          | 402 |
| Ilustración 271: Porcentaje de las recetas prescritas en función del Código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica .....                                                                                         | 403 |
| Ilustración 272: No retiradas de medicamentos en relación al Código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica .....                                                                                                 | 404 |
| Ilustración 273: Porcentaje de recetas de medicamentos dermatológicos por grupo de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).....                                                                                         | 405 |
| Ilustración 274: Porcentajes de no retiradas de medicamentos dermatológicos por grupos de TSI .....                                                                                                                | 406 |
| Ilustración 275: Distribución de recetas emitidas de medicamentos del sistema cardiovascular por grupos de TSI .....                                                                                               | 406 |
| Ilustración 276: Fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada nivel de TSI .....                                                                                                            | 408 |
| Ilustración 277: Fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada niveles TSI001 (personas no sujetas a ningún copago) y TSI002 (pensionistas) .....                                            | 409 |
| Ilustración 278: Fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada niveles TSI001 (personas no sujetas a ningún copago) y TSI003 (activos con renta menor a 18.000 euros) .....                  | 410 |
| Ilustración 279: Fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada niveles TSI001 (personas no sujetas a ningún copago) y TSI004 (activos con rentas entre 18.000 y 100.000 euros).....          | 410 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 280: Fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada niveles TSI001 (personas no sujetas a ningún copago) y TSI005 (activos y pensionistas con rentas superiores a 100.000 euros) .....                                                                                                                    | 411 |
| Ilustración 281: Porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad es el área de mayor interés en 2014. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                                                                        | 417 |
| Ilustración 282: Evolución del porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad es el área de mayor interés en Asturias, Galicia y Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.....                                                                                         | 417 |
| Ilustración 283: Opinión de los ciudadanos de Castilla-La Mancha sobre el sistema sanitario en 2014. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                                                                          | 418 |
| Ilustración 284: Opinión de los ciudadanos de Castilla-La Mancha sobre el sistema sanitario en 2013. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                                                                          | 418 |
| Ilustración 285: Porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad funciona muy bien, o bien pero son necesarios algunos cambios en 2014. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                                      | 419 |
| Ilustración 286: Evolución del porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad funciona muy bien, o bien pero son necesarios algunos cambios en Navarra, Canarias y Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.....                                                       | 420 |
| Ilustración 287: Grado de satisfacción con la atención recibida por niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada, hospitalización y urgencias) de los pacientes del SESCAM en el primer y en el segundo semestre de 2014. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 .....                         | 420 |
| Ilustración 288: Evolución de la preferencia de los ciudadanos para ser atendidos entre sanidad pública y privada en atención primaria en Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.....                                                                                  | 421 |
| Ilustración 289: Porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en atención primaria. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                                         | 422 |
| Ilustración 290: Evolución del porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en atención primaria en Castilla-La Mancha, Canarias y Galicia junto con la media nacional. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                     | 422 |
| Ilustración 291: Evolución de la preferencia de los ciudadanos para ser atendidos entre sanidad pública y privada en consultas de atención especializada en Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                               | 423 |
| Ilustración 292: Porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en consultas de atención especializada. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.....                                                                                        | 423 |
| Ilustración 293: Evolución del porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en consultas de atención especializada en Castilla-La Mancha, Extremadura y Galicia junto con la media nacional. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad..... | 424 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 294: Evolución de la preferencia de los ciudadanos para ser atendidos entre sanidad pública y privada en hospitalización en Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.....                                                              | 425 |
| Ilustración 295: Porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en hospitalización. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                     | 425 |
| Ilustración 296: Evolución del porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en hospitalización en Castilla-La Mancha, Baleares y Galicia junto con la media nacional. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad ..... | 426 |
| Ilustración 297: Evolución de la preferencia de los ciudadanos para ser atendidos entre sanidad pública y privada en urgencias en Castilla-La Mancha. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.....                                                                    | 426 |
| Ilustración 298: Porcentaje de ciudadanos que manifiestan preferencia para ser atendidos por la sanidad pública en hospitalización. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                     | 427 |
| Ilustración 299: Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en atención primaria. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                           | 428 |
| Ilustración 300: Evolución del porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en atención primaria en Castilla-La Mancha, Extremadura y País Vasco junto con la media nacional. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad ..... | 428 |
| Ilustración 301: Porcentaje de ciudadanos que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                                 | 429 |
| Ilustración 302: Evolución del porcentaje de ciudadanos que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba en Castilla-La Mancha, Aragón y la media de toda España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                           | 429 |
| Ilustración 303: Valoración de los encuestados a la facilidad para conseguir cita en atención primaria. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                                                 | 430 |
| Ilustración 304: Evolución de la valoración de los encuestados a la facilidad para conseguir cita en atención primaria en Castilla-La Mancha, Navarra, La Rioja y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                   | 431 |
| Ilustración 305: Valoración por los encuestados de diversos aspectos de la calidad de las consultas en atención primaria. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014.....                                                                                                                        | 433 |
| Ilustración 306: Valoración por los encuestados de la calidad de las consultas en atención primaria respecto de lo esperado. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014.....                                                                                                                     | 434 |
| Ilustración 307: Motivos por los que las personas que han manifestado recibir una atención peor de lo esperado en atención primaria que les han hecho tener esa opinión. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 .....                                                                        | 435 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 308: Porcentaje de puntuaciones por tramos y tramos de edad respecto a la satisfacción global con la asistencia. Encuesta de satisfacción del SESCAM primer semestre 2014.....                                                                                                                                                        | 435 |
| Ilustración 309: Puntuaciones en satisfacción de expectativas por el servicio recibido por tramos de edad Encuesta de satisfacción del SESCAM primer semestre 2014. ....                                                                                                                                                                          | 436 |
| Ilustración 310: Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en consultas externas de atención especializada. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.....                                                                                              | 437 |
| Ilustración 311: Evolución del porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en consultas externas de atención especializada en Castilla-La Mancha, Canarias, Murcia y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                  | 437 |
| Ilustración 312: Porcentaje de encuestados que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba en consultas externas de atención especializada. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                             | 438 |
| Ilustración 313: Evolución del porcentaje de encuestados que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba en consultas externas de atención especializada en Castilla-La Mancha, Asturias, La Rioja y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad..... | 438 |
| Ilustración 314: Valoración de las consultas de atención especializada por los usuarios del SESCAM. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 .....                                                                                                                                                                          | 440 |
| Ilustración 315: Valoración por los encuestados de la calidad de las consultas en atención especializada respecto de lo esperado. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 .....                                                                                                                                            | 441 |
| Ilustración 316: Valoración por los usuarios del tiempo transcurrido desde la inclusión en lista de espera hasta la atención en consultas externas de atención especializada. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 .....                                                                                                | 441 |
| Ilustración 317: Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en hospitalización. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                                                          | 442 |
| Ilustración 318: Evolución del porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en hospitalización en Castilla-La Mancha, Cataluña, Cantabria y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                            | 442 |
| Ilustración 319: Porcentaje de encuestados que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba en hospitalización. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.....                                                                                                           | 443 |
| Ilustración 320: Evolución del porcentaje de encuestados que considera que la atención ha sido mejor o mucho mejor de lo que esperaba en consultas externas de atención especializada en Castilla-La Mancha, Madrid, Cantabria y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.....  | 443 |
| Ilustración 321: Valoración por los encuestados sobre los tiempos de espera para ser ingresado en ingresos no urgentes. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                                                                              | 444 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 322: Evolución de la valoración por los encuestados sobre los tiempos de espera para ser ingresado en ingresos no urgentes en Castilla-La Mancha, Cantabria, La Rioja y el total nacional. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....         | 444 |
| Ilustración 323: Valoración de las consultas de atención especializada por los usuarios del SESCAM (I). Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 .....                                                                                                                                | 447 |
| Ilustración 324: Valoración de las consultas de atención especializada por los usuarios del SESCAM (II). Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 .....                                                                                                                               | 447 |
| Ilustración 325: Valoración por los encuestados de la calidad de la atención en hospitalización respecto de lo esperado. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014.                                                                                                                    | 448 |
| Ilustración 326: Valoración por los usuarios del tiempo transcurrido desde la inclusión en lista de espera quirúrgica hasta la hospitalización. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 .....                                                                                        | 448 |
| Ilustración 327: Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en urgencias hospitalarias. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad .....                                                                            | 449 |
| Ilustración 328: Evolución del porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en urgencias hospitalarias en Castilla-La Mancha, Canarias, Aragón y el total de España. Fuente: Barómetro Sanitario 2014. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad ..... | 449 |
| Ilustración 329: Valoración de las urgencias hospitalarias por los usuarios del SESCAM. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 .....                                                                                                                                                | 451 |
| Ilustración 330: Valoración por los encuestados de la calidad de la atención en urgencias hospitalarias respecto de lo esperado. Fuente: Encuestas de Satisfacción de Pacientes del SESCAM 2014 .....                                                                                                       | 452 |
| Ilustración 331: Evolución de la cápita de los hospitales de grupo I del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                                                                                                         | 458 |
| Ilustración 332: Evolución de la cápita de los hospitales de grupo II y III del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                                                                                                  | 459 |
| Ilustración 333: Evolución de la cápita de los hospitales de grupo IV del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                                                                                                        | 459 |
| Ilustración 334: Evolución de la desviación estándar de la cápita de los hospitales de grupo IV del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM .....                                                                                                              | 460 |
| Ilustración 335: Tasas de mortalidad estandarizada por cada 100.000 habitantes. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                        | 30  |
| Ilustración 336: Evolución de las tasas ajustadas por edad 1999-2013 para Castilla-La Mancha y España. Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                 | 31  |
| Ilustración 337: Mortalidad Ajustada por Edad por Comunidades Autónomas en 2013. Fuente: Indicadores clave del SNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                             | 32  |
| Ilustración 338: Evolución de la mortalidad ajustada por edad estandarizada según la normalización 1 en Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha en 2013. Fuente: Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015 .....                                                           | 32  |



|                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 339: Evolución de la mortalidad ajustada por edad según la normalización 2, para Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha. Fuente: Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015.....              | 33 |
| Ilustración 340: Posición relativa de las distintas CCAA respecto al mejor desempeño en mortalidad ajustada por edad en 2013. Fuente: Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015.....                       | 34 |
| Ilustración 341: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Índice de Mortalidad Ajustado por Riesgo 2010-2013. Fuente: IASIST. Datos extraídos en febrero 2015.....                                                                         | 35 |
| Ilustración 342: Muertes evitadas respecto al valor estándar del IMAR en CLM. Fuente: IASIST. Extraído en febrero 2015 .....                                                                                                               | 35 |
| Ilustración 343: Tasa de mortalidad prematura por cáncer en un conjunto de países de la OCDE. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015.....                                                                                          | 36 |
| Ilustración 344: Evolución de la tasa de mortalidad prematura por cáncer ajustada por edad para España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                  | 37 |
| Ilustración 345: Posición relativa de las distintas CCAA respecto a la mortalidad evitable por cáncer, valores estandarizados según la normalización 1. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                        | 37 |
| Ilustración 346: Mortalidad prematura por cáncer estandarizada según la normalización 1. Evolución de Madrid, Castilla-La Mancha y Asturias. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                 | 38 |
| Ilustración 347: Mortalidad evitable por cáncer ajustada por edad ajustada de acuerdo con la normalización 2, para Asturias, Madrid, y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                    | 39 |
| Ilustración 348: Mortalidad evitable por cáncer ajustada por edad. Posición relativa de las CCAA españolas de acuerdo con la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                | 39 |
| Ilustración 349: Evolución de la mortalidad por cardiopatía isquémica ajustada por edad. Fuente: OCDE statistics. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                              | 40 |
| Ilustración 350: Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica ajustada por edad en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                            | 41 |
| Ilustración 351: Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica en las distintas CCAA españolas. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                              | 42 |
| Ilustración 352: Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica en valores estandarizados de acuerdo con la normalización 1 en Madrid, Castilla-La Mancha y Asturias. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                        | 43 |
| Ilustración 353: Mortalidad evitable por cardiopatía isquémica, evolución de las CCAA de Madrid, Castilla-La Mancha y Asturias en indicadores normalizados de acuerdo con la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015..... | 43 |
| Ilustración 354: Mortalidad evitable por cardiopatía isquémica. Comparación entre CCAA en 2013 en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                              | 44 |
| Ilustración 355: Mortalidad por diabetes mellitus ajustada por edad en algunos países de la OCDE. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015.....                                                                                      | 45 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 356: Mortalidad prematura por diabetes mellitus. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                        | 45 |
| Ilustración 357: Mortalidad evitable por diabetes en 2013. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                            | 46 |
| Ilustración 358: Mortalidad evitable por diabetes mellitus. Comparación de Cantabria, Canarias, y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015 .....                                   | 47 |
| Ilustración 359: Mortalidad evitable por diabetes para Cantabria, Canarias y Castilla-La Mancha, según datos normalizados por la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                                | 47 |
| Ilustración 360: Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en varios países de la OCDE. Fuente OCDE Stats. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                        | 49 |
| Ilustración 361: Evolución de la mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                            | 49 |
| Ilustración 362: Mortalidad evitable por enfermedad cerebrovascular 2013 en las distintas CCAA. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                           | 50 |
| Ilustración 363: Mortalidad por ACV en Andalucía, Madrid y CLM, en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015.....                                                                                         | 51 |
| Ilustración 364: Mortalidad por ACV en Andalucía, Madrid y CLM, en valores calculados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                            | 51 |
| Ilustración 365: Mortalidad por enfermedades respiratorias en algunos países de la OCDE. Fuente: OCDE stats. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                      | 52 |
| Ilustración 366: Mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015.....                                                    | 53 |
| Ilustración 367: Mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores en 2013. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015 .....                                                                             | 54 |
| Ilustración 368: Mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores. Comparación de Andalucía, Madrid y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015..... | 55 |
| Ilustración 369: Mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores para Andalucía, Madrid y Castilla-La Mancha, según datos normalizados por la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015 .....             | 55 |
| Ilustración 370: Mortalidad perinatal en varios países de la OCDE. Fuente OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                                        | 56 |
| Ilustración 371: Evolución de la mortalidad perinatal en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                      | 57 |



|                                                                                                                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 372: Mortalidad perinatal por CCAA en 2013, datos estandarizados según la normalización 1. Fuente INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015 .....                       | 57 |
| Ilustración 373: Mortalidad perinatal en La Rioja, Cantabria y CLM, en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015.....      | 58 |
| Ilustración 374: Mortalidad perinatal en Andalucía, Madrid y CLM, en valores calculados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015 .....           | 59 |
| Ilustración 375: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                    | 60 |
| Ilustración 376: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama en 2001. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                              | 60 |
| Ilustración 377: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama en 2010. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                              | 61 |
| Ilustración 378: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama en 2013. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                              | 61 |
| Ilustración 379: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama. Comparación de Navarra, Asturias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 ..... | 62 |
| Ilustración 380: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama. Comparación de Navarra, Asturias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....   | 63 |
| Ilustración 381: Evolución de la tasa de cesáreas en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                 | 64 |
| Ilustración 382: Tasa de cesáreas por CCAA en 2013. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                               | 64 |
| Ilustración 383: Porcentaje de cesáreas en País Vasco, Valencia y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                         | 65 |
| Ilustración 384: Tasa de cesáreas en Andalucía, Madrid y CLM, en valores calculados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                     | 65 |
| Ilustración 385: Porcentaje de caderas ingresadas antes de 48 horas desde el ingreso en diversos países de la OCDE. Fuente: OCDE Stat. Extraído en agosto 2014 .....                                                           | 66 |
| Ilustración 386: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso en hospitales privados españoles. Fuente: Informe IDIS 2014. Extraído en agosto 2014 .....                                              | 67 |
| Ilustración 387: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                    | 68 |
| Ilustración 388: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso en 2001. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                              | 68 |
| Ilustración 389: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso en 2011. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                              | 69 |
| Ilustración 390: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso en 2013. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                              | 69 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 391: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso. Comparación de Baleares, Asturias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                          | 70 |
| Ilustración 392: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso. Comparación de Baleares, Asturias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                          | 71 |
| Ilustración 393: Evolución de la tasa de reingresos en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en julio 2015.....                                                                                                                                        | 72 |
| Ilustración 394: Tasa de reingresos por CCAA en 2013. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                                                                                        | 72 |
| Ilustración 395: Porcentaje de reingresos en Canarias, Galicia y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                    | 73 |
| Ilustración 396: Porcentaje de reingresos en Canarias, Galicia y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                    | 74 |
| Ilustración 397: Infección postoperatoria en adultos en 2011. Fuente: OECD Health Statistics 2013, <a href="http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en">http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en</a> . Extraído en Agosto 2015.....                                        | 75 |
| Ilustración 398: Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                                                            | 76 |
| Ilustración 399: Infección nosocomial en 2013. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                        | 76 |
| Ilustración 400: Infección nosocomial. Comparación de Extremadura, Navarra, Cantabria y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                             | 77 |
| Ilustración 401: Infección nosocomial. Comparación de Extremadura, Navarra, Cantabria y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                             | 78 |
| Ilustración 402: Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                  | 79 |
| Ilustración 403: Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                        | 79 |
| Ilustración 404: Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas en Canarias, Asturias, y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 ..... | 80 |
| Ilustración 405: Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas en Canarias, Asturias, y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 ..... | 80 |
| Ilustración 406: Tasas de fracturas de cadera en pacientes ingresados de más de 65 años 48 horas después del ingreso. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                | 81 |
| Ilustración 407 Evolución de la tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                        | 82 |
| Ilustración 408: Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias en 2013 por CCAA. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                     | 82 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 409: Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias en 2013 en Andalucía, País Vasco y Castilla-La Mancha estandarizados de acuerdo con la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....               | 83 |
| Ilustración 410: Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias en 2013 en Andalucía, País Vasco y Castilla-La Mancha de acuerdo con la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                              | 84 |
| Ilustración 411: Evolución del porcentaje de colecistectomía por laparoscopia en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                               | 85 |
| Ilustración 412: Comparación por CCAA del porcentaje de colecistectomía por laparoscopia en Castilla-La Mancha y España en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                            | 85 |
| Ilustración 413: Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia. Comparación de Cataluña, Canarias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                 | 86 |
| Ilustración 414: Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia. Comparación de Cataluña, Canarias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                   | 86 |
| Ilustración 415: Evolución del porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                    | 87 |
| Ilustración 416: Comparación por CCAA del porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada en Castilla-La Mancha y España en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                 | 88 |
| Ilustración 417: Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada. Comparación de Rioja, Canarias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                         | 89 |
| Ilustración 418: Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada. Comparación de Rioja, Canarias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                           | 89 |
| Ilustración 419: Evolución de la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                     | 90 |
| Ilustración 420: Comparación de la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía en 2013 por CCAA. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                 | 91 |
| Ilustración 421: Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía. Comparación de Baleares, Castilla y León, y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 ..... | 92 |
| Ilustración 422: Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía. Comparación de Baleares, Castilla y León, y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....   | 92 |
| Ilustración 423: Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                            | 93 |
| Ilustración 424: Evolución de la mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                    | 94 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 425: Comparación por CCAA de la mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto en Castilla-La Mancha y España en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                            | 94  |
| Ilustración 426: Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto. Comparación de Cataluña, Aragón y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                     | 95  |
| Ilustración 427: Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto. Comparación de Cataluña, Aragón y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                       | 95  |
| Ilustración 428: Evolución del porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                        | 96  |
| Ilustración 429: Comparación del porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos en 2013 por CCAA. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                                     | 97  |
| Ilustración 430: Porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos. Comparación de La Rioja, Aragón, y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                            | 97  |
| Ilustración 431: Porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos. Comparación de La Rioja, Aragón, y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                              | 98  |
| Ilustración 432: Ingresos por asma en mayores de 15 años. Fuente: OCDE Statistics. Consultado en septiembre 2015 .....                                                                                                                                              | 99  |
| Ilustración 433: Tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                                                      | 99  |
| Ilustración 434: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                  | 100 |
| Ilustración 435: Tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes. Comparación de Andalucía, Asturias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015.....  | 101 |
| Ilustración 436: Tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes. Comparación de Andalucía, Asturias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                            | 101 |
| Ilustración 437: Ingresos por EPOC en mayores de 15 años. Fuente: OCDE statistics. Consultado en septiembre 2015 .....                                                                                                                                              | 102 |
| Ilustración 438: Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                              | 103 |
| Ilustración 439: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                  | 103 |
| Ilustración 440: Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes. Comparación de Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015 ..... | 104 |
| Ilustración 441: Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes. Comparación de Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015 .....   | 105 |
| Ilustración 442: Ingresos por EPOC en mayores de 15 años. Fuente: OCDE statistics. Consultado en septiembre 2015 .....                                                                                                                                              | 106 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 443: Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                   | 107 |
| Ilustración 444: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015.....                                                                                 | 107 |
| Ilustración 445: Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes. Comparación de Cantabria, Murcia y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015 .....         | 108 |
| Ilustración 446: Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes. Comparación de Cantabria, Murcia y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015 .....           | 109 |
| Ilustración 447: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                          | 110 |
| Ilustración 448: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10.000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015 .....                                                                       | 110 |
| Ilustración 449: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10 000 habitantes. Comparación de Canarias, Murcia y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015 ..... | 111 |
| Ilustración 450: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10 000 habitantes. Comparación de Canarias, Murcia y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015 .....   | 112 |
| Ilustración 451: Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                           | 113 |
| Ilustración 452: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10.000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                        | 113 |
| Ilustración 453: Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes. Comparación de Canarias, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                | 114 |
| Ilustración 454: Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes. Comparación de Canarias, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                   | 115 |
| Ilustración 455: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015.....                                                                               | 116 |
| Ilustración 456: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10.000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                   | 116 |
| Ilustración 457: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes. Comparación de Aragón, Asturias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                            | 117 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 458: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes. Comparación de Aragón, Asturias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                         | 118 |
| Ilustración 459: Tasa de amputaciones de miembro inferior en pacientes diabéticos en algunos países de la OCDE. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en septiembre 2015.....                                                                                                                                                                                                         | 119 |
| Ilustración 460: Evolución de la tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                                                                                                                                                      | 120 |
| Ilustración 461: Comparación por CCAA de la tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                                                                  | 120 |
| Ilustración 462: Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos. Comparación de Rioja, Canarias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                             | 121 |
| Ilustración 463: Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos. Comparación de Rioja, Canarias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                               | 121 |
| Ilustración 464: Prescripción de antibióticos en DHD en diversos países europeos. Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net). Extraído en agosto 2015 .....                                                                                                                                     | 122 |
| Ilustración 465: Prescripción de antibióticos en DHD en España y Castilla-La Mancha. Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net) y Servicio de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Extraído en agosto 2015.....                                                                | 123 |
| Ilustración 466: Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al consumo total de antibióticos en diversos países europeos. Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net). Extraído en agosto 2015.....                                                                                      | 124 |
| Ilustración 467: Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al consumo total de antibióticos en Castilla-La Mancha y el conjunto de España. Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net) y Servicio de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Extraído en agosto 2015..... | 125 |
| Ilustración 468: Evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años). Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                                                                  | 126 |
| Ilustración 469: Comparación por CCAA de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años ) en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                                              | 126 |
| Ilustración 470: Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años). Comparación de Castilla y León, Canarias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                | 127 |
| Ilustración 471: Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años). Comparación de Castilla y León, Canarias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                  | 128 |
| Ilustración 472: Evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años). Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                                                                                                                                         | 129 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 473: Comparación por CCAA de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años) en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                 | 129 |
| Ilustración 474: Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años). Comparación de Extremadura, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                      | 130 |
| Ilustración 475: Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años). Comparación de Extremadura, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                        | 131 |
| Ilustración 476: Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe en países de la OCDE. Fuente: Health at a glance OCDE 2014 y OCDE Statistics. Extraído en septiembre 2015 .....                                                                   | 132 |
| Ilustración 477: Evolución de la cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe en países de la OCDE. Fuente: Health at a glance OCDE 2014 y OCDE Statistics. Extraído en septiembre 2015 .....                                                   | 132 |
| Ilustración 478: Evolución de la Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                                     | 133 |
| Ilustración 479: Comparación por CCAA de la cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                  | 134 |
| Ilustración 480: Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe. Comparación de Baleares, Rioja y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                             | 134 |
| Ilustración 481: Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe. Comparación de Baleares, Rioja y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                               | 135 |
| Ilustración 482: Vacunación en sarampión. Niños hasta un año en 2012. Fuente: WHO/UNICEF 2014, <a href="http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en">http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en</a> y Health at a Glance 2014, OCDE. Extraído en septiembre 2015 .....           | 136 |
| Ilustración 483: Evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años). Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                                                | 137 |
| Ilustración 484: Comparación por CCAA de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años) en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015.....                                                                             | 138 |
| Ilustración 485: Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años). Comparación de Extremadura, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 ..... | 138 |
| Ilustración 486: Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años). Comparación de Extremadura, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 ..... | 139 |
| Ilustración 487: Evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años). Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....                                                                                                      | 140 |
| Ilustración 488 Comparación por CCAA de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años) en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015                                                                                          | 140 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ilustración 489: Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años). Comparación de Castilla y León, Cantabria y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 ..... | 141 |
| Ilustración 490: Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años). Comparación de Castilla y León, Cantabria y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015 .....   | 141 |



# Índice de tablas

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 1: Incrementos del número de profesionales en atención primaria en el periodo 2004-2013. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). : Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Extraído en abril 2015 ..... | 74  |
| Tabla 2: Incrementos de plantilla por categoría, antes y después de la crisis. . Fuente: Portal Estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Inteligencia de Gestión. SGTI. Consultado en Abril 2015. ....                                                                   | 77  |
| Tabla 3: Comparación de los salarios del SESCAM con la media de un conjunto de comunidades autónomas. Fuente: Departamento de Costes de Personal. Sescam. Creado en septiembre 2012.....                                                                                                                  | 97  |
| Tabla 4: Incrementos en el precio-hora de la guardia para distintas categorías desde las transferencias hasta 2010. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. ....                                                                                                                        | 99  |
| Tabla 5: Capacidad o necesidad de financiación de las administraciones regionales, siguiendo la norma SEC 2010. Fuente: Intervención General de las Administraciones Públicas.....                                                                                                                        | 137 |
| Tabla 6: Resumen de pagos del SESCAM a través del Fondo de Liquidez Autonómico. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                                | 142 |
| Tabla 7: Resumen de los mecanismos de financiación a proveedores por parte del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                         | 142 |
| Tabla 8: Evolución del importe de las facturas pendientes de pago por Tesorería y pertenecientes al SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....                                                                                    | 143 |
| Tabla 9: Desglose por año de factura de las facturas del SESCAM pendientes de pago por Tesorería. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....                                                                                              | 143 |
| Tabla 10: Plazos de tramitación de facturas en el SESCAM en 2015. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                                              | 143 |
| Tabla 11: Evolución del periodo medio de pago global a proveedores del SESCAM. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                                 | 144 |
| Tabla 12: Cálculo del periodo medio de pago del SESCAM siguiendo la metodología DSO. Fuente: Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                           | 144 |
| Tabla 13: Análisis de impacto de las medidas en Recursos Humanos. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....                                                                                                                                                  | 150 |

|                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 14: Estructura de retribuciones por tramos de renta en la parte alta de las retribuciones del SESCAM, en 2011 y 2012. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015 .....                                          | 151 |
| Tabla 15: Grados de carrera profesional reconocidos en procedimiento extraordinario a personal licenciado y diplomado sanitario. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del Sescam. Extraído en enero 2015 .....                                     | 153 |
| Tabla 16: Grados de carrera profesional reconocidos en procedimiento extraordinario a personal de Gestión y Servicios y personal sanitario de Formación Profesional. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015 ..... | 153 |
| Tabla 17: Grados de carrera profesional reconocidos en procedimiento ordinario a personal licenciado y diplomado sanitario. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015 .....                                          | 154 |
| Tabla 18: Número de profesionales que cobran carrera profesional en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015 .....                                                                                       | 155 |
| Tabla 19: Número de profesionales que cobraban carrera profesional en el momento de la congelación de esta en el momento de la congelación de esta en 2012. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del Sescam. Extraído en enero 2015 .....          | 156 |
| Tabla 20: Cambios en la duración de la jornada laboral previstos en la LGSSB (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) artículo 10 .....                                                                                                          | 157 |
| Tabla 21: Porcentajes de complemento de IT previstos en la LGSSB en su artículo 20 (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2012a) .....                                                                                                                | 160 |
| Tabla 22: Nuevas prestaciones de incentivo a la IT que introduce el Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio .....                                                                                                                                          | 163 |
| Tabla 23: Evolución del número de liberados sindicales en la Legislatura 2011-15. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM .....                                                                                                            | 166 |
| Tabla 24: Evolución de la plantilla del SESCAM en Servicios Centrales (SSCC) y en los Servicios Provinciales de Coordinación e Inspección (SPCI) .....                                                                                                      | 170 |
| Tabla 25: Evolución anual del número de directivos en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero de 2015 .....                                                                                                  | 171 |
| Tabla 26: Número de jubilaciones de facultativos al año desde 2012 en el SESCAM. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM. Extraído en enero 2015 .....                                                                                     | 176 |
| Tabla 27: Coste de los módulos de actividad sustitutoria para profesionales mayores de 55 años. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM .....                                                                                              | 180 |
| Tabla 28: Evolución anual del número de efectivos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM .....                                                                     | 185 |
| Tabla 29: Evolución anual del número de efectivos de personal facultativo en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM .....                                             | 186 |
| Tabla 30: Evolución anual del número de efectivos de personal de enfermería en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM .....                                           | 187 |
| Tabla 31: Evolución anual del número de efectivos del resto de personal sanitario en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM .....                                     | 188 |

|                                                                                                                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 32: Evolución anual del número de efectivos de personal no sanitario en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM ..... | 189 |
| Tabla 33: Evolución anual del número de directivos en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en el periodo 2011-2014. Fuente: Dirección General de Recursos Humanos del SESCAM .....                         | 190 |
| Tabla 34: Incrementos en el precio-hora de la guardia para distintas categorías desde las transferencias hasta 2014 .....                                                                                        | 194 |
| Tabla 35: Ponderaciones a los indicadores asignadas por el grupo de expertos.....                                                                                                                                | 269 |
| Tabla 36: Alfa de Cronbach del indicador sintético .....                                                                                                                                                         | 292 |
| Tabla 37: Estadísticos de los elementos del indicador sintético .....                                                                                                                                            | 292 |
| Tabla 38: Estadísticos total-elemento .....                                                                                                                                                                      | 293 |
| Tabla 39: Comunalidades en el análisis de componentes principales .....                                                                                                                                          | 294 |
| Tabla 40: Varianza total explicada en el análisis factorial .....                                                                                                                                                | 295 |
| Tabla 41: Matriz de componentes en el análisis factorial.....                                                                                                                                                    | 297 |
| Tabla 42: Matriz de componentes rotados mediante rotación Varimax .....                                                                                                                                          | 298 |
| Tabla 43: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 estandarizado según normalización 1 y sin ponderar.....                                                                                             | 300 |
| Tabla 44: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 estandarizado según normalización 1 y ponderado .....                                                                                               | 301 |
| Tabla 45: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 normalizado según normalización 2 y sin ponderar .....                                                                                              | 302 |
| Tabla 46: Indicador sintético de calidad asistencial en 2013 normalizado según normalización 2 y ponderado .....                                                                                                 | 304 |
| Tabla 47: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 y sin ponderar.....                                                                                        | 306 |
| Tabla 48: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 0 y ponderado .....                                                                                          | 308 |
| Tabla 49: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 1 ponderado. ....                                                                                            | 310 |
| Tabla 50: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2010-2013 según normalización 2 ponderado. ....                                                                                            | 312 |
| Tabla 51: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y sin ponderar.....                                                                                        | 315 |
| Tabla 52: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 0 y ponderado .....                                                                                          | 317 |
| Tabla 53: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 1 ponderado. ....                                                                                            | 319 |
| Tabla 54: Variación del indicador sintético de calidad asistencial en 2001-2010 según normalización 2 ponderado. ....                                                                                            | 321 |
| Tabla 55: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos porcentuales sin ponderar.....                                                            | 324 |
| Tabla 56: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos porcentuales ponderados (normalización 0) .....                                           | 325 |

|                                                                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 57: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos ponderados (normalización 1) .....                                                   | 327 |
| Tabla 58: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos ponderados (normalización 2) .....                                                   | 328 |
| Tabla 59: Análisis comparativo del cambio en los indicadores sintéticos de los periodos 2001-10 y 2010-13. Incrementos ponderados (normalización 2) .....                                                   | 329 |
| Tabla 60: Resumen de los resultados obtenidos .....                                                                                                                                                         | 330 |
| Tabla 61: Ponderaciones utilizadas en el cálculo de la UCH .....                                                                                                                                            | 341 |
| Tabla 62: Producción en UCH por comunidades autónomas en el año 2013.....                                                                                                                                   | 342 |
| Tabla 63: Producción en UCH por comunidades autónomas en el año 2010.....                                                                                                                                   | 342 |
| Tabla 64: Diferencias entre la producción de UCH en 2010 y 2013 por comunidades autónomas .....                                                                                                             | 343 |
| Tabla 65: Ponderaciones utilizadas para ajustar la población en atención primaria.....                                                                                                                      | 344 |
| Tabla 66: Resumen de población ponderada.....                                                                                                                                                               | 344 |
| Tabla 67: Indicador sintético de calidad con normalización 1 en forma de media geométrica.....                                                                                                              | 345 |
| Tabla 68: Indicador sintético de calidad con normalización 2 en forma de media geométrica.....                                                                                                              | 345 |
| Tabla 69: Número de municipios por comunidad autónoma. Fuente (Moyano, 1978) .....                                                                                                                          | 346 |
| Tabla 70: Gastos de personal por comunidades autónomas. Fuente (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b).....                                                                            | 347 |
| Tabla 71: Gastos de bienes, servicios y resto de conceptos de gasto por comunidades autónomas. Fuente ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b)) .....                                  | 348 |
| Tabla 72: Gastos de conciertos por comunidades autónomas. Fuente ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b)).....                                                                        | 348 |
| Tabla 73: Gastos en transferencias corrientes por comunidades autónomas. Fuente ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b)) .....                                                        | 349 |
| Tabla 74: Gastos en inversiones por comunidades autónomas. Fuente ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b)).....                                                                       | 349 |
| Tabla 75: Gasto total en sanidad por comunidades autónomas. Fuente ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b)).....                                                                      | 350 |
| Tabla 76: Gasto sanitario per cápita por comunidades autónomas. Fuente ((Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015b)) y (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015a)..... | 350 |
| Tabla 77: Población total por comunidades autónomas. Fuente: (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Extraído en septiembre 2015 .....                                              | 351 |
| Tabla 78: Modelos alternativos de inputs y de outputs utilizados en el análisis de eficiencia. ....                                                                                                         | 352 |
| Tabla 79: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1.....            | 353 |
| Tabla 80: Resultados de aplicar el modelo DEA-CCRi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad.....                                                                                   | 354 |
| Tabla 81: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2.....            | 355 |

|                                                                                                                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 82: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2.....                               | 356 |
| Tabla 83: Resultados de aplicar el modelo DEA-CCRi de rendimientos variables a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2.....                               | 357 |
| Tabla 84: Resultados de aplicar el modelo DEA-CCRó de rendimientos constantes a escala con gasto per cápita y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2.....                              | 358 |
| Tabla 85: Resumen de resultados con gasto per cápita y calidad .....                                                                                                                                                           | 359 |
| Tabla 86: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1.....      | 360 |
| Tabla 87: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1.....      | 361 |
| Tabla 88: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2.....      | 362 |
| Tabla 89: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2.....      | 363 |
| Tabla 90: Resumen de resultados con gasto total, calidad, producción en UCH y población ..                                                                                                                                     | 364 |
| Tabla 91: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1..... | 366 |
| Tabla 92: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 1..... | 367 |
| Tabla 93: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2..... | 368 |
| Tabla 94: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, producción en UCH y calidad en indicador sintético de calidad normalizado según la normalización 2..... | 369 |
| Tabla 95: Resumen de resultados con gasto desglosado, calidad, producción en UCH y población.....                                                                                                                              | 370 |
| Tabla 96: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH.....                                                                                     | 372 |
| Tabla 97: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH.....                                                                                     | 373 |
| Tabla 98: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH.....                                                                                     | 373 |
| Tabla 99: Resumen de resultados con gasto total, población, y producción en UCH .....                                                                                                                                          | 374 |

|                                                                                                                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 100: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCi de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, y producción en UCH .....                                                                | 374 |
| Tabla 101: Resultados de aplicar el modelo DEA-BCCo de rendimientos variables a escala con gasto desglosado, población, y producción en UCH .....                                                                | 375 |
| Tabla 102: Resumen de resultados con gasto desglosado, población, y producción en UCH..                                                                                                                          | 376 |
| Tabla 103: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC_I_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 1 ..... | 377 |
| Tabla 104: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC_O_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 1 ..... | 378 |
| Tabla 105: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC_I_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 2 ..... | 379 |
| Tabla 106: Resultados de aplicar el modelo DEA-NC_O_V de outputs no controlables con rendimientos variables a escala con gasto total, población, y producción en UCH, así como calidad con normalización 2 ..... | 380 |
| Tabla 107: Resumen de resultados con gasto desglosado, población, y producción en UCH..                                                                                                                          | 380 |
| Tabla 108: Tramos de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).....                                                                                                                                                     | 396 |
| Tabla 109: Porcentaje de recetas electrónicas prescritas en el SESCAM por grupo de tarjeta sanitaria. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad del SESCAM. Extraído en abril 2015 .....       | 397 |
| Tabla 110: Desglose por código de tarjeta sanitaria de las recetas electrónicas retiradas y no retiradas en 2014 .....                                                                                           | 398 |
| Tabla 111: No retiradas de recetas en función del coste del medicamento por tramos.....                                                                                                                          | 400 |
| Tabla 112: Retiradas o no de medicamentos en función de si son o no fármacos de tipo cícero o punto negro.....                                                                                                   | 402 |
| Tabla 113: Porcentaje de no retiradas de recetas en función del Código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica .....                                                                                            | 403 |
| Tabla 114: Desglose de las no retiradas de medicamentos por enfermedades dermatológicas por código de TSI.....                                                                                                   | 405 |
| Tabla 115: Niveles de no retirada de fármacos de la farmacia por niveles de precio del medicamento y por código de tarjeta sanitaria individual .....                                                            | 407 |
| Tabla 116: Porcentaje de fármacos no retirados por tramos de precio de medicamento para cada nivel de TSI.....                                                                                                   | 407 |
| Tabla 117: Pruebas de chi-cuadrado para las variables TSI y tramo de precio de los medicamentos.....                                                                                                             | 408 |
| Tabla 118: Medidas simétricas y de potencia de la relación para las variables TSI y tramo de precio de los medicamentos .....                                                                                    | 408 |
| Tabla 119: Estadísticos descriptivos respecto a las variables cuantitativas en la encuesta de satisfacción de atención primaria del SESCAM del primer semestre de 2014 .....                                     | 431 |
| Tabla 120: Tabla de correlaciones interelementos para las variables cuantitativas de la encuesta de satisfacción de pacientes en atención primaria del SESCAM en el primer semestre de 2014.....                 | 432 |

|                                                                                                                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 121: Estadísticos descriptivos respecto a las variables cuantitativas en la encuesta de satisfacción de atención primaria del SESCAM del segundo semestre de 2014.....                                       | 432 |
| Tabla 122: Tabla de correlaciones interelementos para las variables cuantitativas de la encuesta de satisfacción de pacientes en atención primaria del SESCAM en el segundo semestre de 2014.....                  | 433 |
| Tabla 123: Estadísticos descriptivos respecto a las variables cuantitativas en la encuesta de satisfacción de consultas externas de atención especializada del SESCAM del primer semestre de 2014.....             | 439 |
| Tabla 124: Tabla de correlaciones interelementos para las variables cuantitativas de la encuesta de satisfacción de pacientes en consultas de atención especializada del SESCAM en el primer semestre de 2014..... | 439 |
| Tabla 125: Estadísticos descriptivos respecto a las variables cuantitativas en la encuesta de satisfacción de hospitalización del SESCAM en el primer semestre de 2014 .....                                       | 445 |
| Tabla 126: Tabla de correlaciones interelementos para las variables cuantitativas de la encuesta de satisfacción de pacientes en hospitalización del SESCAM en el primer semestre de 2014.....                     | 446 |
| Tabla 127: Estadísticos descriptivos respecto a las variables cuantitativas en la encuesta de satisfacción de urgencias hospitalarias del SESCAM en el primer semestre de 2014 .....                               | 450 |
| Tabla 128: Tabla de correlaciones interelementos para las variables cuantitativas de la encuesta de satisfacción de pacientes en urgencias hospitalarias del SESCAM en el primer semestre de 2014.....             | 450 |
| Tabla 129: Implantación de la receta electrónica en el SESCAM en junio de 2015 .....                                                                                                                               | 464 |

# Anexo I: Definiciones de los indicadores que componen el indicador sintético de calidad

---



Vamos a exponer las definiciones de los indicadores seleccionados para componer el indicador sintético de calidad. Las mismas están extraídas de las definiciones de los organismos que emiten estos indicadores

### *Mortalidad Global ajustada por edad*

**Definición:** De acuerdo con (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, 2015b), la Tasa Ajustada de Mortalidad, TAM, es una media ponderada de tasas específicas de mortalidad por edad, cuyo factor de ponderación es la proporción de población en cada grupo de edad de la población estándar. La TAM es un valor sintético que permite la comparación entre distintas poblaciones, eliminando el potencial efecto que la variable de ajuste (edad) pudiera tener sobre las diferencias encontradas. Se trata de la tasa que obtendríamos en la población objeto de estudio si tuviera una distribución por grupos de edad similar a la de la población estándar. Al utilizar la misma población estándar para todas las poblaciones objeto de estudio, es posible comparar sus riesgos de mortalidad sin que las diferencias se deban a la diferente estructura por edad de unas y otras poblaciones. La TAM se expresa por 100.000 habitantes.

**Fuente:** Tasas de Mortalidad Ajustadas por edad por 100.000 habitantes. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte. Extraído de:

<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Informe.aspx?IdNodo=5012>

**Marco de análisis:** Se trata de una variable muy importante dado que nos indica la mejora o empeoramiento de la mortalidad de la población atendida, ponderada por la edad de la misma. Como prevenciones en el análisis deberemos tener en cuenta que una vez alcanzados niveles óptimos de mortalidad, este indicador se hace rígido a la baja salvo por mejoras en la tecnología disponible o en el estado de salud de la población.

**Indicadores complementarios:** Resultaría interesante el análisis de la mortalidad evitable, dado que estaría más directamente relacionado con el desempeño directo del Servicio de Salud. No obstante los datos encontrados en las condiciones requeridas para el estudio (publicados por el Instituto Nacional de Estadística) sólo alcanzaban a 2010 en la fecha de realización del presente estudio, por lo que no eran utilizables para el presente estudio. Sí que sería posible, para estudios posteriores de profundización, determinar la mortalidad ajustada por causas de muerte específicas, a partir de los datos publicados por el Ministerio de Sanidad.

Otro indicador interesante sería el de la mortalidad ajustada por casuística a partir del CMBD hospitalario, desde los cuadros de mando de IASIST suministrados al SESCOAM. En este caso, carecemos de información histórica y desglosada por CCAA, aunque resultará interesante su análisis como información complementaria para este indicador de mortalidad ajustada por edad

### *Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100 000 hab*

#### *Definición y fórmula*

$$(a / b) * 100\,000$$

a= Número de defunciones por causas específicas (ver definiciones) en menores de 75 años durante un año.

b= Población menor de 75 años en ese año.

Incluye las causas de muerte codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión: C 00 - C 97

Se obtienen las tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la población europea.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:

- Defunciones según causa de muerte. INE y elaboración propia MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE
- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

*Marco de análisis:* El conjunto de indicadores de mortalidad prematura nos aproximan a la idea de analizar la capacidad del Servicio de Salud de evitar muertes por enfermedades específicas de alta incidencia. En su conjunto nos proporcionan una idea muy interesante del desempeño global del sistema de salud.

### *Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100 000 hab.*

#### *Definición y fórmula*

$$(a / b) * 100\,000$$

a= Número de defunciones por causas específicas (ver definiciones) en menores de 75 años durante un año.

b= Población menor de 75 años en ese año.

Incluyen las causas de muerte codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión: I 20 - I 25

Se obtienen las tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la población europea.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:

- Defunciones según causa de muerte. INE y elaboración propia MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE
- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

*Tasa de mortalidad prematura por Diabetes mellitus, ajustada por edad, por 100 000 hab.*

*Definición y fórmula*

$(a / b) * 100\,000$

a= Número de defunciones por causas específicas (ver definiciones) en menores de 75 años durante un año.

b= Población menor de 75 años en ese año.

Incluye las causas de muerte codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión: E 10- E 14

Se obtienen las tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la población europea.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:

- Defunciones según causa de muerte. INE y elaboración propia MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE

- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

*Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100.000 hab.*

*Definición y fórmula*

$$(a / b) * 100\ 000$$

a= Número de defunciones por causas específicas en menores de 75 años durante un año.

b= Población menor de 75 años en ese año.

Incluyen las causas de muerte codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión: I 60 a I 69

Se obtienen las tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la población europea.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:

- Defunciones según causa de muerte. INE y elaboración propia MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE
- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

*Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100.000 hab.*

*Definición y fórmula*

$$(a / b) * 100\ 000$$

a= Número de defunciones por causas específicas (ver definiciones) en menores de 75 años durante un año.

b= Población menor de 75 años en ese año.

Incluyen las causas de muerte codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10ª revisión: J40-J47

Se obtienen las tasas ajustadas por edad, utilizando como población estándar la población europea.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:

- Defunciones según causa de muerte. INE y elaboración propia MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE
- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

### *Tasa de mortalidad perinatal*

#### *Definición y fórmula*

$$(a / b) * 1000$$

a= Número de muertes fetales tardías más el número de fallecidos entre 0 y seis días de vida durante un año determinado.

b= Número de nacidos vivos más el número de muertes fetales tardías ese año

Se considera recién nacido vivo a cada producto de un “nacimiento vivo”, entendiéndose por tal la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre -independientemente de la duración completa del embarazo- de un producto de concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, tal como palpitations de corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y está o no desprendida la placenta.

Se considera muerte fetal tardía aquella que ocurre por encima de los 180 días de gestación.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Movimiento Natural de la Población. INE

### *Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama*

#### *Definición y fórmula*

$$[a) / b)] * 100$$

- a) Nº de altas con procedimiento quirúrgico conservador.
- b) Nº total de altas con cualquier procedimiento quirúrgico de extirpación de cáncer de mama.

Para el numerador, se considera cirugía conservadora la segmentectomía, cuadrantectomía y tumorectomía: códigos de procedimiento de la CIE-9MC: 85.20 a 85.23 y 85.25 y diagnóstico principal de neoplasia maligna de mama (174.X). En definitiva, todo tratamiento quirúrgico que no suponga una mastectomía radical o modificada.

Para el denominador deben considerarse todos los procedimientos quirúrgicos de extirpación de tejido de mama y mastectomías (códigos 85.2X, 85.34 a 85.36, 85.4X) y diagnóstico principal de cáncer de mama.

Incluye los procedimientos efectuados con ingreso hospitalario y los llevados a cabo mediante cirugía ambulatoria

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Registro de altas de hospitalización (CMBD) y CMBD AAE. MSSSI

#### Observaciones

El procedimiento quirúrgico puede ser efectuado sin ingreso en el hospital por lo que deben incluirse también los casos de cirugía sin ingreso. Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

### *Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas*

#### *Definición y fórmula*

$$[a) / b)] * 100$$

- a) Nº de pacientes con fractura de cadera y fecha de intervención en las primeras 48 horas
- b) Total de pacientes intervenidos de fractura de cadera

Numerador: Altas con código CIE9MC de fractura de cuello de fémur el diagnóstico principal (código CIE9MC 820.0 a 820.9, incluidos sus 5º dígitos) y fecha de intervención en las primeras 48 horas tras el ingreso (\*\*).

Denominador: Altas con código CIE9MC de fractura de cuello de fémur en el diagnóstico principal (código CIE9MC 820.0 a 820.9, incluidos sus quintos dígitos) (\*\*).

(\*\*) La selección de casos, tanto en numerador como en denominador se realiza para los registros con fecha de intervención válida ( $\Rightarrow$  fecha ingreso y  $\leq$  fecha de alta)

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Registro de altas de hospitalización (CMBD)

#### Observaciones

El porcentaje de registros con procedimientos quirúrgicos realizados donde no conste la fecha de la intervención es variable según años. Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

Estadísticas Internacionales

OCDE (Health Care Quality Indicators Project - HCQI)

### *Porcentaje de reingresos (global)*

#### *Definición y fórmula*

$[a / b] * 100$

- a) Número de reingresos
- b) Total de altas del período.

También referido como "tasa de reingresos", mide la proporción de casos en los que tras el alta, el paciente vuelve a ser ingresado en el mismo hospital. Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) de un paciente, tras un alta previa en el mismo hospital en los treinta días siguientes al alta del episodio anterior (episodio índice).

Excluye los reingresos en los que el GRD del nuevo ingreso pertenece a la CDM: CDM 21: Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos. CDM 22: Quemaduras. CDM 25: Politraumatismos

Total de altas del periodo: para una serie correspondiente a la totalidad de un año, el cálculo se realiza considerando como casos índice las altas ocurridas en los primeros 11 meses del año, exceptuando aquellas que han sido alta por fallecimiento.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Registro de altas de hospitalización (CMBD). Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD)- MSSSI <http://icmbd.es>

#### *Observaciones*

En tanto no se disponga del CIP generalizado en el CMBD, la consideración de reingresos en un mismo paciente en un mismo hospital, se hace mediante la identificación de pacientes para ese mismo hospital y para el mismo año, a partir del número de historia, código de hospital, fecha de nacimiento y sexo.

Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

#### *Estadísticas Internacionales*

OCDE en Health Care Quality Indicators (HCQI), para determinados procesos

### *Tasa de infección hospitalaria*

#### *Definición y fórmula*

$$[a) / b)] * 100$$

- a) Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año.
- b) Total de altas en ese año.

El numerador incluye las altas hospitalarias en las que figure, en cualquier posición de diagnóstico secundario, los códigos 999.3X, 996.6X, 998.5X o 519.01

Exclusiones y/o excepciones: Se excluyen en numerador y denominador los casos con estancia inferior a 2 días.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Fuentes secundarias: Registro de altas de hospitalización (CMBD).Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD)- MSSSI <http://icmbd.es>

#### Observaciones

Se trata de un indicador muy influido por la exhaustividad de la codificación. En este sentido, el número medio de diagnósticos secundarios ha ido incrementándose paulatinamente en el SNS por lo que debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados evolutivos de la serie de indicadores. También la definición y criterios de inclusión y exclusión varían mucho en los diferentes proyectos incluidos.

#### Estadísticas Internacionales

DGSANCO (ECHI) / OCDE (Health Care Quality Indicators Project -HCQI) para procesos específicos

### *Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años*

#### *Definición y fórmula*

$$[a) / b)] * 100$$

a) Número de histerectomías en mujeres con edad < de 35 años.

b) Número total de histerectomías realizadas

En el numerador se establecerá la condición de edad y procedimiento realizado, codificado como alguno de los siguientes códigos de la clasificación CIE9MC:

68.3; 68.31; 68.39; 68.4; 68.41; 68.49; 68.5; 68.51; 68.59; 68.6; 68.61; 68.69; 68.7; 68.71; 68.79; 68.9.

En el denominador se seleccionarán todos los casos con dicho procedimiento. En ambos casos, situados dichos códigos en cualquier campo de procedimiento

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI

#### Observaciones

Incorporación de códigos de procedimientos específicos en 1999, 2004 y 2008. Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

### *Tasa de cesáreas*

#### *Definición y fórmula*

$$[a) / b)] * 100$$

- a) Número de partos por cesárea.
- b) Número total de partos (vaginal + cesáreas)

#### *Definiciones*

- Se entiende por parto la expulsión o extracción desde el claustro materno del producto viable de la concepción.
- Se considera feto viable aquel que tiene un peso al nacer igual o superior a 500 gr.
- Vía vaginal: Todo parto atendido por vía vaginal, independientemente de la técnica.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

#### *Fuentes secundarias:*

- Hasta el año 2009 inclusive "Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado". A partir de 2010 "Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada".
- MSSSI Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE
- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

#### *Observaciones*

Incluye tanto hospitales públicos como privados

#### *Estadísticas Internacionales*

Base de datos "European Health for All database (HFA-DB)" Oficina Regional para Europa de la OMS

### *Tasa de fractura de cadera en pacientes ingresados*

#### *Definición y fórmula*

$$[a) / b)] * 100$$

- a) Número de altas hospitalarias con diagnóstico de fractura de cadera en cualquiera de los códigos de diagnóstico secundario.
- b) Total de altas del período

Se consideran todos los casos con diagnóstico secundario codificado como fractura de cuello de fémur (categoría 820 de la CIE9-MC) como numerador. Se ha introducido en la serie como criterio de exclusión, las altas de pacientes dadas en los servicios de rehabilitación, debido a que en dichos servicios (u hospitales monográficos) se acumulan casos en que el paciente ingresa ya con la condición de fractura (previa al ingreso) para seguir tratamiento rehabilitador

En el denominador se excluyen aquellas altas con diagnóstico de fractura de cuello de fémur como diagnóstico principal

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:

Registro de altas de hospitalización (CMBD).Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD)- MSSSI <http://icmbd.es>

#### *Observaciones*

La AHRQ plantea que se refiera exclusivamente a altas quirúrgicas y con excepciones de determinadas patologías (pacientes susceptibles de caer: hemipléjicos, diagnósticos principales con problemas neurológicos como mareos, AVC, etc.)

### *Porcentaje de colecistectomía laparoscópica*

#### *Definición y fórmula*

$$[a) / b)] * 100$$

- a) Número de altas de colecistectomía laparoscópicas.
- b) Número de altas de colecistectomías.

#### Definiciones

El numerador incluye las altas con procedimiento 51.23 de la CIE9MC, con tipo de ingreso programado. Este procedimiento quirúrgico se puede efectuar frecuentemente sin ingreso en el hospital, por lo que en el numerador deben incluirse también los casos de cirugía sin ingreso.

El denominador incluye las altas con los procedimientos 51.22 y 51.23. Se incluirán todos los episodios con hospitalización y ambulatorios.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Registro de altas de hospitalización (CMBD) y CMBD de Atención Ambulatoria Especializada. MSSSI

#### Observaciones

Incluye todas las altas de hospitales de la red de hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

#### Estadísticas Internacionales

Health Data (OCDE) / EUROSTAT / DGSANCO (ECHI)

### *Porcentaje de reingresos tras cirugía programada*

#### *Definición y fórmula*

$$[a / b] * 100$$

- a) Número de pacientes que, tras un episodio de hospitalización para cirugía programada, causan reingreso
- b) Total de altas del período en pacientes atendidos por dicha causa

También referido como "tasa de reingresos", mide la proporción de casos en que tras el alta, el paciente vuelve a ser ingresado en el mismo hospital. Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) de un paciente, tras un alta previa en el mismo hospital en los treinta días siguientes tras el alta del episodio anterior (episodio índice, en este caso los episodios de alta tras ingreso para cirugía programada, identificadas como tal las altas de pacientes con GRD quirúrgico y tipo de ingreso programado).

Excluye los reingresos en los que el GRD del nuevo ingreso pertenece a la CDM: CDM 21: Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos. CDM 22: Quemaduras. CDM 25: Politraumatismos

Para una serie correspondiente a la totalidad de un año, el cálculo se realiza considerando como casos índice las altas ocurridas en los primeros 11 meses del año, exceptuando aquellas que han sido alta por fallecimiento.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Registro de altas de hospitalización (CMBD). Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD)- MSSSI <http://icmbd.es>

#### Observaciones

En tanto no se disponga del CIP generalizado en el CMBD, la consideración de reingresos en un mismo paciente en un mismo hospital, se hace mediante la identificación de pacientes para ese mismo hospital y para el mismo año, a partir del número de historia, código de hospital, fecha de nacimiento y sexo.

Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

#### Estadísticas Internacionales

OCDE en Health Care Quality Indicators (HCQI), para determinados procesos

### *Mortalidad intrahospitalaria en neumonía*

#### *Definición y fórmula*

$[a / b] * 100$

- a) Número de altas hospitalarias por fallecimiento para pacientes con diagnóstico de neumonía
- b) Total de altas con diagnóstico de neumonía

## Definiciones

El denominador incluye las altas de pacientes con diagnóstico principal de neumonía incluyendo los siguientes códigos de la CIE9MC: 003.22, 021.2, 039.1, 052.1, 055.1, 073.0, 112.4, 114.0, 114.4, 114.5, 115.05, 115.15, 115.95, 130.4, 136.3, 487.0 y los de las categorías 480, 481, 482, 483, 484, 485 y 486 en el campo de diagnóstico principal.

El numerador añade, a los códigos anteriores, el criterio de Éxito como motivo del alta.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:

Registro de altas de hospitalización (CMBD). Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD)- MSSSI <http://icmbd.es>

## Observaciones

Calculado para los centros pertenecientes al SNS: La red Pública SNS está compuesta por aquellos centros de dependencia y financiación pública más los centros de dependencia privada (con o sin ánimo de lucro) que mantiene un concierto sustitutorio o pertenecen a una Red de Utilización Pública, es decir están financiados con fondos públicos.

## *Mortalidad intrahospitalaria en infarto agudo de miocardio*

### *Definición y fórmula*

$$[a] / [b] * 100$$

- a) Número de altas hospitalarias por fallecimiento para el proceso analizado
- b) Total de altas del proceso analizado

El denominador incluye las altas de pacientes con diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio incluyendo alguno de los siguientes códigos de la CIE9MC: 410.00, 410.01, 410.10, 410.11, 410.20, 410.21, 410.30, 410.31, 410.40, 410.41, 410.50, 410.51, 410.60, 410.61, 410.70, 410.71, 410.80, 410.81, 410.90, 410.91.

El numerador añade, a los códigos anteriores, el criterio de Éxito como motivo del alta.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:

Registro de altas de hospitalización (CMBD). Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD)- MSSSI <http://icmbd.es>

#### Observaciones

Calculado para los centros pertenecientes al SNS: La red Pública SNS está compuesta por aquellos centros de dependencia y financiación pública más los centros de dependencia privada (con o sin ánimo de lucro) que mantienen un concierto sustitutorio o pertenecen a una Red de Utilización Pública es decir están financiados con fondos públicos.

Estadísticas Internacionales

OCDE Health Care Quality Indicators Project - HCQI

### *Porcentaje de reingresos psiquiátricos*

#### *Definición y fórmula*

$$[a) / b)] * 100$$

- a) Número de pacientes que, tras un episodio de hospitalización, causan reingreso por la causa mencionada
- b) Total de altas del período en pacientes atendidos por dicha causa .

También referido como "tasa de reingresos", mide la proporción de casos en que tras el alta, el paciente vuelve a ser ingresado en el mismo hospital. Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) de un paciente, tras un alta previa en el mismo hospital en los treinta días siguientes tras el alta del episodio anterior (episodio índice, en este caso las altas de pacientes cuyo diagnóstico principal esté codificado dentro de las categorías del capítulo V: enfermedades mentales).

Excluye los reingresos en los que el GRD del nuevo ingreso pertenece a la CDM: CDM 22: Quemaduras.

CDM 25: Politraumatismos

Para una serie correspondiente a la totalidad de un año, el cálculo se realiza considerando como casos índice las altas ocurridas en los primeros 11 meses del año, exceptuando aquellas que han sido alta por fallecimiento.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Registro de altas de hospitalización (CMBD). Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD)- MSSSI <http://icmbd.es>

#### Observaciones

En tanto no se disponga del CIP generalizado en el CMBD, la consideración de reingresos en un mismo paciente en un mismo hospital, se hace mediante la identificación de pacientes para ese mismo hospital y para el mismo año, a partir del número de historia, código de hospital, fecha de nacimiento y sexo.

Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

#### Estadísticas Internacionales

OCDE en Health Care Quality Indicators (HCQI), para determinados procesos

### *Tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes*

#### *Definición y fórmula*

$$[a) / b)] * 10\,000$$

- a) Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de asma, en un año.
- b) Población de ese año.

Se contabilizarán todas las altas con diagnóstico principal codificado mediante la CIE9MC (categoría 493). Corresponde a la categoría 1007 de la ISHMT (International Shortlist for hospital morbidity tabulation - OMS/Eurostat/OCDE).

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:



- Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE
- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

#### Observaciones

Tasa ajustada por edad. Es posible consultar tasas brutas y ajustadas por esta u otras causas en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/Default.aspx> (Conjunto Mínimo Básico de Datos - hospitalización - diagnósticos)

La inclusión de hospitales privados en el CMBD se inicia en 2005 y se incrementa paulatinamente. La serie se inicia en 2010, año en que la cobertura supera ya el 85%-90% de las altas de hospitales de agudos. Para antes de 2010 se ofrecen las tasas de hospitalización para el SNS

#### Estadísticas Internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS/EUROSTAT / OCDE mediante listado ISHMT (International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation)

### *Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 hab.*

#### *Definición y fórmula*

$$[a] / b] * 10\,000$$

- a) a) Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en un año.
- b) Población en ese año.

Se contabilizarán todas las altas con diagnóstico principal codificado mediante la CIE9MC (categorías 490; 491; 492; 494; 496, y código 466.0). Corresponde a la categoría 1006 de la ISHMT (International Shortlist for hospital morbidity tabulation - OMS/Eurostat/OCDE).

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:

- Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE
- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

#### Observaciones

Tasa ajustada por edad. Es posible consultar tasas brutas y ajustadas por esta u otras causas en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/Default.aspx> (Conjunto Mínimo Básico de Datos - hospitalización - diagnósticos)

La inclusión de hospitales privados en el CMBD se inicia en 2005 y se incrementa paulatinamente. La serie se inicia en 2010, año en que la cobertura supera ya el 85%-90% de las altas de hospitales de agudos.

#### Estadísticas Internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS/EUROSTAT / OCDE mediante listado ISHMT (International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation)

### *Tasa ajustada de hospitalización por Diabetes Mellitus por 10 000 hab.*

#### *Definición y fórmula*

$[a) / b)] * 10\,000$

- a) Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de diabetes en un año.
- b) Población en ese año.

Se contabilizarán todas las altas con diagnóstico principal codificado mediante la CIE9MC (categoría 250). Corresponde a la categoría 0401 de la ISHMT

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

#### Fuentes secundarias:

- Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE

- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

#### Observaciones

Tasa ajustada por edad. Es posible consultar tasas brutas y ajustadas por esta u otras causas en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/Default.aspx> (Conjunto Mínimo Básico de Datos - hospitalización - diagnósticos).

La inclusión de hospitales privados en el CMBD se inicia en 2005 y se incrementa paulatinamente. La serie se inicia en 2010, año en que la cobertura supera ya el 85%-90% de las altas de hospitales de agudos.

Para antes de 2010 se ofrecen las tasas de hospitalización para el SNS - ver Indicador 021449.

#### Estadísticas internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS/EUROSTAT / OCDE mediante listado ISHMT (International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation)

### *Tasa ajustada de hospitalización por enfermedades cerebrovasculares por 10 000 hab*

#### *Definición y fórmula*

$[a) / b)] * 10\,000$

- a) Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de enfermedad cerebrovascular, en un año.
- b) Población en ese año.

Se contabilizarán todas las altas con diagnóstico principal codificado mediante la CIE9MC(categorías 430-438). Corresponde a la categoría 0908 de la ISHMT (International Shortlist for hospital morbidity tabulation - OMS/Eurostat/OCDE).

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

#### Fuentes secundarias:

- Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE

- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

#### Observaciones

Tasa ajustada por edad. Es posible consultar tasas brutas y ajustadas por esta u otras causas en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/Default.aspx> (Conjunto Mínimo Básico de Datos -hospitalización - diagnósticos).

La inclusión de hospitales privados en el CMBD se inicia en 2005 y se incrementa paulatinamente. La serie se inicia en 2010, año en que la cobertura supera ya el 85%-90% de las altas de hospitales de agudos.

#### Estadísticas Internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS/EUROSTAT / OCDE mediante listado ISHMT (International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation)

Tasa ajustada de hospitalización por Insuficiencia Cardíaca Congestiva por 10 000 hab.

#### Definición y fórmula

$[a) / b)] * 10\,000$

- a) Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), en un año.
- b) Población en ese año.

Se contabilizarán todas las altas con diagnóstico principal codificado mediante la CIE9MC (código categoría 428). Corresponde a la categoría 0907 de la ISHMT (International Shortlist for hospital morbidity tabulation - OMS/Eurostat/OCDE).

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

#### Fuentes secundarias:

- Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE
- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

## Observaciones

Tasa ajustada por edad.

La inclusión de hospitales privados en el CMBD se inicia en 2005 y se incrementa paulatinamente. La serie se inicia en 2010, año en que la cobertura supera ya el 85%-90% de las altas de hospitales de agudos.

Estadísticas Internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS/EUROSTAT / OCDE mediante listado ISHMT (International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation)

*Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 hab.*

### Definición y fórmula

$[a) / b)] * 10\,000$

- a) Número de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de hipertensión, en un año.
- b) Población en ese año.

Se contabilizarán todas las altas con diagnóstico principal codificado mediante la CIE9MC (código categorías 401-405). Corresponde a la categoría 0901 de la ISHMT (International Shortlist for hospital morbidity tabulation - OMS/Eurostat/OCDE)

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias:

- Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE
- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

## Observaciones

Tasa ajustada por edad. Es posible consultar tasas brutas y ajustadas por esta u otras causas en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/Default.aspx> (Conjunto Mínimo Básico de Datos - hospitalización - diagnósticos)

La inclusión de hospitales privados en el CMBD se inicia en 2005 y se incrementa paulatinamente. La serie se inicia en 2010, año en que la cobertura supera ya el 85%-90% de las altas de hospitales de agudos.

#### Estadísticas Internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS/EUROSTAT / OCDE mediante listado ISHMT (International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation)

#### Prescripción de antibióticos en DHD

DHD (dosis diaria definida por 1000 habitante y día) de antibióticos

#### *Definición y fórmula*

$$a) / [365 \times b)] \times 1.000$$

a) Nº de total de dosis diarias definidas (DDD) de antibióticos dispensadas en un año

b) Población en ese año, multiplicado por 365 días.

#### Definiciones

Incluye todos los fármacos dispensados pertenecientes al subgrupo anatómico ATC: J01 (antibacterianos de uso sistémico).

#### Fuente:

Sistema de información de consumo farmacéutico del Sistema Nacional de Salud. MSSSI

#### *Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al total de antibióticos*

Calculamos el indicador sumando el consumo de cefalosporinas (J01D) y quinolonas (J01M) en DDD para un periodo determinado y calculando el porcentaje que supone respecto al total de consumo de antibióticos (J01).

$$\frac{(J01D + J01M)}{J01} \times 100$$

### *Tasa de amputaciones de miembros inferiores en personas diabéticas*

#### Fórmula

$$[a] / b] \times 1000$$

- a) a) Nº de altas de personas diabéticas a las que les ha sido practicada alguna amputación no traumática en miembros inferiores, en un año.
- b) Población igual o mayor de 15 años

Numerador: incluye los códigos de 84.10 y 84.12 a 84.17 como procedimiento, excluyendo código 84.11 y con diagnóstico de la categoría 250 (diabetes) como diagnóstico principal ó en cualquiera de los secundarios (códigos de la clasificación internacional CIE9MC)

Denominador: Población mayor de 15 años

Se excluyen los casos de las CDM 14 y 15 así como los códigos diagnósticos de amputación traumática (categorías 895, 896 y 897)

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

#### Fuentes secundarias:

- Registro de altas de hospitalización (CMBD). Modelo de Indicadores para el Análisis de la
- Hospitalización en el SNS (iCMBD)- MSSSI <http://icmbd.es>
- Cifras de Población (año 2013 en adelante). INE
- Estimaciones de la Población Actual (años 2002 a 2012). INE
- Proyecciones de Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991 (años 1991 a 2001). INE

#### Observaciones

Calculado solo para hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

Estadísticas Internacionales

OCDE (Health care quality Indicators - HCQI)

### *Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación)*

Fórmula

$$[a) / b)] * 100$$

- a) Número de personas que han recibido las dosis recomendadas de vacuna frente a la poliomielitis en el calendario de vacunación del SNS.
- b) Número total de personas susceptibles de vacunación.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Estadísticas de vacunación. MSSSI

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

Observaciones

Para el cálculo de la cobertura de vacunación se utilizan únicamente las dosis administradas en los dispositivos del SNS. No se incluyen vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia y administradas a través del sector sanitario privado

Estadísticas Internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS / DGSANCO (ECHI)

### *Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo)*

Fórmula

$$[a) / b)] * 100$$



- a) Número de personas que han recibido la dosis recomendada de refuerzo contra la poliomielitis en el calendario de vacunación del SNS.
- b) Número total de personas susceptibles de vacunación.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Estadísticas de vacunación. MSSSI

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

#### Observaciones

Para el cálculo de la cobertura de vacunación se utilizan únicamente las dosis administradas en los dispositivos del SNS. No se incluyen vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia y administradas a través del sector sanitario privado

#### Estadísticas Internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS / DGSANCO (ECHI)

### *Cobertura (%) de personas de 65 años y más vacunadas frente a la gripe*

#### Fórmula

$$[a / b] * 100$$

- a) Número de personas de 65 y más años que en la temporada anualmente establecida, han recibido una dosis de vacuna de la gripe.
- b) Número total de personas de 65 y más años.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Estadísticas de vacunación. MSSSI

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

#### Observaciones

Para el cálculo de la cobertura de vacunación se utilizan las dosis administradas en los dispositivos del SNS. No incluye vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia y administradas a través del sector sanitario privado.

Estadísticas Internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS / OCDE / DGSANCO (ECHI)

### *Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación)*

Fórmula

$$a) / b) * 100$$

- a) Número de personas que han recibido la dosis recomendada frente a estos tres virus en el calendario de vacunación del SNS.
- b) Número total de personas susceptibles de vacunación.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Estadísticas de vacunación. MSSSI

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

Observaciones

Para el cálculo de la cobertura de vacunación se utilizan únicamente las dosis administradas en los dispositivos del SNS. No se incluyen vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia y administradas a través del sector sanitario privado.

En 2013 se acuerda unificar la primovacunación frente a estos tres virus con una dosis a los 12 meses. Conceptualmente esto no significa un cambio en la serie de datos de cobertura

Estadísticas Internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS / OCDE / DGSANCO (ECHI)

### *Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo)*

#### Fórmula

$$a) / b) * 100$$

- a) Número de personas que han recibido la dosis recomendada de refuerzo frente a estos tres virus en el calendario de vacunación del SNS.
- b) Número total de personas susceptibles de vacunación.

*Fuente primaria:* Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fuentes secundarias: Estadísticas de vacunación. MSSSI

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>

#### Observaciones

Para el cálculo de la cobertura de vacunación se utilizan únicamente las dosis administradas en los dispositivos del SNS. No se incluyen vacunas adquiridas en Oficinas de Farmacia y administradas a través del sector sanitario privado.

En 2013 se acuerda unificar el refuerzo frente a estos tres virus con una dosis a los 3-4 años. Conceptualmente esto no significa un cambio en la serie de datos de cobertura

#### Estadísticas Internacionales

Oficina Regional para Europa de la OMS / OCDE / DGSANCO (ECHI)

## Anexo II: Análisis de los resultados en los indicadores individuales de calidad

---

## II.1 Indicadores de desempeño global

### II.1.1 Mortalidad ajustada por edad

La mortalidad ajustada es un indicador de desempeño global muy relevante para un servicio de salud. Como hemos indicado en anteriores capítulos, nos aporta una visión muy importante de la evolución global de la mortalidad, independientemente de la evolución de la edad de la población.

En los últimos años, la mortalidad ajustada sigue una senda de descenso, compartido en los países de nuestro entorno. En el gráfico siguiente podemos apreciar dicha tendencia en diversos países de la OCDE a lo largo de este siglo.

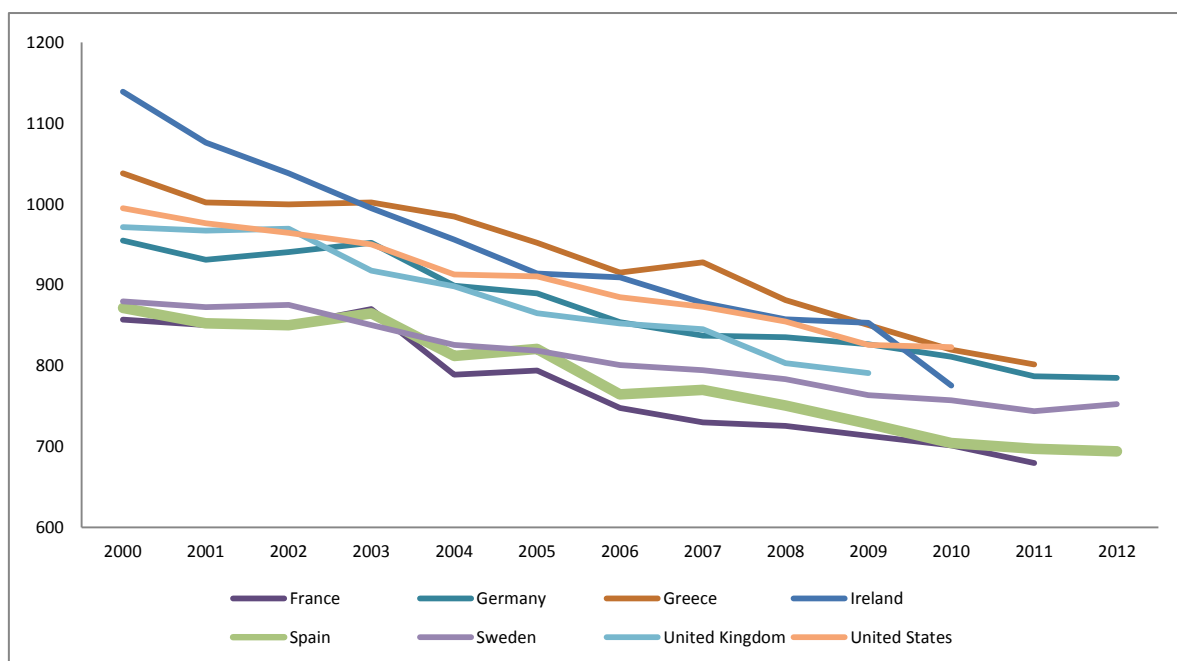


**Ilustración 335: Tasas de mortalidad estandarizada por cada 100.000 habitantes. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015**

España mantiene esta tendencia decreciente y se mantiene entre los valores más bajos de los países analizados. Durante los años de actuación frente a la crisis (2010 a 2013) se mantiene esta tendencia decreciente, aunque con una pendiente menor. Algunos países, como Alemania y Suecia, han sufrido un repunte al alza de este indicador en estos años.

De acuerdo con la OCDE (OCDE, 2015b), la tasa de mortalidad estandarizada por edad por cada 100.000 habitantes es calculada por la OCDE usando la población de la OCDE 2010 como población de referencia, usando un método directo de estandarización y una estructura fija de franjas de edad de la población. Por este motivo las tasas de mortalidad ajustadas no son

directamente comparables con las obtenidas para las distintas comunidades autónomas, pero sí son útiles para comparar la evolución de España con otros países de la OCDE

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se reproduce esta suave tendencia a la reducción continua de las tasas de mortalidad ajustadas por edad.

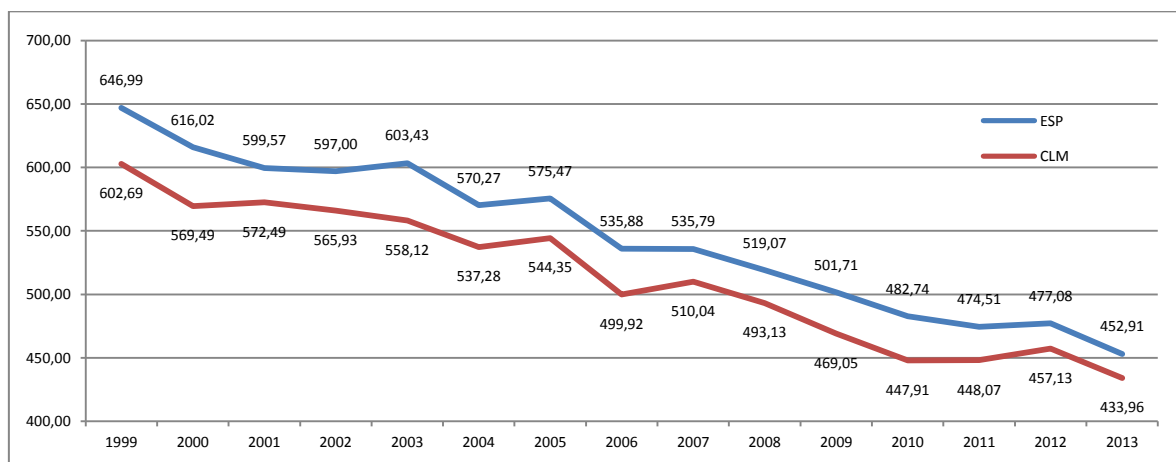


**Ilustración 336: Evolución de las tasas ajustadas por edad 1999-2013 para Castilla-La Mancha y España. Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Extraído en mayo 2015**

La tendencia descendente en Castilla-La Mancha se había estabilizado en 2010, con un ligero repunte en 2012, bajando a un mínimo histórico en 2013. Durante todos estos años se mantiene una brecha de menor mortalidad ajustada en nuestra región que en el conjunto de España, que se mantiene en los últimos años, aunque con una distancia algo menor.

La mortalidad ha descendido entre 2010 y 2013 un 3,12%, y entre 2001 y 2010 descendió un 21,76%. Hemos de tener en cuenta que cuando los valores se van reduciendo a niveles cercanos al óptimo, es posible que nuevas reducciones sean más difíciles. Analizando los valores de la OCDE, España está en una posición cercana al óptimo respecto al resto de países, y dentro de España, CLM se sitúa en valores de media desviación estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, la mortalidad ajustada en Castilla-La Mancha se sitúa como la sexta menor de España en 2013.

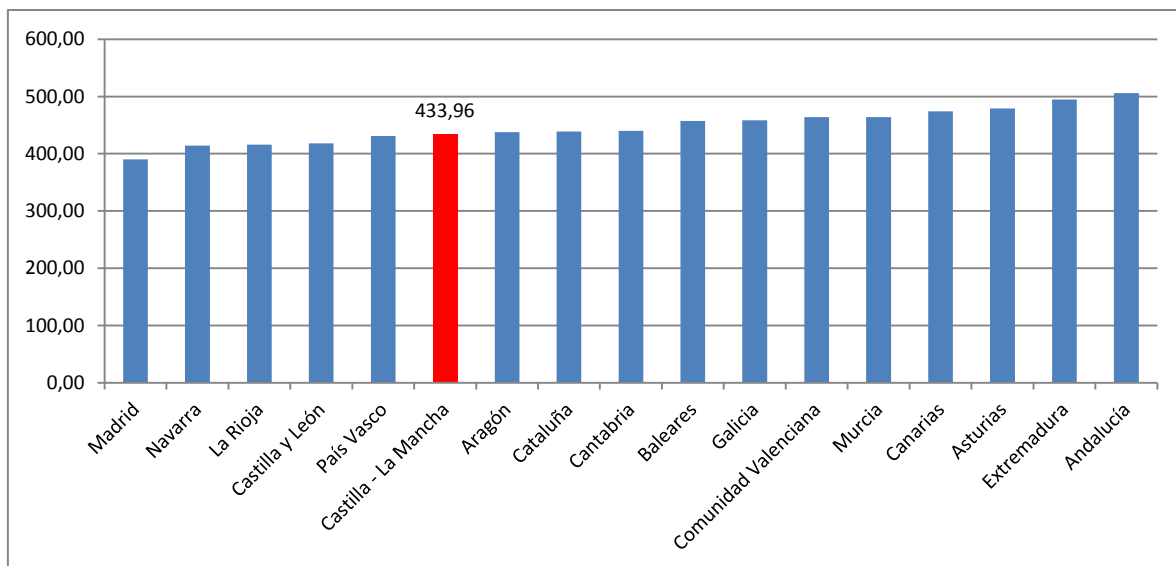


**Ilustración 337: Mortalidad Ajustada por Edad por Comunidades Autónomas en 2013. Fuente: Indicadores clave del SNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la mortalidad ajustada por edad en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Andalucía es la que presenta el peor resultado, con una mortalidad que se mueve cercana a las dos desviaciones estándar por encima de la media. Madrid presenta mejores resultados, con valores de 1,89 desviaciones estándar por debajo de la media en 2013. Castilla-La Mancha se mueve en las 0,46 desviaciones estándar por debajo de la media.

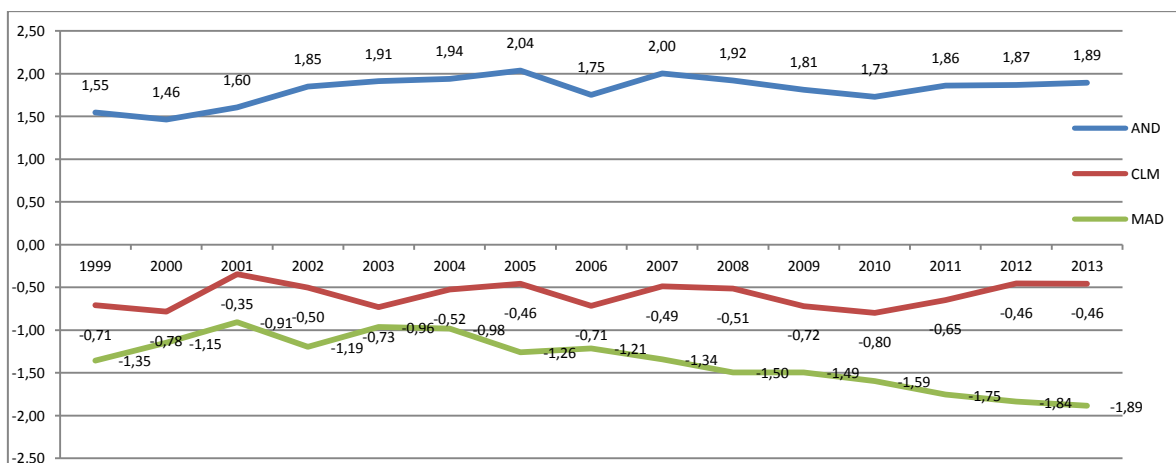


**Ilustración 338: Evolución de la mortalidad ajustada por edad estandarizada según la normalización 1 en Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha en 2013. Fuente: Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

En los años 2010 a 2013 la posición relativa de CLM respecto al conjunto de comunidades españolas empeoró ligeramente, pasando de estar 0,8 desviaciones estándar mejor que la

media en 2010 a estar 0,46 mejor que la media en 2013. En el año 2001 nuestra región estaba 0,35 desviaciones estándar mejor que la media, así que en el periodo 2001-10 se generó una mejora relativa de acuerdo con este indicador. El valor de España globalmente se mantiene algo por encima de la media de comunidades autónomas, lo que quiere decir que globalmente las comunidades pequeñas tienen algo mejores resultados que las grandes.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Andalucía, Castilla-La Mancha y Madrid de los datos de mortalidad ajustada por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

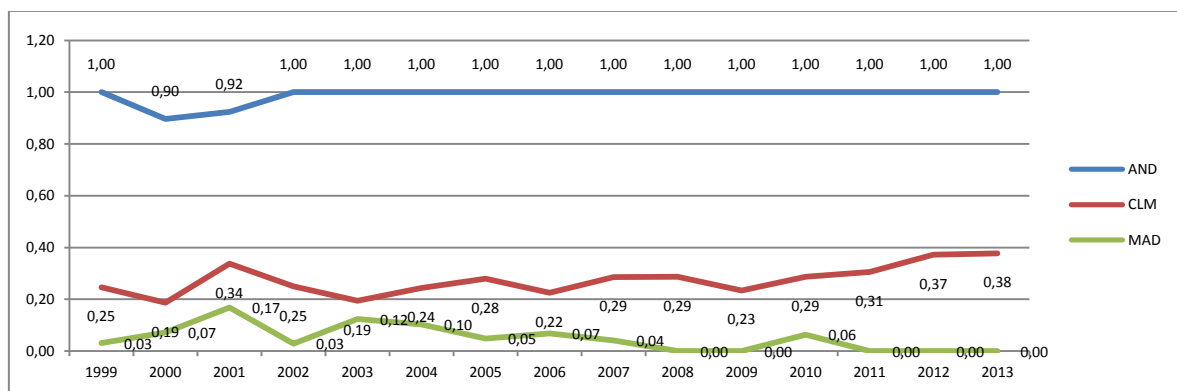


**Ilustración 339: Evolución de la mortalidad ajustada por edad según la normalización 2, para Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha. Fuente: Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

Podemos ver cómo Andalucía se mantiene invariablemente en el peor lugar de España respecto a la mortalidad global ajustada por edad. Madrid ocupa el mejor puesto desde 2010. Castilla-La Mancha empeora relativamente en este periodo, pasando de una distancia relativa de 0,29 en 2010 a 0,38 en 2013. La posición relativa de las distintas comunidades autónomas en lo que se refiere a distancia al mejor desempeño en 2013 es la siguiente, con Madrid liderando el mejor desempeño y Castilla-La Mancha situada en el sexto mejor lugar:



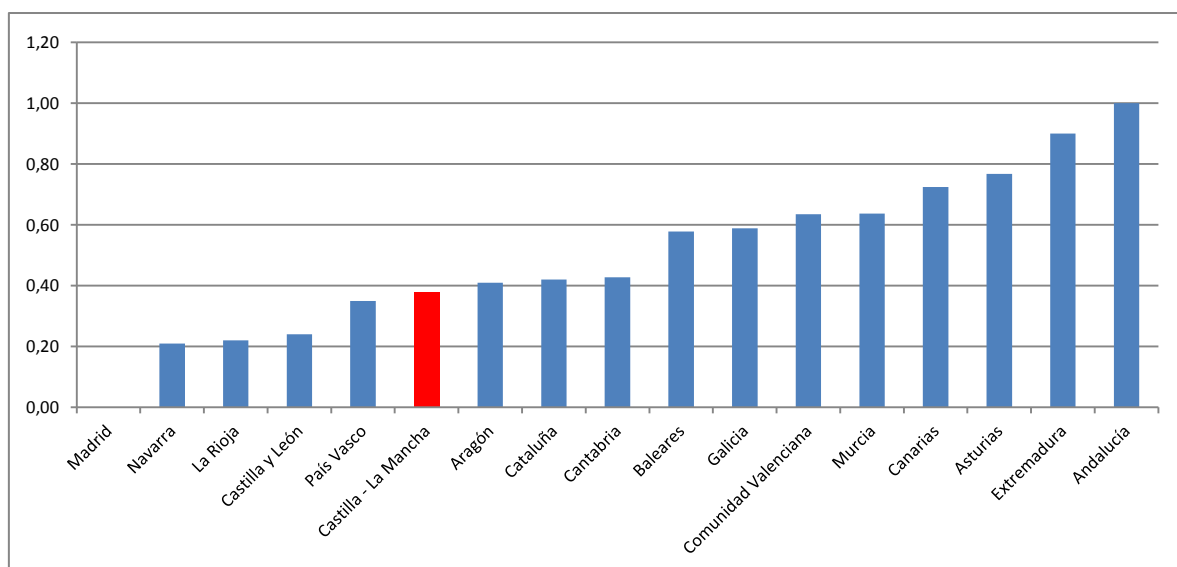


**Ilustración 340: Posición relativa de las distintas CCAA respecto al mejor desempeño en mortalidad ajustada por edad en 2013. Fuente: Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

Si profundizamos en el indicador de mortalidad global como indicador de desempeño de un servicio de salud, un dato complementario útil es acudir a las comparaciones de mortalidad ajustada por casuística atendida en los hospitales públicos de dicho servicio. En este caso estamos dejando fuera del cálculo el efecto de los determinantes de salud, y centrándonos más en el desempeño asistencial propiamente dicho. Por desgracia no están publicados datos de mortalidad ajustada para todas las comunidades, pero sí podemos hacer un análisis con los datos propios del Sescam procesados por IASIST.

El Índice de Mortalidad Ajustado por Riesgo (IMAR) es el cociente entre el número de defunciones observadas en la unidad de análisis (en este caso, todo el SESCAM) y el número de defunciones esperadas. Un valor por debajo de 1 supone que el número de defunciones del periodo ha sido menor del esperado.

La evolución del IMAR durante el periodo 2010 a 2013 en Castilla-La Mancha ha sido la siguiente:

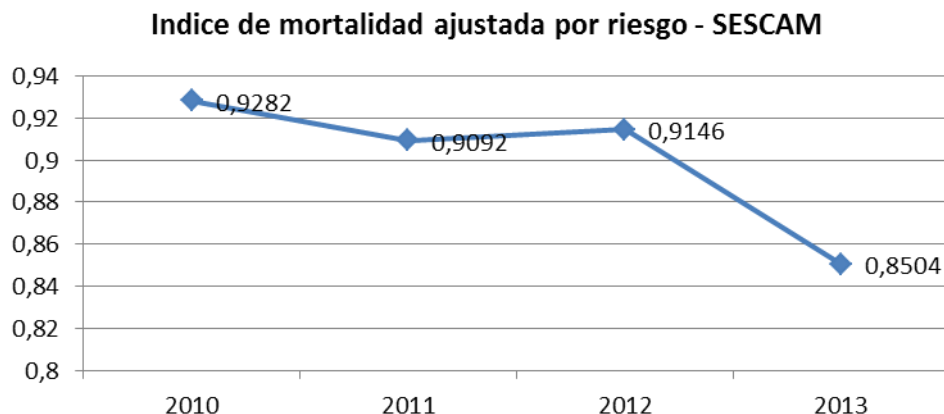


**Ilustración 341: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Índice de Mortalidad Ajustado por Riesgo 2010-2013.**  
Fuente: IASIST. Datos extraídos en febrero 2015

El IMAR en el SESCAM pasa de 0,9282 en 2010 a 0,8504 en 2013, lo que supone una considerable mejora, siempre por debajo del estándar de mortalidad esperada. En el gráfico siguiente se muestran las muertes evitadas respecto al comportamiento esperado de los hospitales si se hubieran comportado como el estándar de mortalidad.

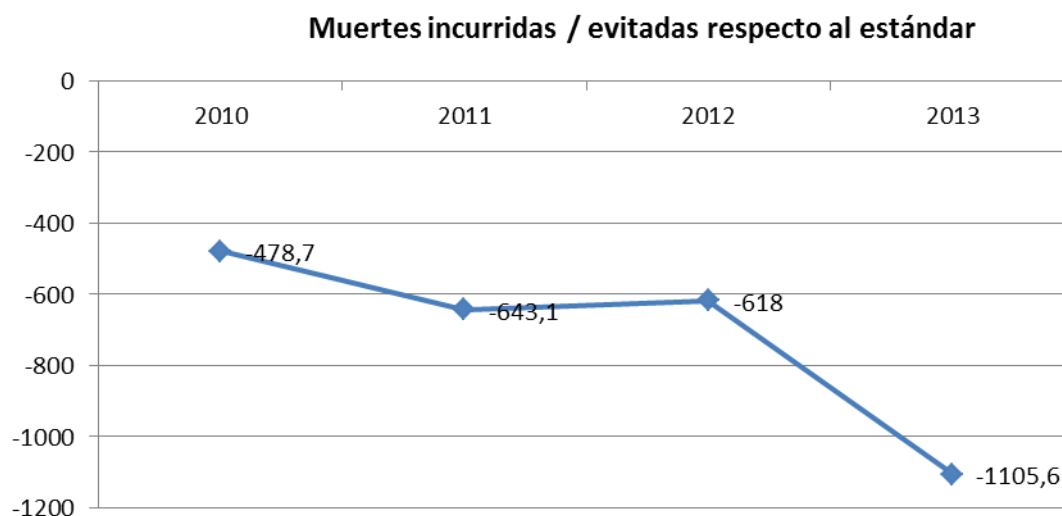


**Ilustración 342: Muertes evitadas respecto al valor estándar del IMAR en CLM.** Fuente: IASIST. Extraído en febrero 2015

De unas muertes evitadas calculadas en 478 en 2010 se ha pasado a 1105 en 2013, lo que supone un indicador excelente de la evolución global de la calidad en el Sescam durante los años 2010 a 2013.

## II.1.2- Mortalidades prematuras

### II.1.2.1 Tasa de mortalidad prematura por Cáncer, ajustada por edad, por 100 000 hab

La mortalidad por Cáncer ajustada por edad sufre en el entorno de la OCDE un lento descenso, con una pendiente homogénea desde los años 90, como podemos ver en el gráfico siguiente. España se mantiene en la zona baja respecto a otros países, y no se observan repuntes asociados a la crisis ni a las políticas de gasto más restrictivas de los últimos años.

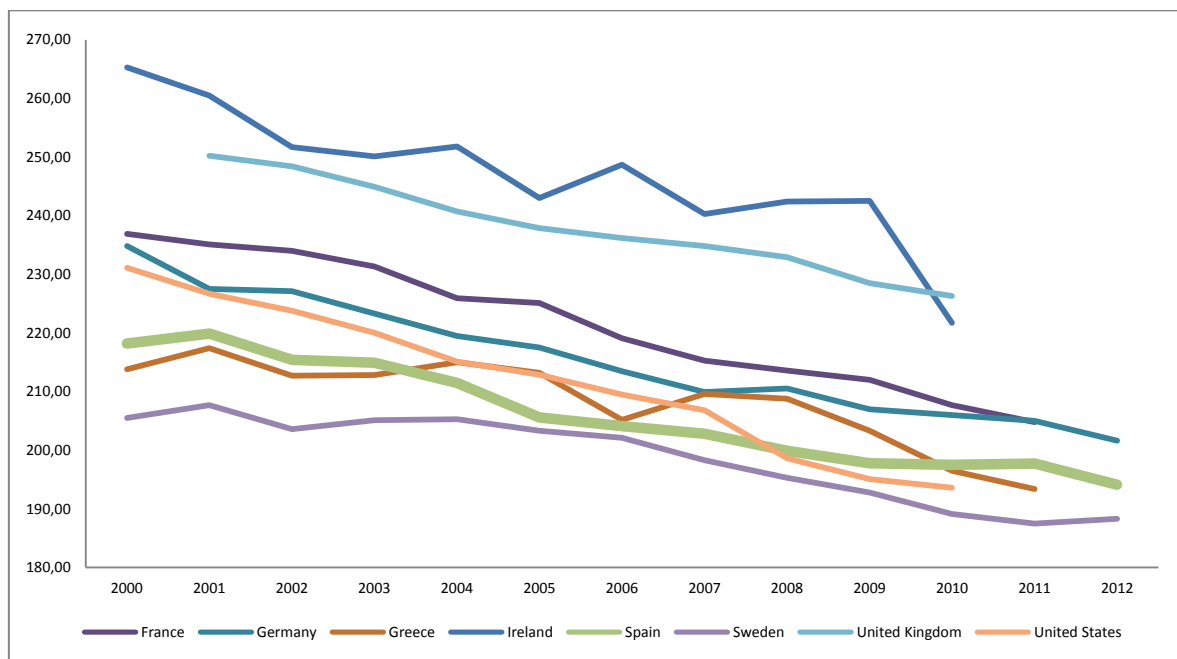


**Ilustración 343: Tasa de mortalidad prematura por cáncer en un conjunto de países de la OCDE. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015**

Los datos OCDE son datos de mortalidad por cáncer ajustada por edad y no mortalidad prematura, pero nos dan una idea muy interesante de la evolución de los países de nuestro entorno, para situarnos correctamente en el ámbito español.

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se reproduce esta suave tendencia a la reducción continua de las tasas de mortalidad prematura por cáncer ajustadas por edad.

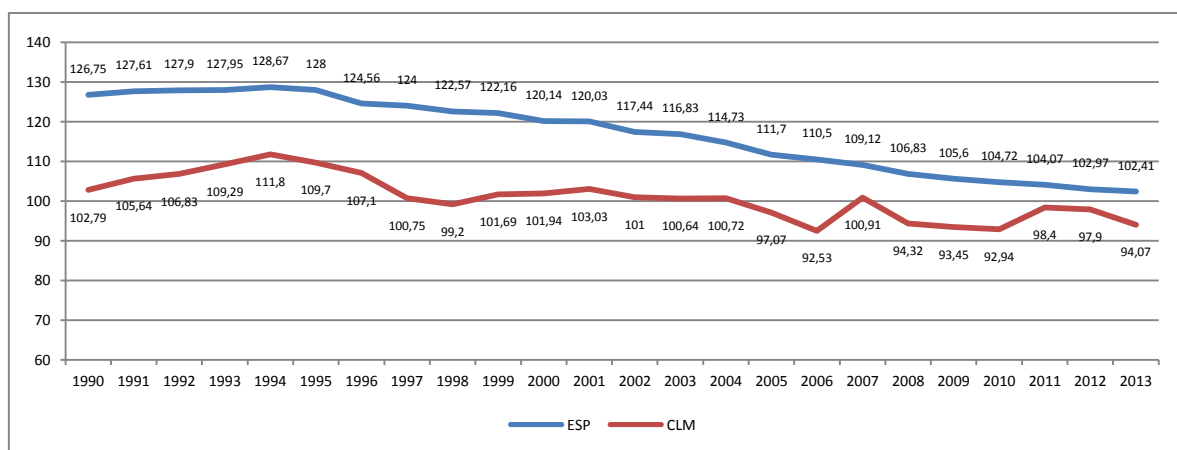


**Ilustración 344: Evolución de la tasa de mortalidad prematura por cáncer ajustada por edad para España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La tendencia en España mantiene un descenso suave desde 1994 sin alteraciones en el periodo 2010-2013. En CLM se puede observar un repunte en 2011, previo a la toma de decisiones restrictivas en el gasto sanitario, y un descenso acusado en 2013. La distancia entre CLM y el resto de España se ha mantenido en un descenso constante desde 1998, con algunos altibajos, como el descrito anteriormente.

La mortalidad prematura por cáncer ha aumentado entre 2010 y 2013 un 1,21 %, y entre 2001 y 2010 descendió un 9,79%. Hemos de tener en cuenta que cuando los valores se van reduciendo a niveles cercanos al óptimo, es posible que nuevas reducciones sean más difíciles. Analizando los valores de la OCDE, España está en una posición cercana al óptimo respecto al resto de países, y dentro de España, CLM se sitúa en valores de más de una desviación estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, la mortalidad ajustada en Castilla-La Mancha se sitúa como la tercera menor de España en 2013.

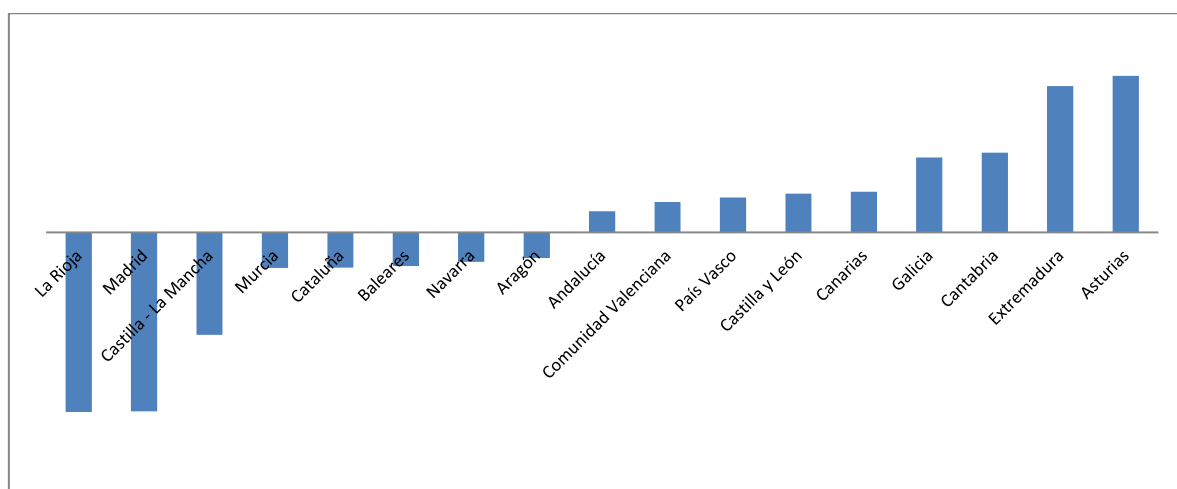


**Ilustración 345: Posición relativa de las distintas CCAA respecto a la mortalidad evitable por cáncer, valores estandarizados según la normalización 1. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a La Rioja, Madrid y Castilla-La Mancha, y los peores a Cantabria, Extremadura y Asturias.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la mortalidad prematura por cáncer en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Asturias es la que presenta el peor resultado, con una mortalidad prematura por cáncer que se mueve sobre las 1,65 desviaciones estándar por encima de la media. Madrid presenta mejores resultados, con valores de 1,89 desviaciones estándar por debajo de la media. Ha presentado en el tiempo una trayectoria de mejora importante, igualando a Castilla-La Mancha en 2007 y obteniendo mejores resultados desde 2010. CLM se mueve en torno a 1 desviaciones estándar por debajo de la media, con unos resultados excelentes, y un resultado estable entre 2010 y 2013, periodo en el que su posición relativa respecto a la media nacional aumenta en 0,24 desviaciones estándar.

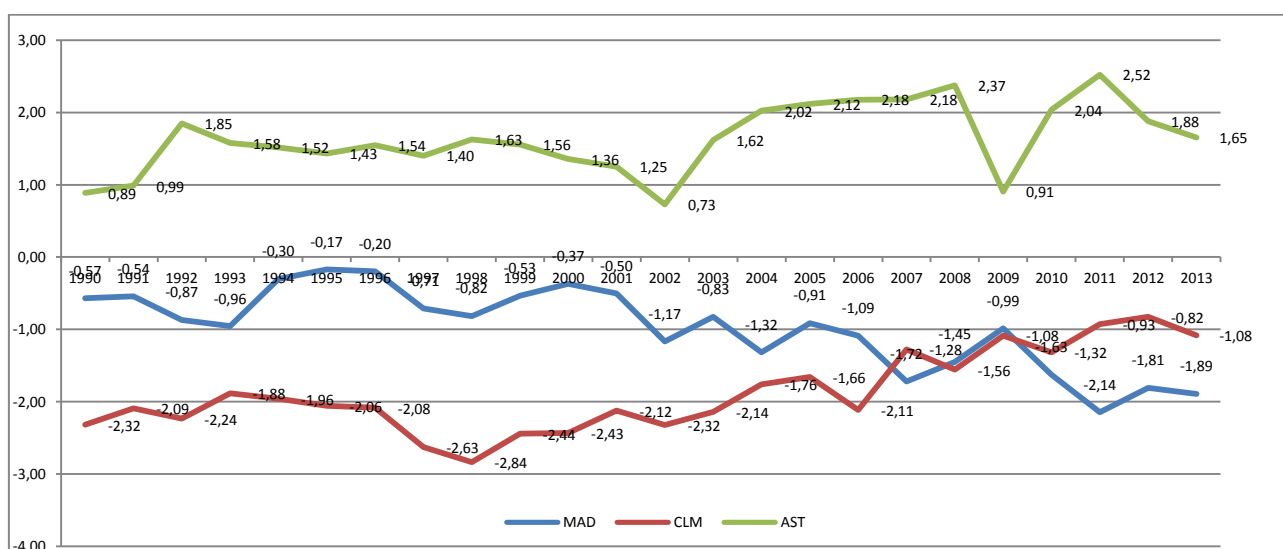


**Ilustración 346: Mortalidad prematura por cáncer estandarizada según la normalización 1. Evolución de Madrid, Castilla-La Mancha y Asturias. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Asturias, Castilla-La Mancha y Madrid de los datos de mortalidad evitable por cáncer ajustada por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

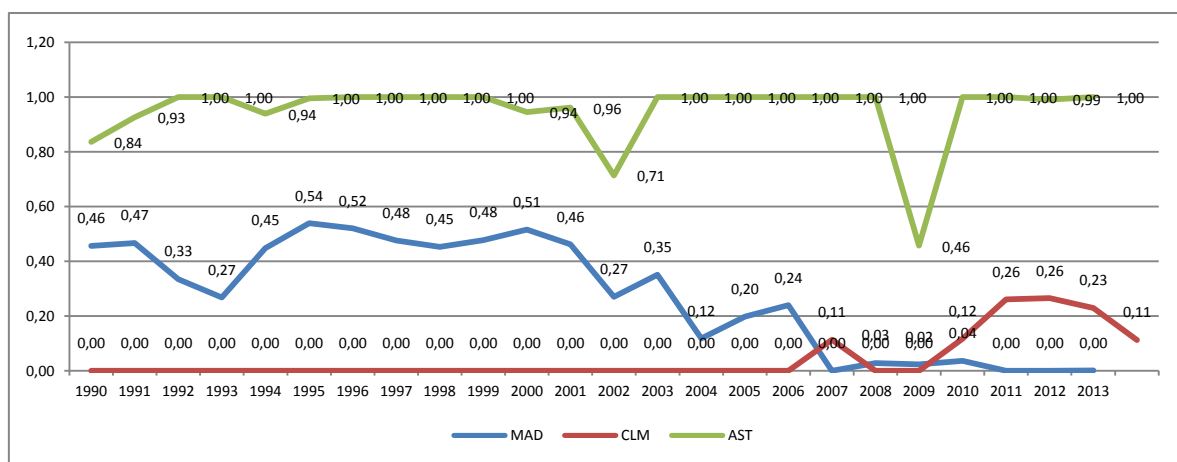


**Ilustración 347: Mortalidad evitable por cáncer ajustada por edad ajustada de acuerdo con la normalización 2, para Asturias, Madrid, y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Podemos ver cómo Asturias se mantiene casi todo el tiempo en el peor lugar de España respecto a la mortalidad evitable por cáncer ajustada por edad. Madrid ha evolucionado desde distancias de 0,5 a situarse como la región con mejores resultados. Castilla-La Mancha empeora relativamente desde 2009, pasando de ser la primera a la tercera comunidad 2013, aunque a una distancia muy reducida de la mejor, 0,11. La posición relativa de las distintas comunidades autónomas en lo que se refiere a distancia al mejor desempeño en 2013 es la siguiente, con La Rioja y Madrid liderando el mejor desempeño y Castilla-La Mancha situada en tercer lugar:

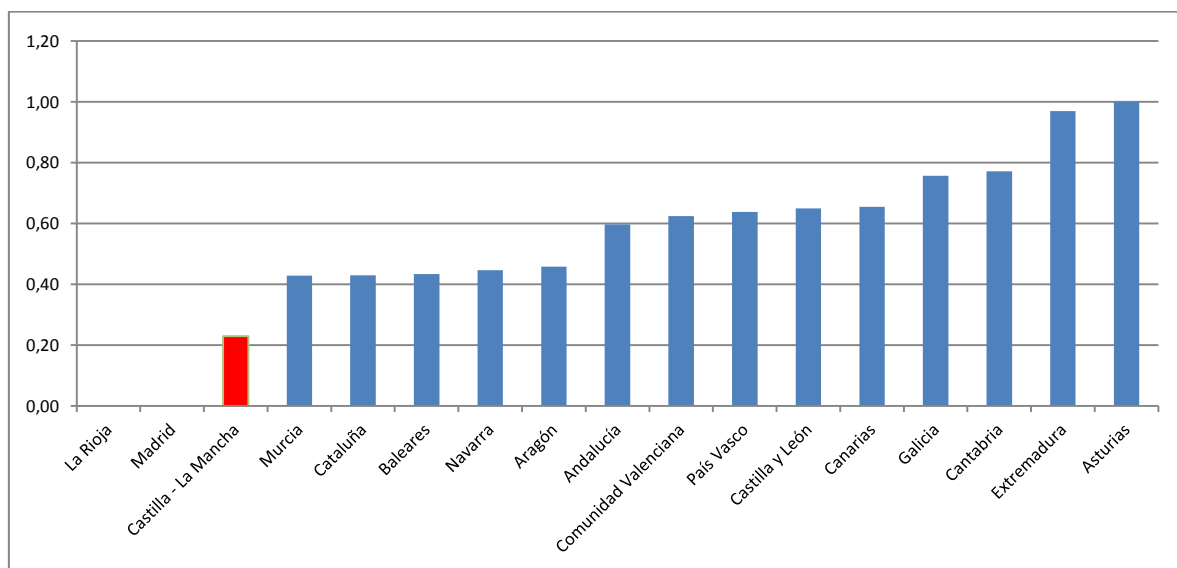


**Ilustración 348: Mortalidad evitable por cáncer ajustada por edad. Posición relativa de las CCAA españolas de acuerdo con la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

### II.1.2.2 Tasa de mortalidad prematura por Cardiopatía isquémica, ajustada por edad, por 100 000 habitantes

La mortalidad por Cardiopatía isquémica ajustada por edad sufre en el entorno de la OCDE un lento descenso, con una pendiente homogénea desde los años 90, como podemos ver en el gráfico siguiente. A diferencia de otros indicadores de calidad, las diferencias son grandes entre países. Se trata de un indicador que refleja adecuadamente la coordinación entre niveles asistenciales, el funcionamiento de los servicios de emergencias, y la dotación tecnológica de los hospitales. España se mantiene en la zona más baja respecto a los países analizados, y no se observan repuntes asociados a la crisis ni a las políticas de gasto más restrictivas de los últimos años.

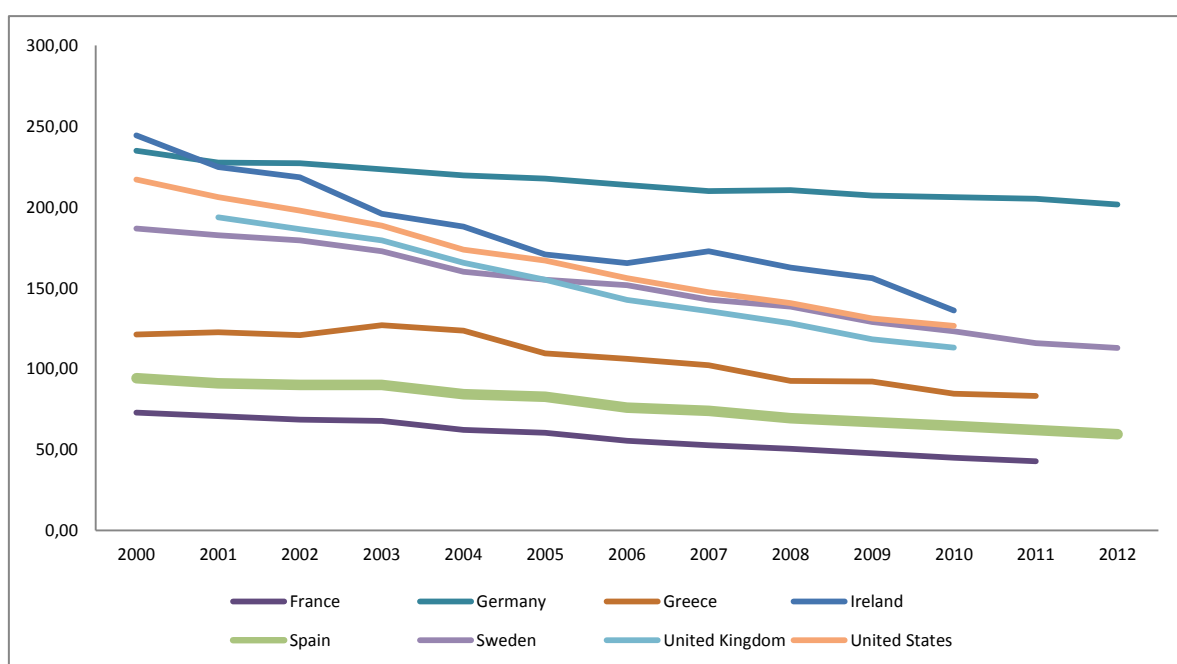


**Ilustración 349: Evolución de la mortalidad por cardiopatía isquémica ajustada por edad. Fuente: OCDE statistics. Extraído en mayo 2015**

Los datos OCDE son datos de mortalidad por cáncer ajustada por edad y no mortalidad prematura, pero nos dan una idea muy interesante de la evolución de los países de nuestro entorno, para situarnos correctamente en el ámbito español.

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se reproduce esta suave tendencia a la reducción continua de las tasas de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica ajustadas por edad. En CLM se produce un leve repunte en 2012 que se corrige en 2013, manteniéndose la tendencia al descenso.

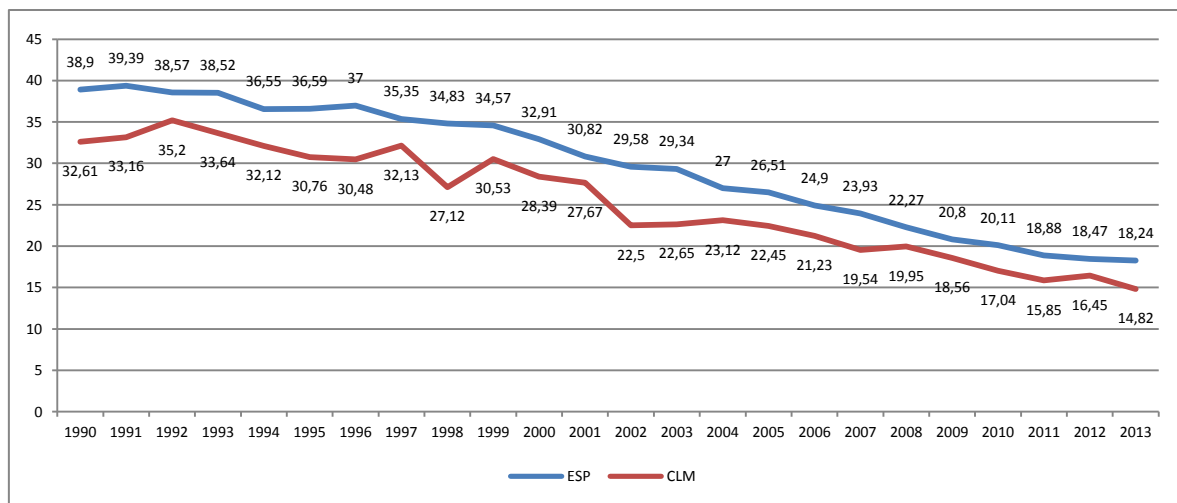


**Ilustración 350: Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica ajustada por edad en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La tendencia en España mantiene un descenso suave desde 1994 sin alteraciones en el periodo 2010-2013. En CLM se puede observar una tendencia similar con algo más de variabilidad, siempre con mejores resultados que el conjunto de España. La distancia entre CLM y el resto de España se ha mantenido estable desde 2008.

La mortalidad evitable por cardiopatía isquémica ha descendido entre 2010 y 2013 un 13,05 %, y entre 2001 y 2010 descendió un 38,42%. Hemos de tener en cuenta que cuando los valores se van reduciendo a niveles cercanos al óptimo, es posible que nuevas reducciones sean más difíciles. Analizando los valores de la OCDE, España está en una posición cercana al óptimo respecto al resto de países, y dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,75 desviaciones estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, la mortalidad ajustada en Castilla-La Mancha se sitúa como la quinta menor de España en 2013.



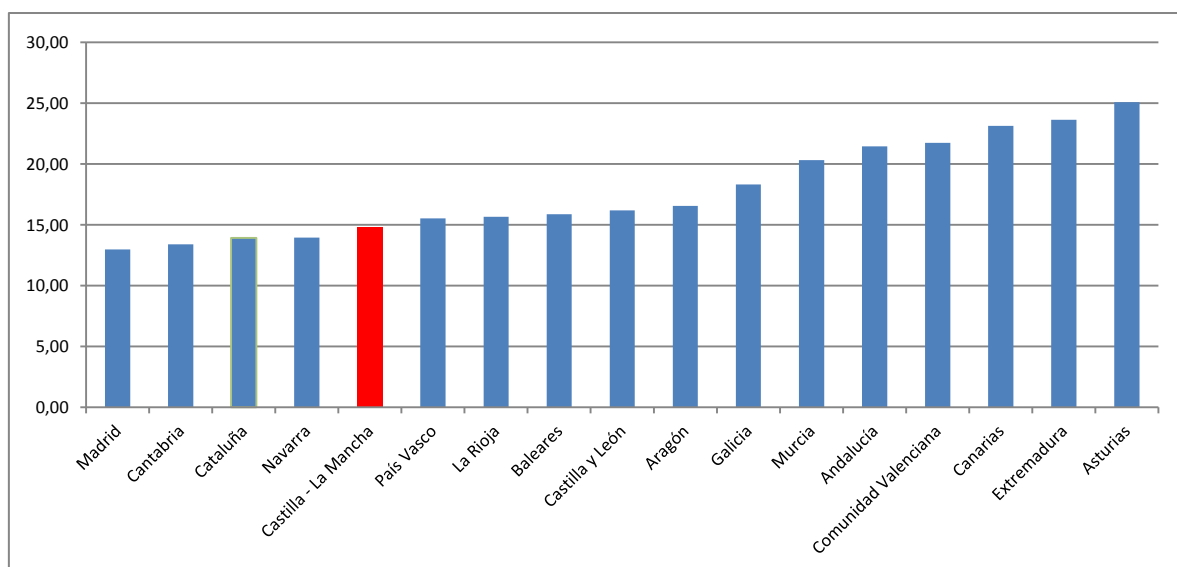


**Ilustración 351: Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica en las distintas CCAA españolas. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Madrid, Cantabria y Cataluña, y los peores a Canarias, Extremadura y Asturias.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Asturias es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve entre 2,5 y 1,65 desviaciones estándar por encima de la media. Madrid presenta los mejores resultados, con valores cercanos a 2 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en torno a 0,75 desviaciones estándar por debajo de la media, con unos resultados excelentes, y una mejora entre 2010 y 2013, periodo en el que su posición relativa respecto a la media nacional mejora en 0,23 desviaciones estándar.

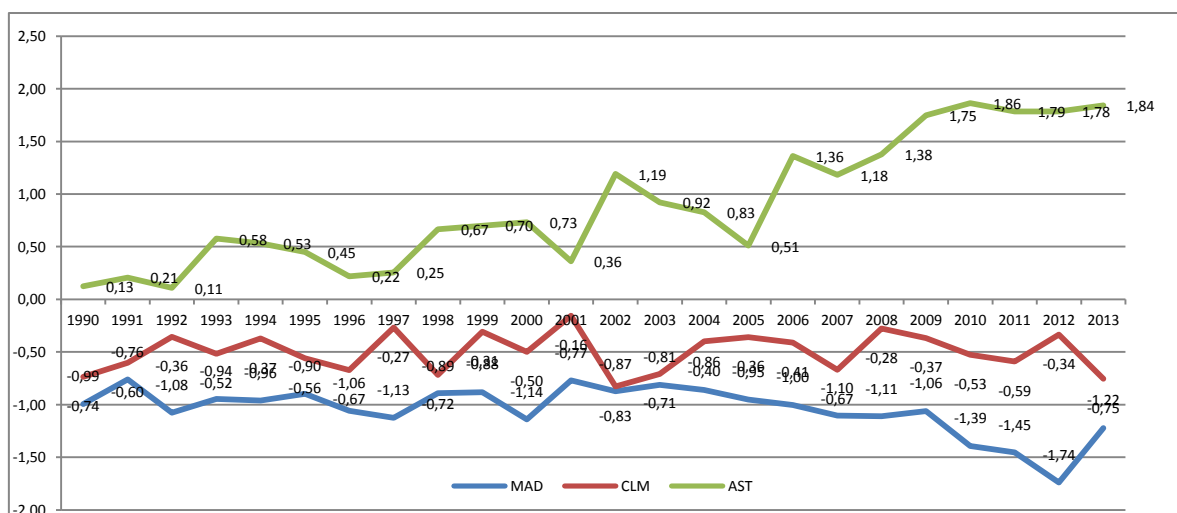


**Ilustración 352: Mortalidad prematura por cardiopatía isquémica en valores estandarizados de acuerdo con la normalización 1 en Madrid, Castilla-La Mancha y Asturias. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Asturias, Castilla-La Mancha y Madrid de los datos de mortalidad evitable por cáncer ajustada por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

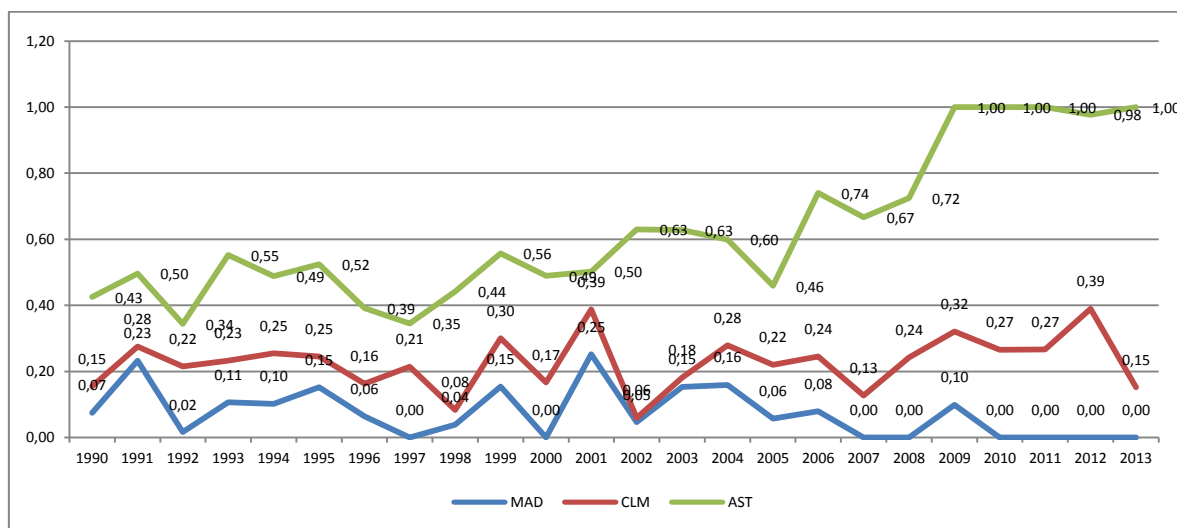


**Ilustración 353: Mortalidad evitable por cardiopatía isquémica, evolución de las CCAA de Madrid, Castilla-La Mancha y Asturias en indicadores normalizados de acuerdo con la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Podemos ver cómo Asturias mantiene un empeoramiento progresivo de su situación entre 2005 y 2009, estabilizándose después como los peores resultados en este indicador. Madrid ha mantenido por el contrario excelentes resultados respecto al resto de regiones, permaneciendo como la mejor desde el año 2007. Castilla-La Mancha empeora relativamente

entre 2007 y 2009, mejorando de forma importante en 2013. La posición relativa de las distintas comunidades autónomas en lo que se refiere a distancia al mejor desempeño en 2013 es la siguiente, con Madrid liderando el mejor desempeño y Castilla-La Mancha situada en quinto lugar:

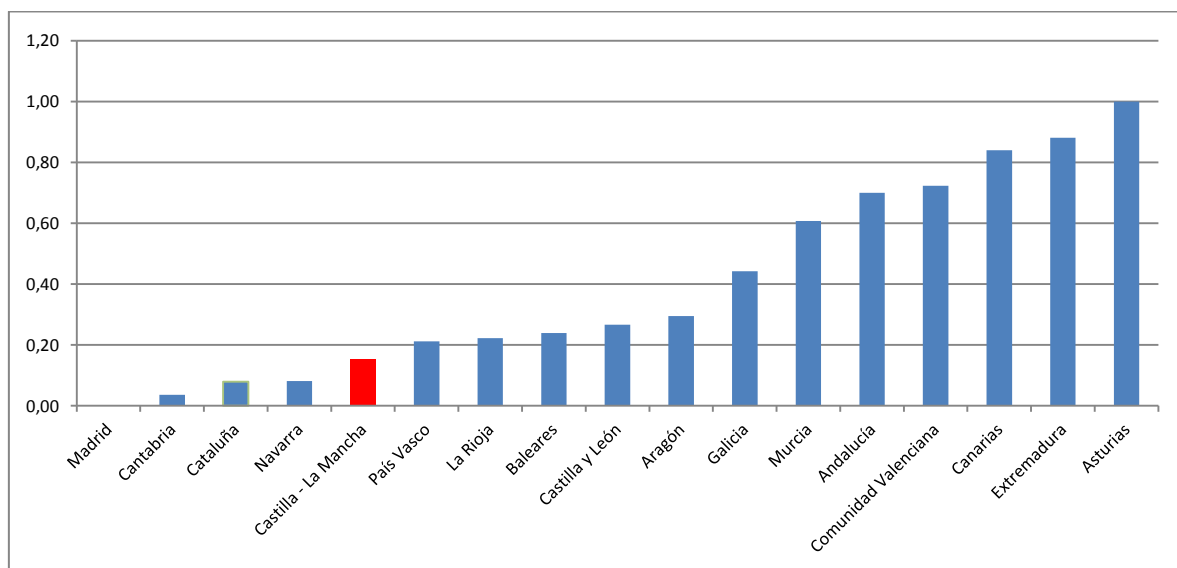


**Ilustración 354: Mortalidad evitable por cardiopatía isquémica. Comparación entre CCAA en 2013 en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

### II.1.2.3 Tasa de mortalidad prematura por Diabetes mellitus, ajustada por edad, por 100 000 habitantes

La mortalidad por Diabetes Mellitus se mantiene estabilizada en el entorno de la OCDE. España viene consiguiendo un lento descenso, con una pendiente homogénea desde los años 90, como podemos ver en el gráfico siguiente. A diferencia de otros indicadores de calidad, las diferencias son grandes entre países, y pueden estar muy influenciadas por distintos estilos de vida. España parte de una situación mejorable respecto a los países analizados, mantiene la senda de mejora ya comentada, y no se observan repuntes asociados a la crisis ni a las políticas de gasto más restrictivas de los últimos años.

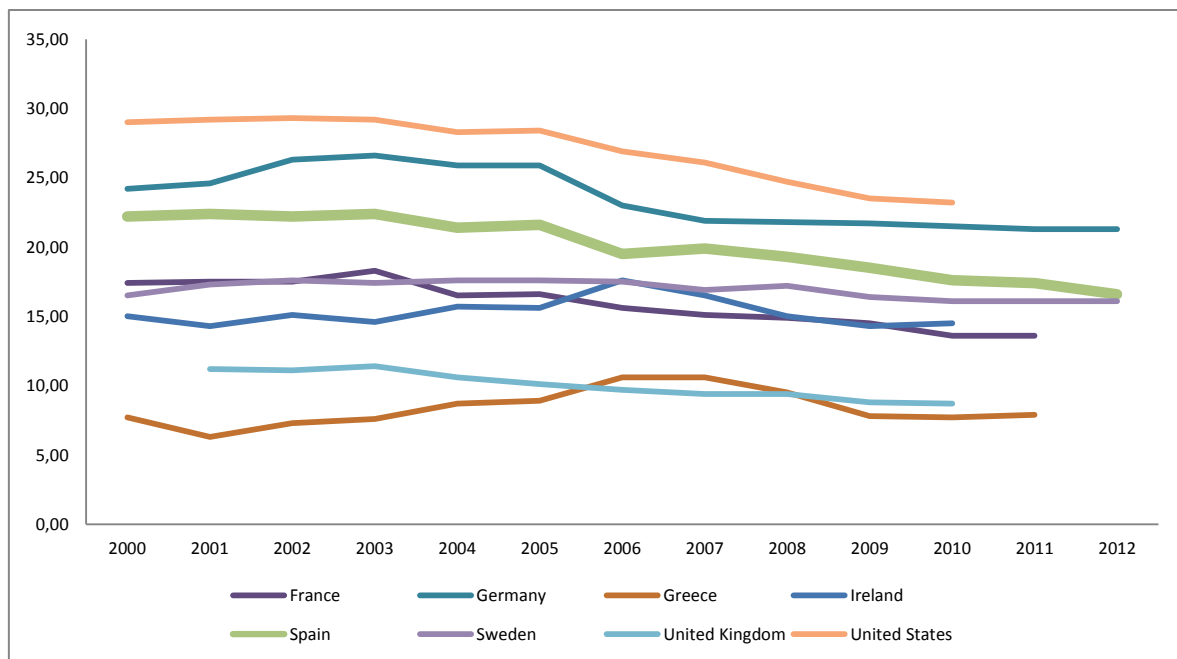


**Ilustración 355: Mortalidad por diabetes mellitus ajustada por edad en algunos países de la OCDE. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015**

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se reproduce esta tendencia a la reducción continua de las tasas de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica ajustadas por edad. En CLM se produce un leve repunte en 2012 que se corrige en 2013, manteniéndose la tendencia al descenso.

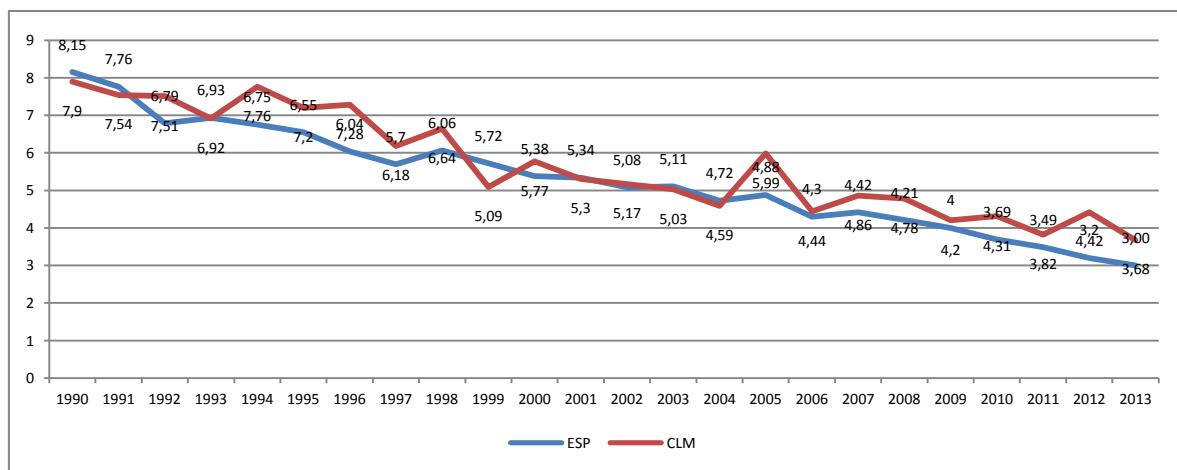


**Ilustración 356: Mortalidad prematura por diabetes mellitus. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

La tendencia en España mantiene un descenso firme desde 1994 sin alteraciones en el periodo 2010-2013, salvo el referido pico observado en 2012 que se recupera en 2013. En CLM se puede observar una tendencia similar con más de variabilidad, siempre con algo más de

mortalidad que el conjunto de España. La distancia entre CLM y el resto de España se ha mantenido estable desde 2006, con cierta tendencia a incrementarse suavemente.

La mortalidad evitable diabetes ha descendido entre 2010 y 2013 un 14,66 %, y entre 2001 y 2010 descendió un 18,68%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,26 desviaciones estándar peor que la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, la mortalidad ajustada en Castilla-La Mancha se sitúa como la cuarta peor de España en 2013.

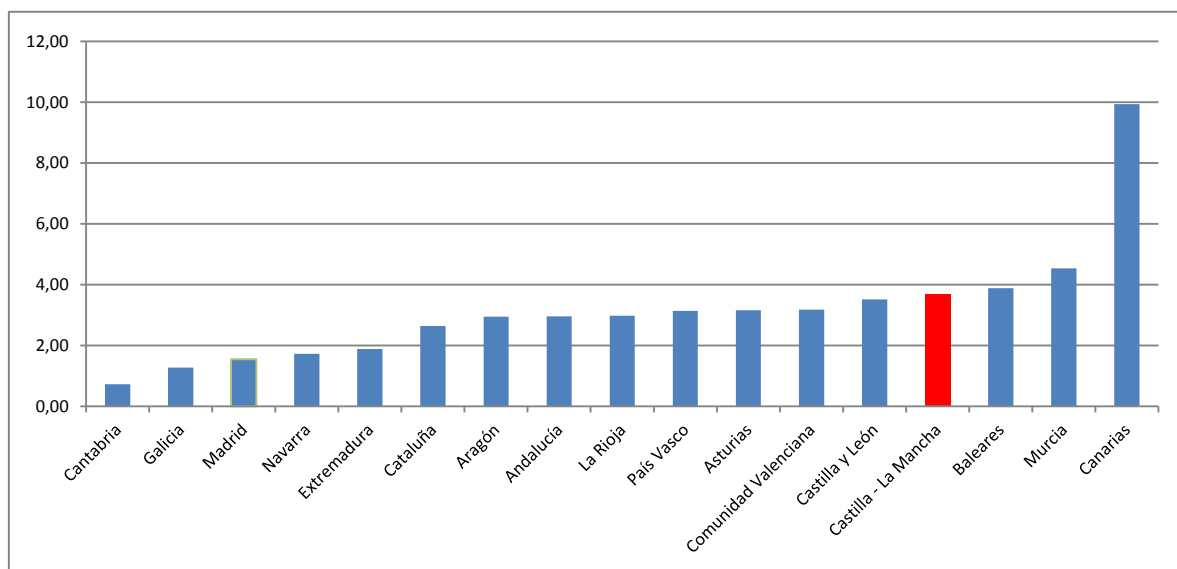


**Ilustración 357: Mortalidad evitable por diabetes en 2013. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Madrid, Cantabria y Galicia, y los peores a Baleares, Murcia y Canarias.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la mortalidad prematura por diabetes en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Canarias es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 3,3 desviaciones estándar por encima de la media, con una ligera tendencia al empeoramiento. Cantabria presenta mejores resultados, con valores de 1,2 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en torno a 0,26 desviaciones estándar por encima de la media, y un resultado estable entre 2010 y 2013.

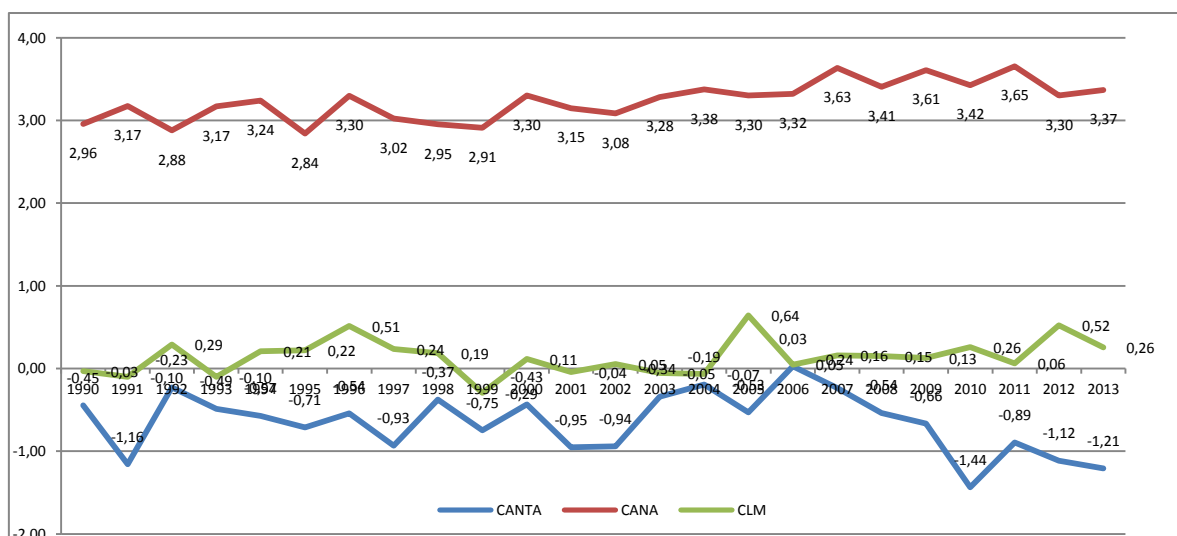


**Ilustración 358: Mortalidad evitable por diabetes mellitus. Comparación de Cantabria, Canarias, y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Cantabria, Castilla-La Mancha y Canarias de los datos de mortalidad evitable por cáncer ajustada por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

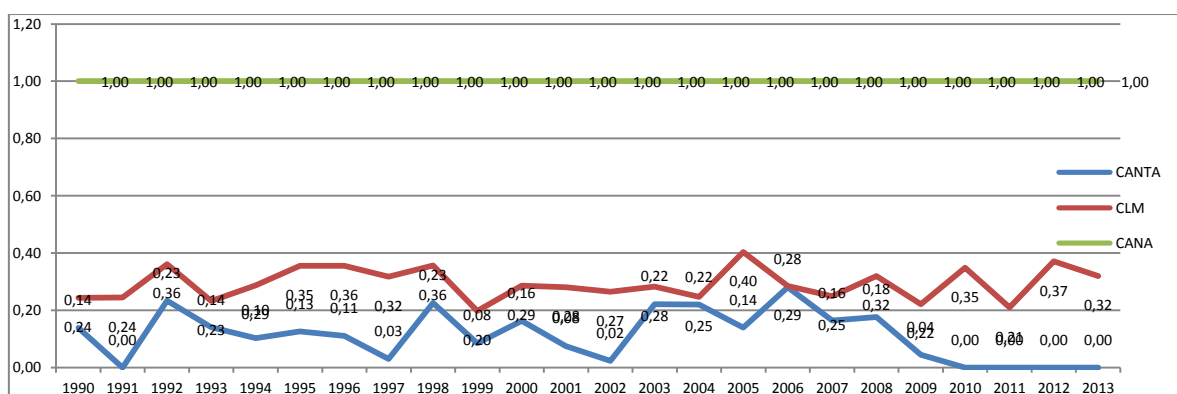
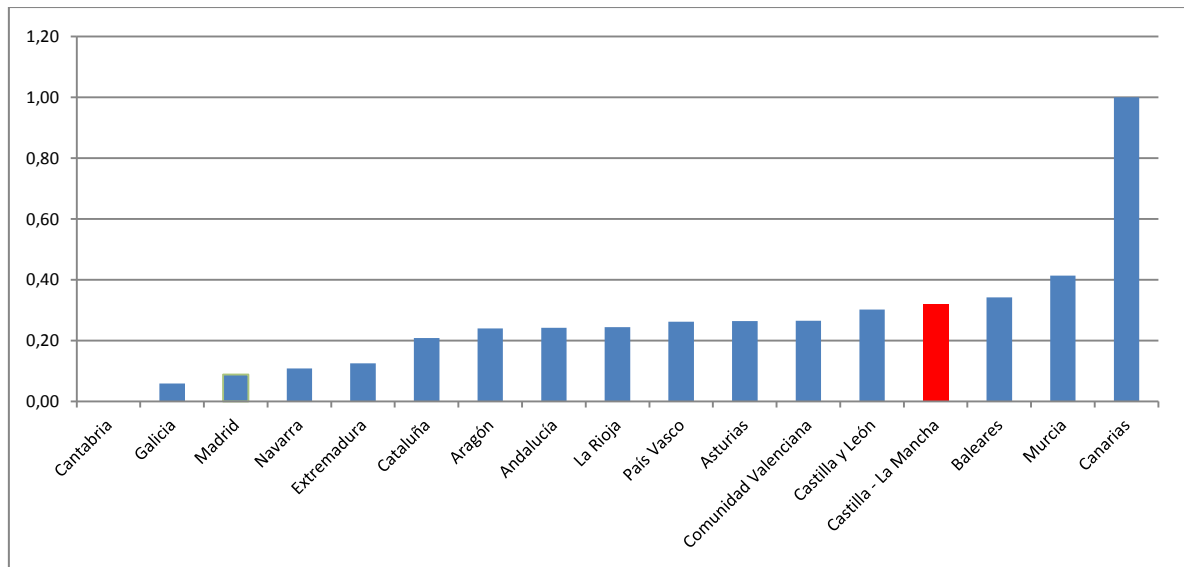


**Ilustración 359: Mortalidad evitable por diabetes para Cantabria, Canarias y Castilla-La Mancha, según datos normalizados por la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Podemos ver cómo Canarias se mantiene desde 1990 como la comunidad con peores resultados. Cantabria se mantiene con los mejores resultados desde 2010, y CLM mantiene igualmente una tendencia estable con una distancia de 0,32 al mejor en 2013. El comportamiento entre 2010 y 2013 supone una mejora de 0,03 puntos, y en el periodo entre 2001 y 2010 una mejora de 0,06 puntos. La posición relativa de las distintas comunidades autónomas en lo que se refiere a distancia al mejor desempeño en 2013 es la siguiente, con Cantabria liderando el mejor desempeño y Castilla-La Mancha situada en la cuarta peor

posición. Podemos apreciar que los valores de las regiones son similares salvo los de Canarias, con mortalidades evitables muy por encima del resto:



#### II.1.2.4 Tasa de mortalidad prematura por Enfermedad vascular cerebral, ajustada por edad, por 100 000 habitantes

La mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular ajustada por edad sufre en el entorno de la OCDE un lento descenso, con una pendiente homogénea desde los años 90, como podemos ver en el gráfico siguiente. Las diferencias no son grandes entre países, con la excepción de Grecia, con valores muy superiores al resto. España se mantiene en la zona baja respecto a los países analizados, y no se observan repuntes asociados a la crisis ni a las políticas de gasto más restrictivas de los últimos años.

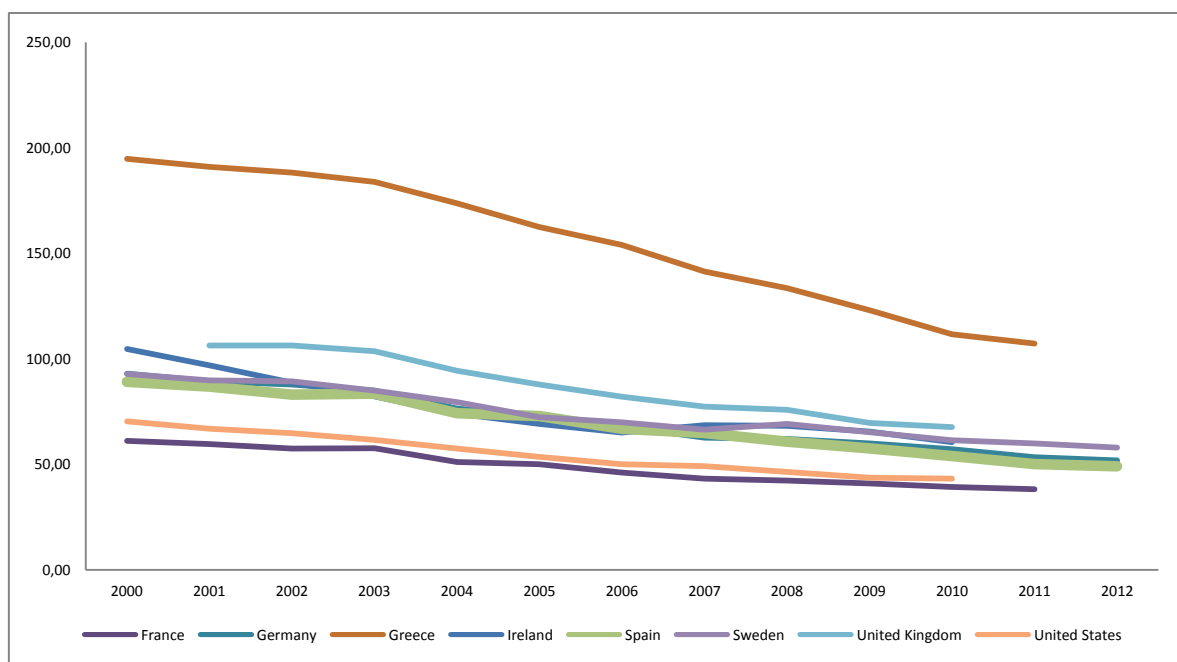


**Ilustración 360: Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en varios países de la OCDE. Fuente OCDE Stats. Extraído en mayo 2015**

Los datos OCDE son datos de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ajustada por edad y no mortalidad prematura, pero nos dan una idea muy interesante de la evolución de los países de nuestro entorno, para situarnos correctamente en el ámbito español.

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se reproduce esta tendencia a la reducción continua de las tasas de mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular ajustadas por edad. En CLM se produce un leve repunte en 2012 que se corrige en 2013, manteniéndose la tendencia al descenso. Los valores de CLM evolucionan de forma casi idéntica a la evolución global del país.

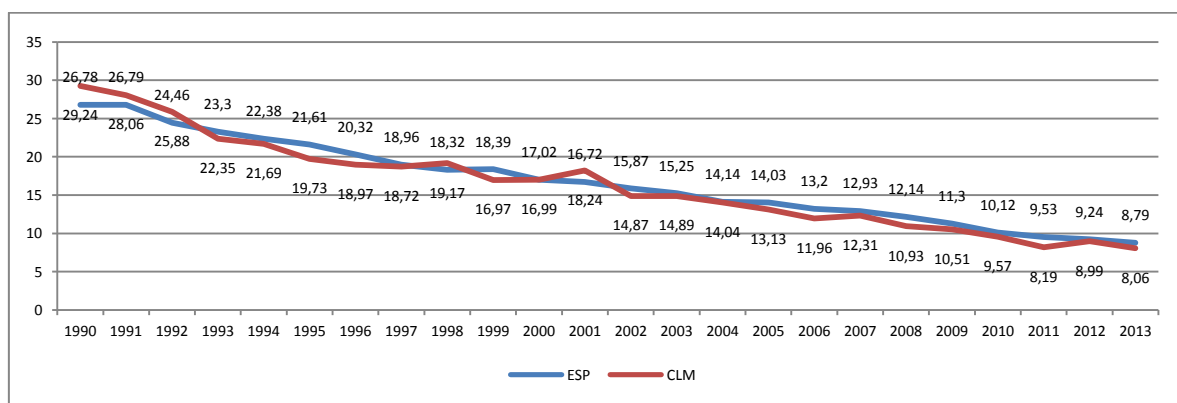


**Ilustración 361: Evolución de la mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**



La mortalidad evitable por enfermedad cerebrovascular ha descendido entre 2010 y 2013 un 15,77 %, y entre 2001 y 2010 descendió un 47,53%. CLM se sitúa en valores 0,02 desviaciones estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013, lo que significa una casi coincidencia con la media nacional. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa como la novena menor de España en 2013, en una situación intermedia.

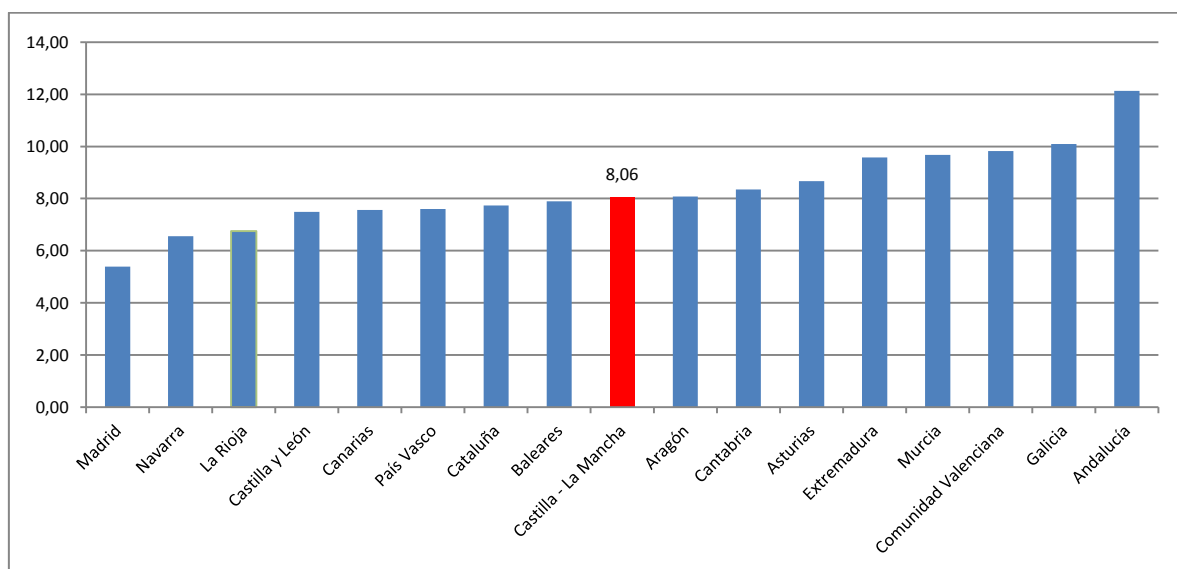


**Ilustración 362: Mortalidad evitable por enfermedad cerebrovascular 2013 en las distintas CCAA. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Madrid, Navarra y la Valencia, Galicia y Andalucía.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la mortalidad evitable por enfermedad cerebrovascular en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Andalucía es la que presenta el peor resultado, con 2,41 desviaciones estándar por encima de la media, y un empeoramiento en 2011-2013. Madrid presenta los mejores resultados, con valores de 1,85 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en torno a 0,16 desviaciones estándar por debajo de la media, con valores estables entre 2010 y 2013.

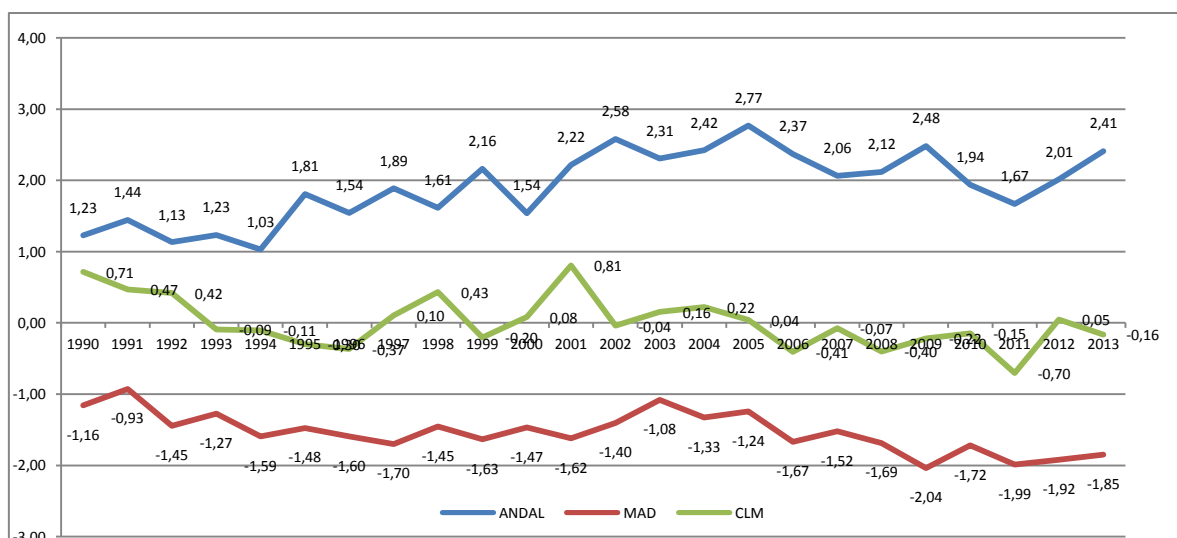


**Ilustración 363: Mortalidad por ACV en Andalucía, Madrid y CLM, en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Andalucía, Castilla-La Mancha y Madrid de los datos de mortalidad evitable por enfermedad cerebrovascular por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

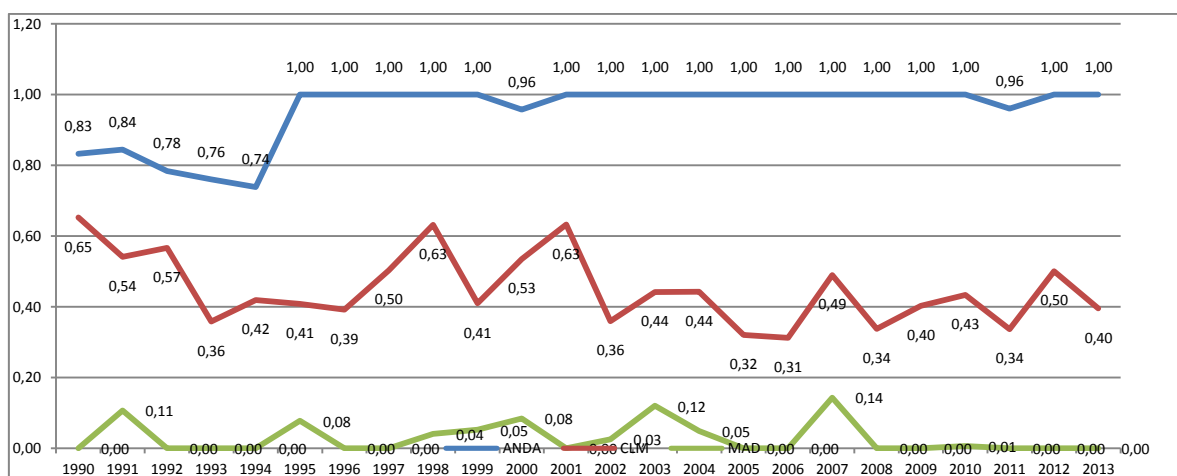


**Ilustración 364: Mortalidad por ACV en Andalucía, Madrid y CLM, en valores calculados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

Podemos ver cómo las tres regiones acumuladas mantienen su posición relativa y su distancia al mejor valor de manera muy estable. Andalucía es de manera estable el peor valor, y Madrid el mejor con el mismo grado de estabilidad. CLM permanece siempre en una posición cercana a la media. Todo ello sin perjuicio del valor en mejora progresiva del indicador de manera generalizada a lo largo del tiempo para todas las comunidades.

### II.1.2.5 Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, ajustada por edad, por 100 000 habitantes

La mortalidad por enfermedades respiratorias mantiene una tendencia a la convergencia en el entorno de la OCDE. España mantiene sus valores estables, con un suave repunte entre 2010 y 2012. Países con peores valores, como Irlanda y el Reino Unido, han conseguido acercarse a los valores del resto de países de forma progresiva. España parte de una situación intermedia respecto a los países analizados, con un valor estable del indicador desde 2007.

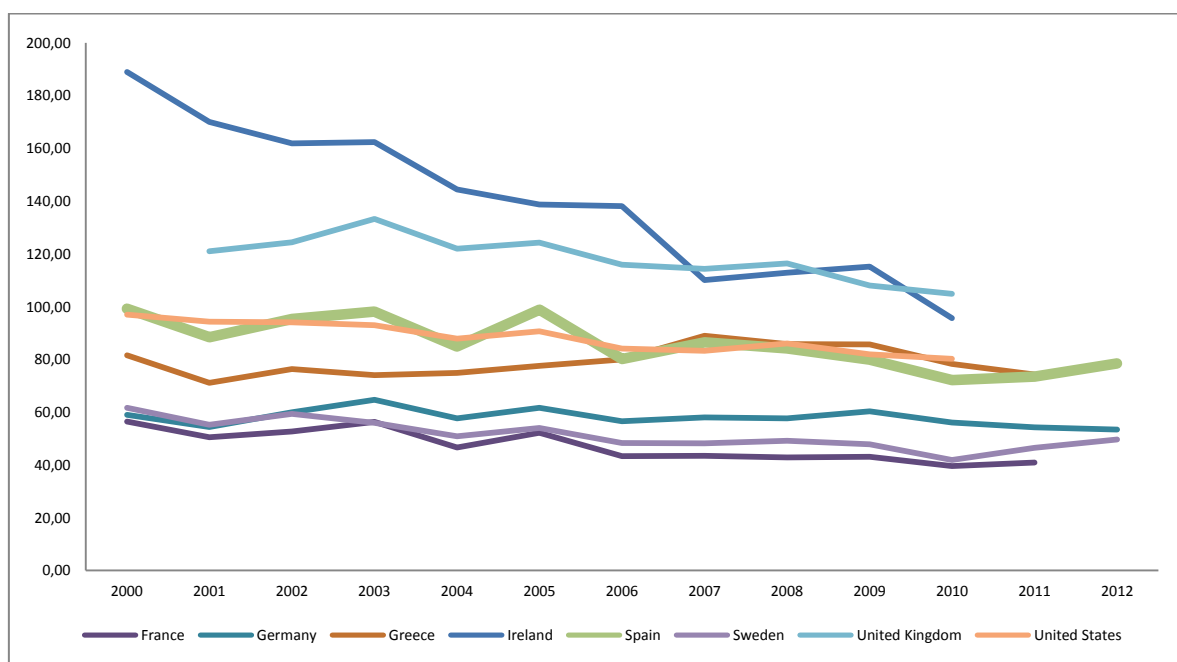


**Ilustración 365: Mortalidad por enfermedades respiratorias en algunos países de la OCDE. Fuente: OCDE stats. Extraído en mayo 2015**

Los datos OCDE son datos de mortalidad por enfermedades respiratorias ajustada por edad y no mortalidad prematura por enfermedades respiratorias del tracto inferior, pero nos dan una idea muy interesante de la evolución de los países de nuestro entorno, para situarnos correctamente en el ámbito español.

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se reproduce esta tendencia a la reducción continua de las tasas de mortalidad prematura por enfermedades respiratorias del tracto inferior. En CLM se produce un leve repunte en 2012 que se corrige en 2013, manteniéndose la tendencia al descenso.

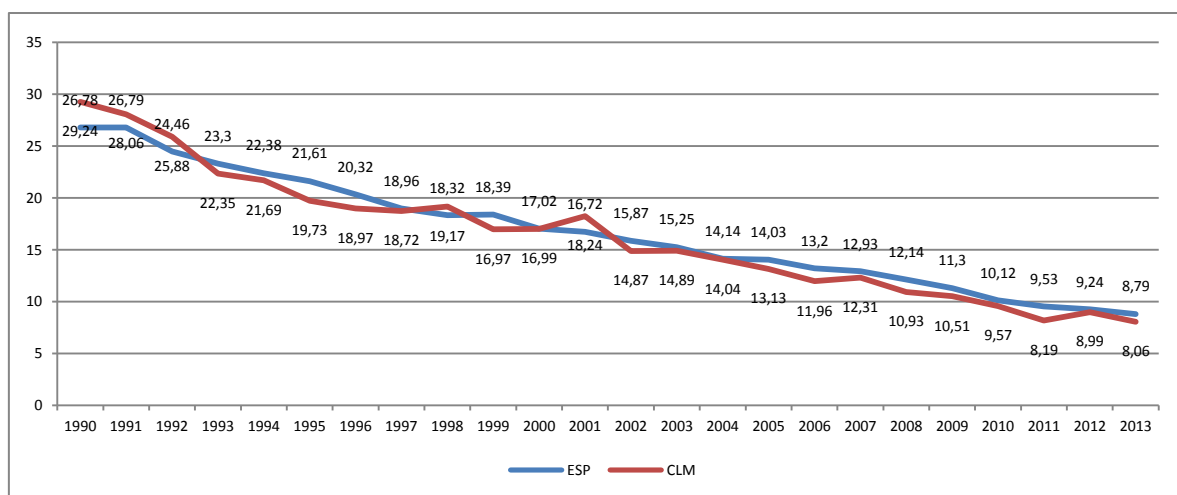


**Ilustración 366: Mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

La tendencia en España mantiene un descenso firme desde 1994 sin alteraciones en el periodo 2010-2013. En CLM se puede observar una tendencia similar, siempre con algo menos de mortalidad que el conjunto de España desde el año 2004, y con el mencionado cambio en 2012 que se corrige en 2013. La distancia entre CLM y el resto de España se ha mantenido estable desde 2006.

La mortalidad evitable por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores ha descendido entre 2010 y 2013 un 12,47%, y entre 2001 y 2010 descendió un 24,84%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,23 desviaciones estándar peor que la media de comunidades autónomas para 2013, aunque como ya hemos visto, se sitúa en un valor mejor que España en su conjunto. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa en el puesto 11 de España en 2013.

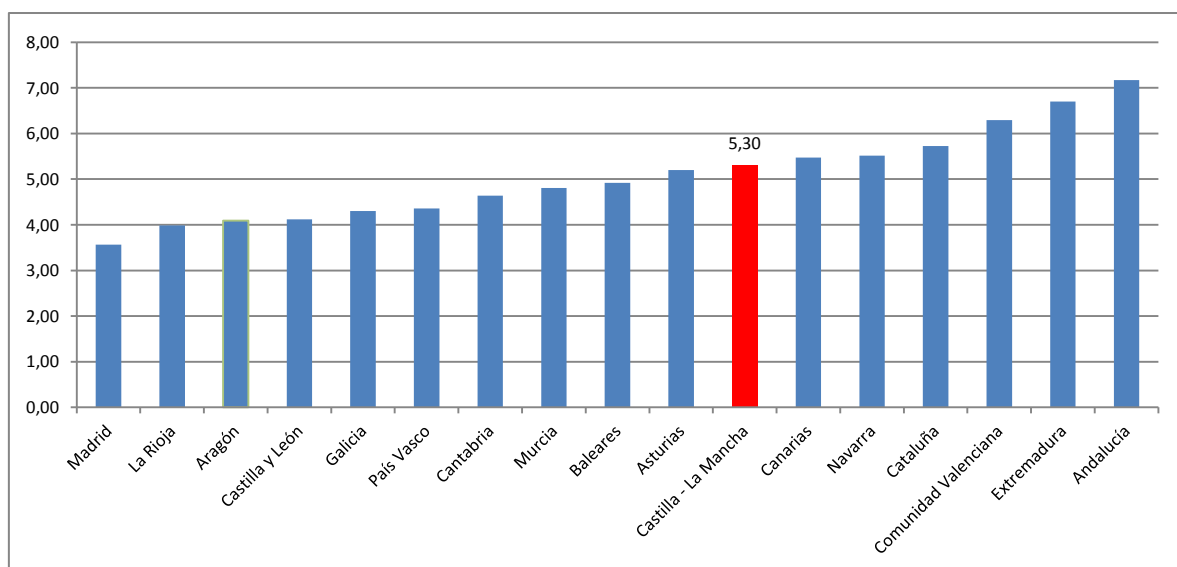


**Ilustración 367: Mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores en 2013. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Madrid, Rioja y Aragón, y los peores a Valencia, Extremadura y Andalucía.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias del tracto inferior en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Andalucía es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 2,1 desviaciones estándar por encima de la media, con una tendencia al empeoramiento entre 2011 y 2013. Madrid presenta los mejores resultados, con valores de 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media y tendencia a la mejora en el intervalo 2011-2013. CLM se mueve en torno a 0,23 desviaciones estándar por encima de la media, y un resultado en pico entre 2010 y 2013, primero un empeoramiento y después una mejora.

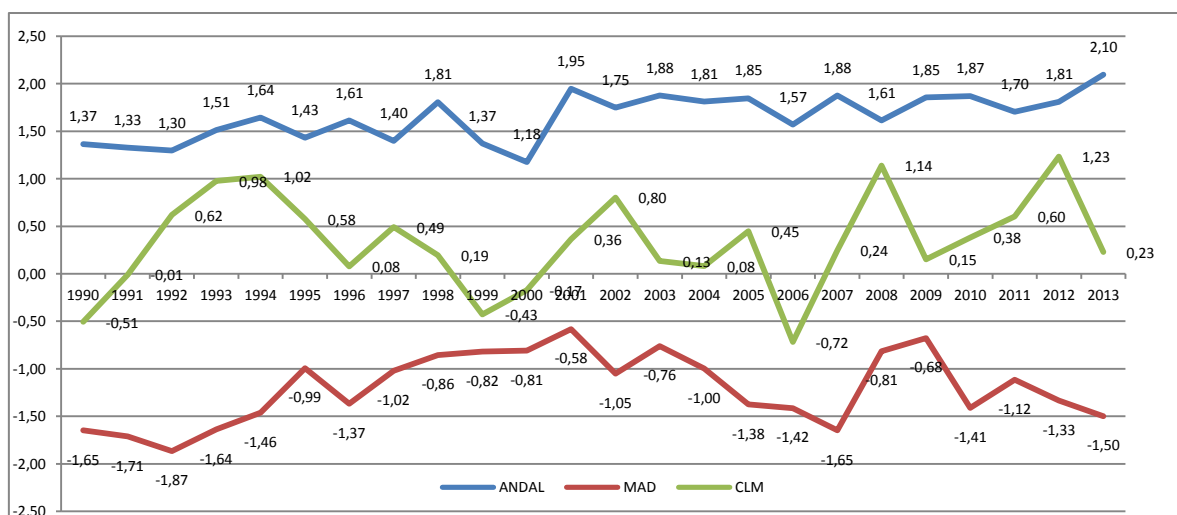


**Ilustración 368: Mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores. Comparación de Andalucía, Madrid y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Cantabria, Castilla-La Mancha y Canarias de los datos de mortalidad evitable por cáncer ajustada por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

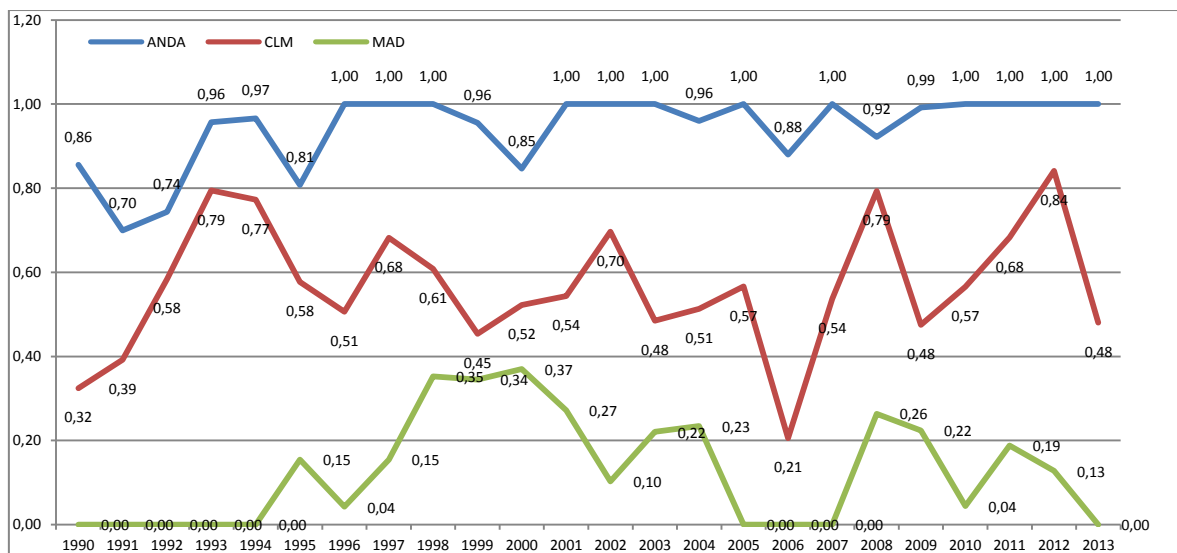


**Ilustración 369: Mortalidad prematura por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores para Andalucía, Madrid y Castilla-La Mancha, según datos normalizados por la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

Podemos ver cómo Andalucía se mantiene desde 2001 como la comunidad con peores resultados, con algún repunte aislado. Madrid da buenos resultados pero con oscilaciones, y CLM mantiene igualmente una tendencia estable con una distancia de 0,48 al mejor en 2013. El comportamiento entre 2010 y 2013 supone una mejora de 0,09 puntos, y en el periodo entre 2001 y 2010 una mejora de 0,01 puntos.

### II.1.3.- Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal sufre en el entorno de la OCDE un lento descenso, con una pendiente homogénea desde los años 90, como podemos ver en el gráfico siguiente. Las diferencias no son grandes entre países, con la excepción de Francia, con valores muy superiores al resto. España se mantiene en la zona más baja respecto a los países analizados, con resultados excelentes, y no se observan repuntes asociados a la crisis ni a las políticas de gasto más restrictivas de los últimos años, salvo quizá un ligero repunte en 2011 corregido en los años siguientes. Grecia igualmente registró un repunte en 2012 corregido en 2013.

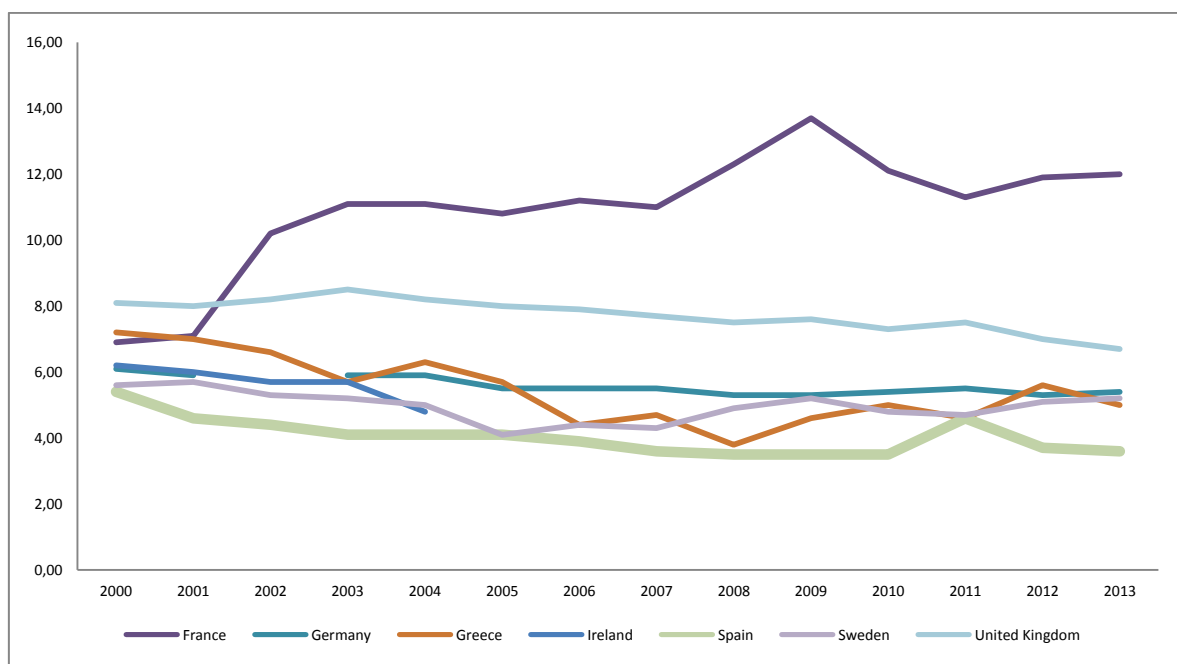


Ilustración 370: Mortalidad perinatal en varios países de la OCDE. Fuente OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se reproduce esta tendencia a la reducción continua de las tasas de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica ajustadas por edad. En CLM se produce un leve repunte en 2012 que se corrige en 2013, manteniéndose la tendencia al descenso. Los valores de CLM evolucionan de forma casi idéntica a la evolución global del país

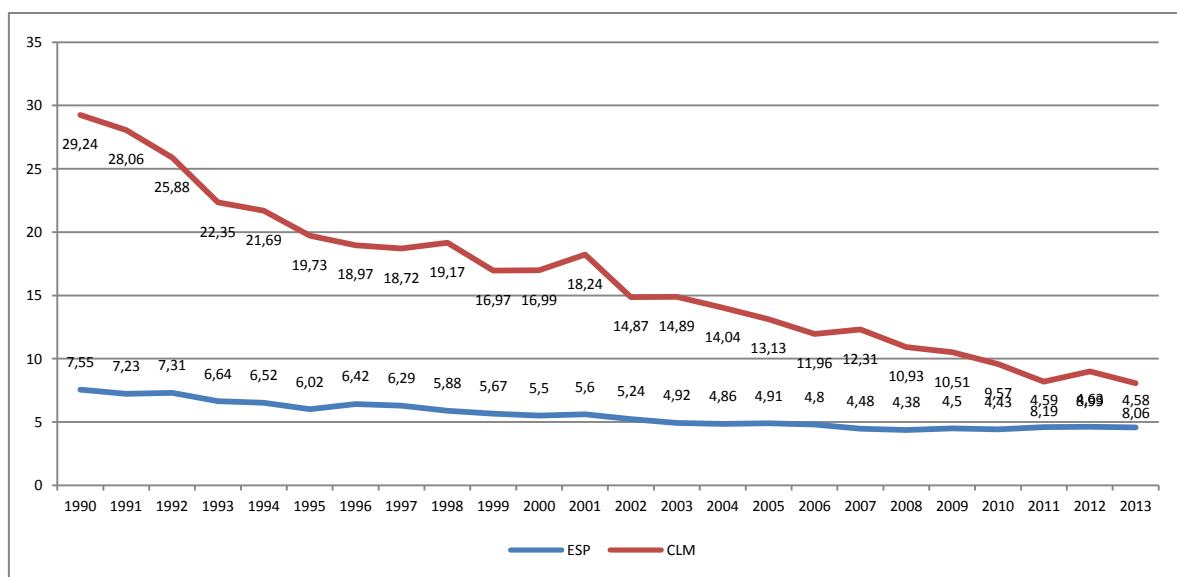


**Ilustración 371: Evolución de la mortalidad perinatal en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

La mortalidad perinatal ha aumentado entre 2010 y 2013 un 3,57%, y entre 2001 y 2010 descendió un 31,71%. CLM se sitúa en valores 0,83 desviaciones estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa como la cuarta menor de España en 2013.

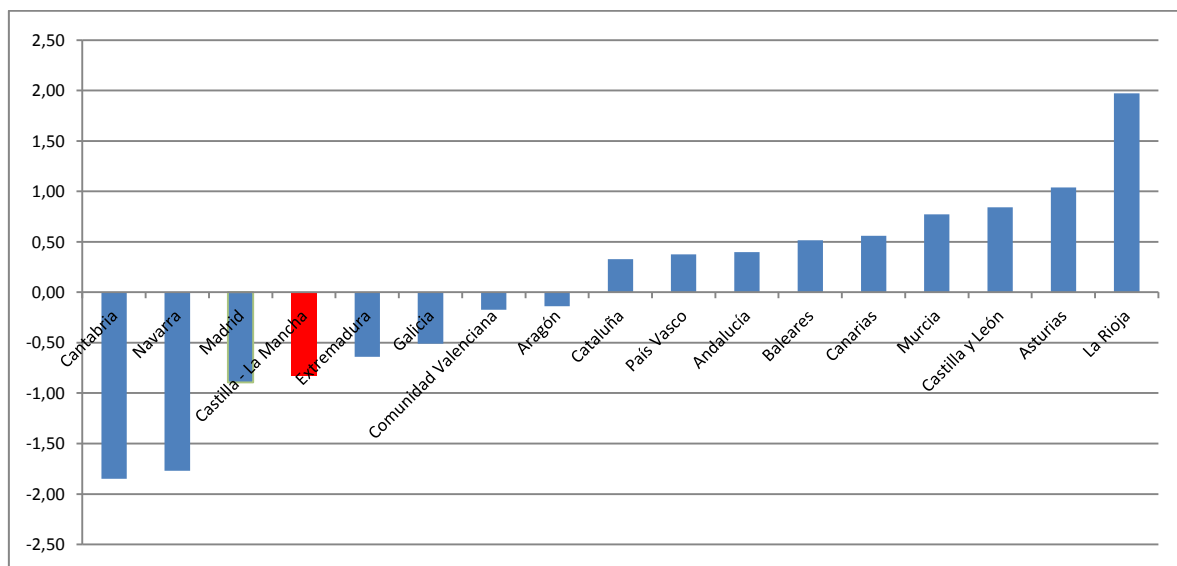


**Ilustración 372: Mortalidad perinatal por CCAA en 2013, datos estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Cantabria, Navarra y Madrid, y los peores a Castilla y León, Asturias y La Rioja.



En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la mortalidad perinatal en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. La variabilidad en la situación relativa respecto a la media de las comunidades es muy alta, lo que apunta a valores muy cercanos entre ellas. La Rioja es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve entre 2,4 desviaciones estándar por encima de la media, y un empeoramiento en 2011-2013. Cantabria presenta los mejores resultados, con valores cercanos a 1,85 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en torno a 0,83 desviaciones estándar por debajo de la media, con valores estables entre 2010 y 2013.

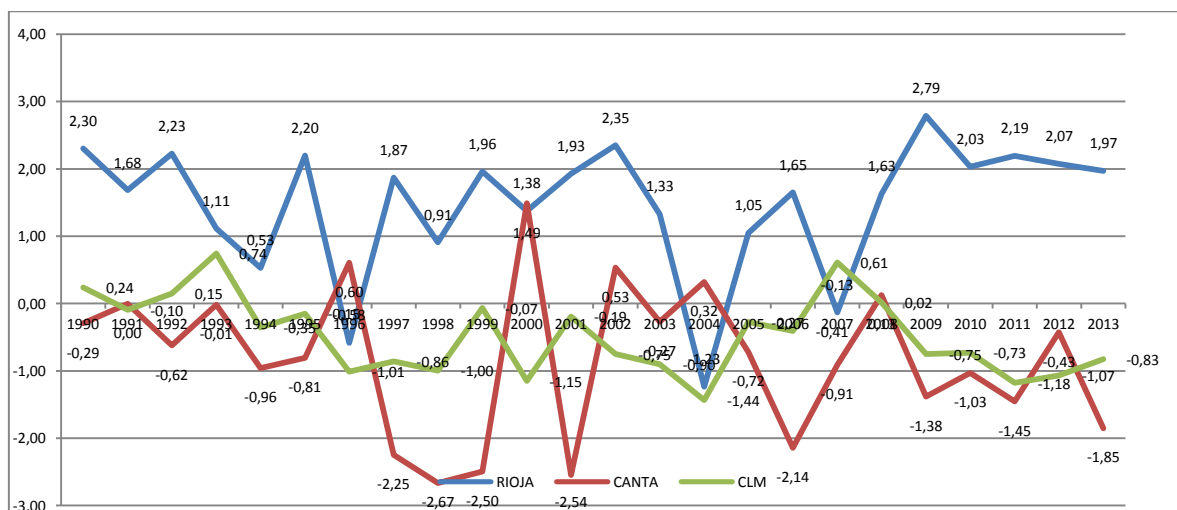


**Ilustración 373: Mortalidad perinatal en La Rioja, Cantabria y CLM, en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en La Rioja, Castilla-La Mancha y Cantabria de los datos de mortalidad perinatal por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

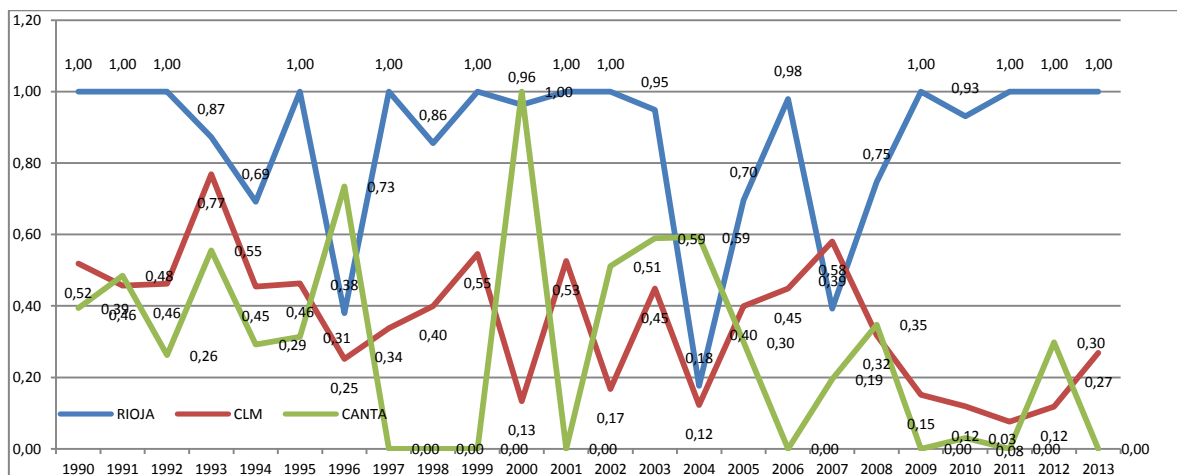


**Ilustración 374: Mortalidad perinatal en Andalucía, Madrid y CLM, en valores calculados según la normalización 2.**  
Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015

La variabilidad es muy alta en todas las CCAA. Probablemente se deba a que los valores del indicador son muy bajos, y la aparición de algún caso puede alterar puntualmente su valor en un año concreto. En cualquier caso, destaca Cantabria, con una fuerte tendencia a ser la comunidad que peor desempeño presenta en este indicador. Castilla-La Mancha presenta una distancia de 0,30 al mejor valor en 2013, con un ligero repunte entre 2011 y 2013.

## II.2 Atención hospitalaria

### II.2.1 Indicadores relativos al funcionamiento global de la organización hospitalaria

#### II.2.1.1 Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se reproduce esta suave tendencia al aumento continuo de las tasas de cirugía conservadora en cáncer de mama. En CLM las tasas son mayores a las globales de España, y la distancia se va aproximando lentamente desde 2007. Se trata de un indicador que podría ser sensible a la existencia de menos medios disponibles en el sistema sanitario. No obstante, tanto en España como en CLM los valores han seguido una senda de mejora en el intervalo 2010-2013

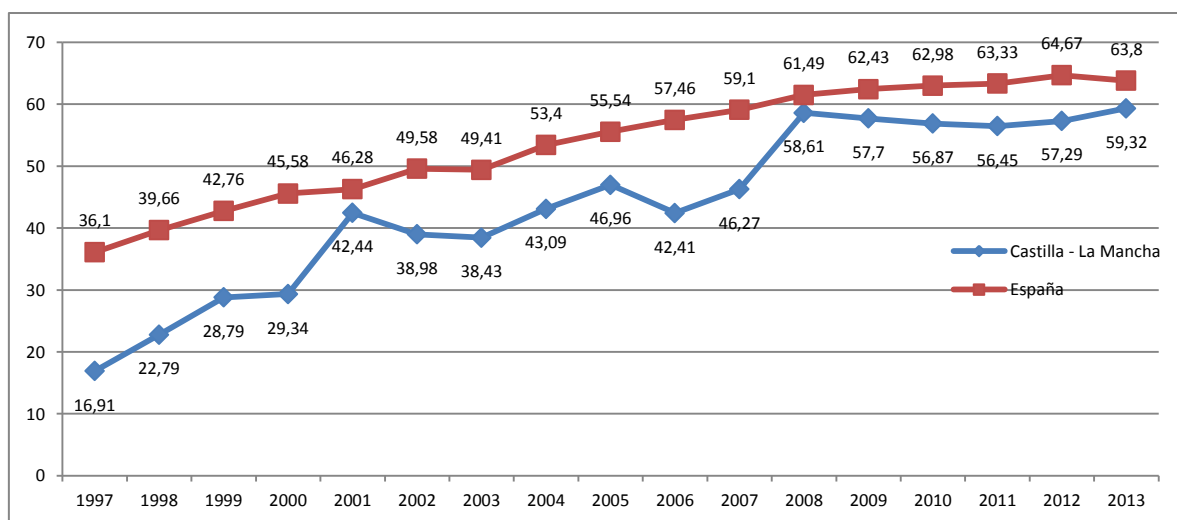


**Ilustración 375: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La tendencia en España mantiene un ascenso lineal desde 1997 que se estabiliza en el periodo 2010-2013. En CLM se puede observar una tendencia similar, con cierta estabilización desde el año 2008 y una mejora continua desde 2011.

El porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama ha ascendido entre 2010 y 2013 un 4,31%, y entre 2001 y 2010 ascendió un 34,00%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,37 desviaciones estándar peor que la media de comunidades autónomas para 2013, y como ya hemos visto, alcanza un valor por debajo que España en su conjunto, aunque con una distancia cada vez menor. En 2010 la diferencia con la media era de 0,79 desviaciones estándar. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha evoluciona desde en el puesto 10 de España en 2001,

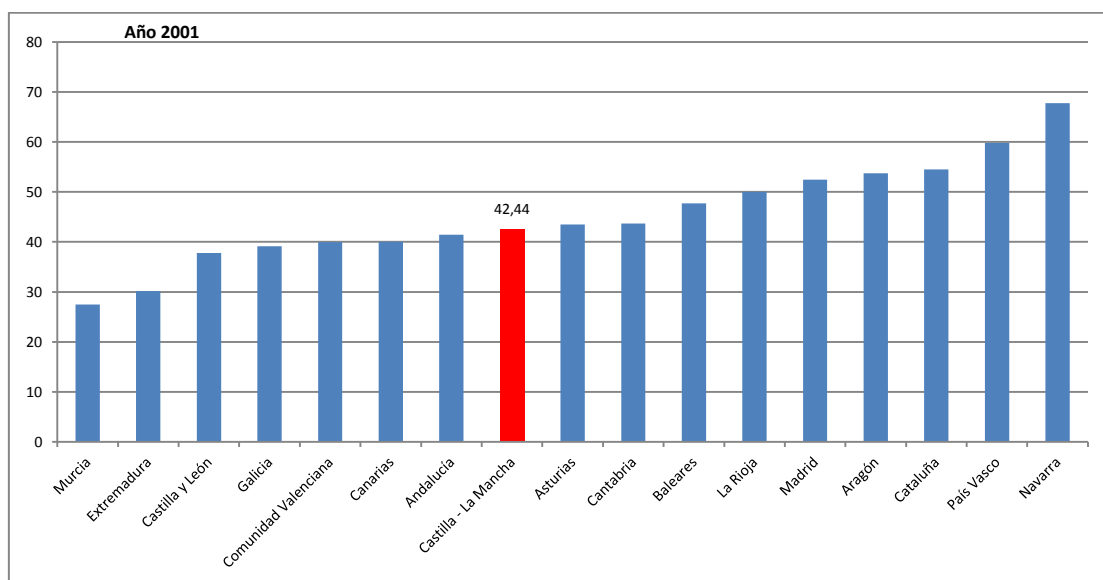


**Ilustración 376: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama en 2001. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Pasando al 13 en 2010,

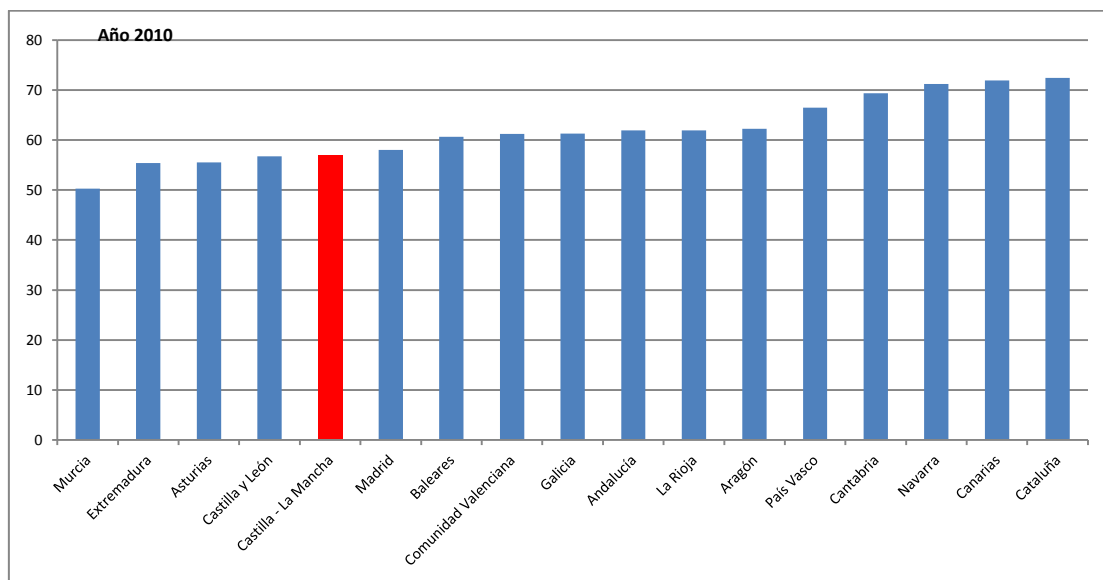


**Ilustración 377: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama en 2010. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Y al puesto 12 en 2013

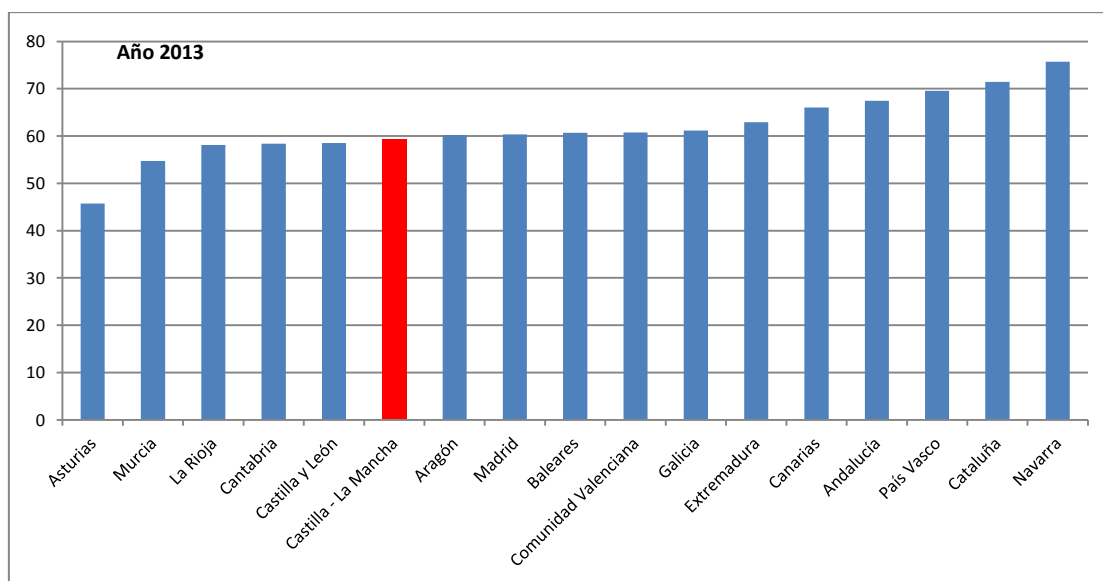


**Ilustración 378: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama en 2013. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los peores valores corresponden a Asturias, Murcia y La Rioja, y los mejores a País Vasco, Cataluña y Navarra.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución del porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Asturias es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 2,3 desviaciones estándar por debajo de la media, con una tendencia al empeoramiento en 2013. Navarra presenta los mejores resultados, con valores de 2,02 desviaciones estándar por encima de la media y una fuerte mejora en el intervalo 2010-2013. CLM se mueve en torno a 0,37 desviaciones estándar por debajo de la media, y una mejora apreciable en el periodo 2010-2013.

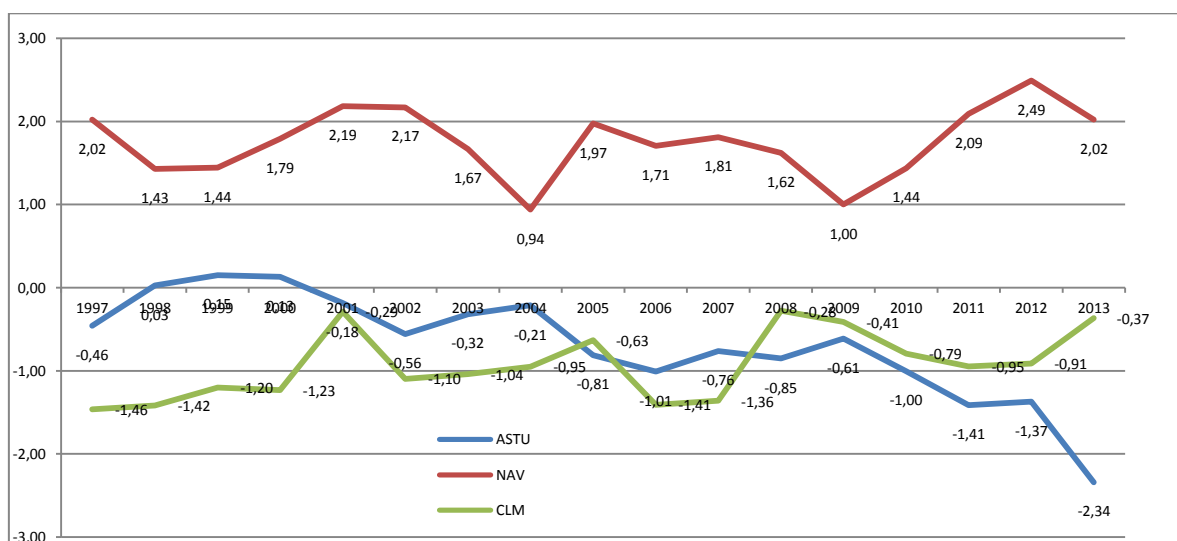


**Ilustración 379: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama. Comparación de Navarra, Asturias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Cantabria, Castilla-La Mancha y Canarias de los datos de mortalidad evitable por cáncer ajustada por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

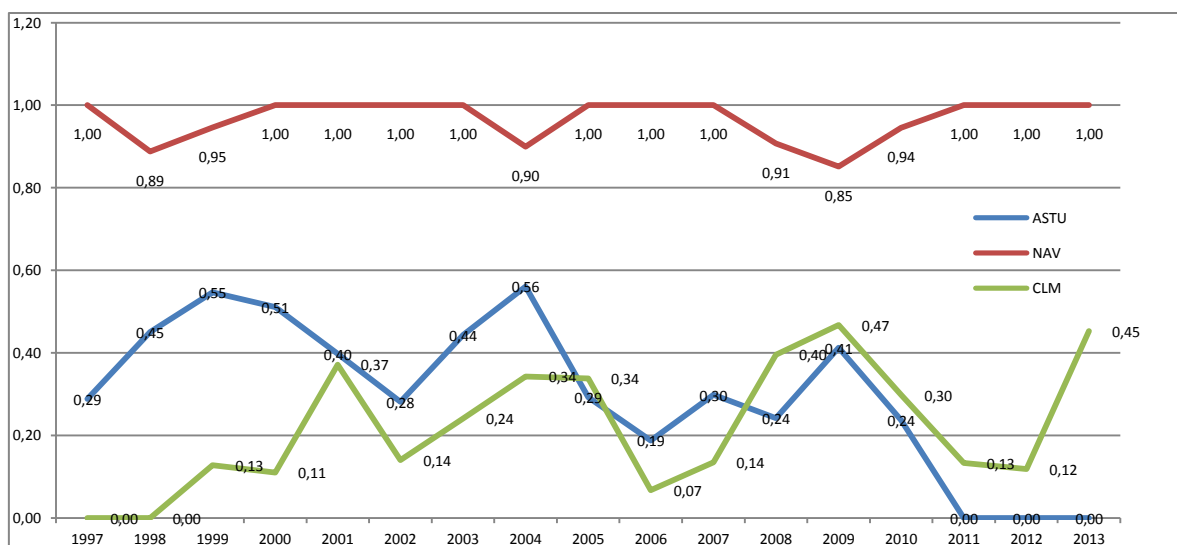


**Ilustración 380: Porcentaje de cirugía conservadora en cáncer de mama. Comparación de Navarra, Asturias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Podemos ver cómo Navarra se mantiene desde 2000 como la comunidad con mejores resultados, con algún repunte aislado. Asturias da malos resultados desde 2011, con un importante empeoramiento en 2009-2010. Antes sus valores estaban en una posición intermedia. CLM mantiene igualmente una tendencia estable con un empeoramiento en 2009-2011 y una importante mejora en 2013. El comportamiento entre 2010 y 2013 supone una mejora de 0,15 puntos, y en el periodo entre 2001 y 2010 un empeoramiento de 0,01 puntos.

### II.2.1.2 Tasa de cesáreas

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se reproduce esta suave tendencia al aumento continuo de las tasas de cesáreas, aunque a nivel de España la tasa está bastante estancada. En CLM las tasas son menores a las globales de España, y la distancia se va aproximando lentamente desde 2006. Se trata de un indicador muy controvertido, dado que no hay una tasa de cesáreas óptima, aunque se acepta que una tasa menor supone menores riesgos para los pacientes. No obstante, en CLM los valores han seguido leve empeoramiento en el intervalo 2010-2013.

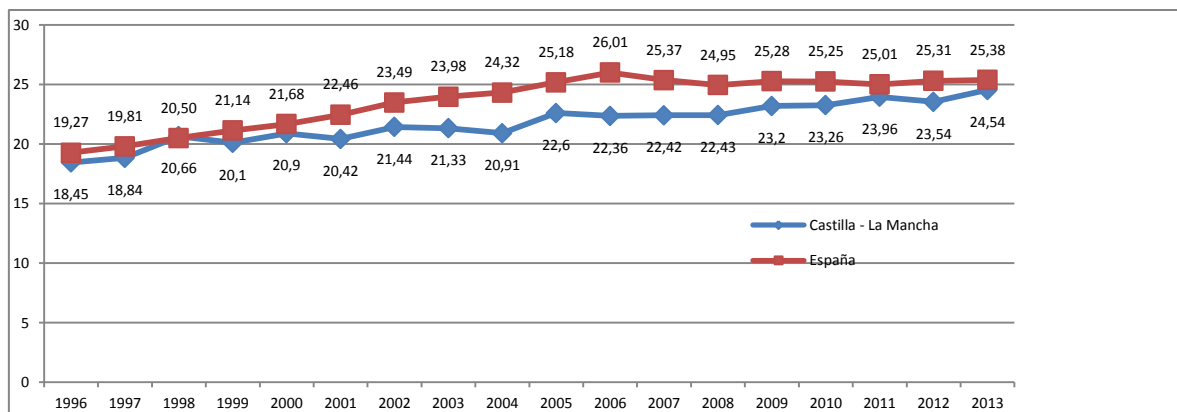


**Ilustración 381: Evolución de la tasa de cesáreas en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La tasa de cesáreas ha aumentado entre 2010 y 2013 un 5,5%, y entre 2001 y 2010 un 13,91%. CLM se sitúa en valores 0,05 desviaciones estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013 lo que significa una casi coincidencia con la media nacional. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa como la octava menor de España en 2013, en una situación intermedia.

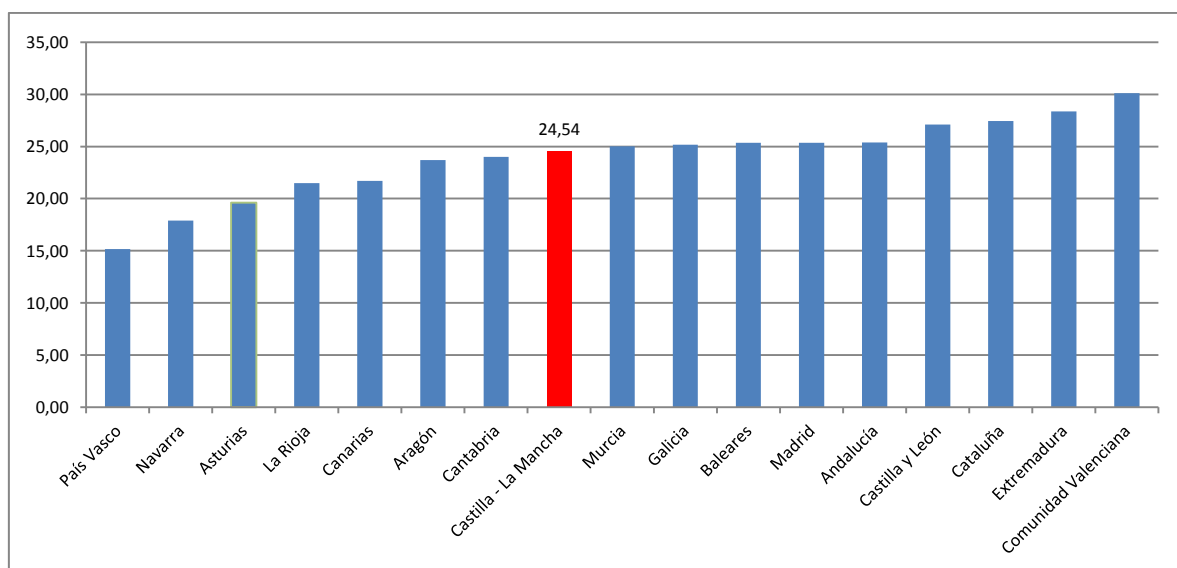


**Ilustración 382: Tasa de cesáreas por CCAA en 2013. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a País Vasco, Navarra y Asturias, y los peores a Cataluña, Extremadura y Comunidad Valenciana.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución del porcentaje de cesáreas en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. La estabilidad en la posición respecto a la media de las comunidades es muy alta, lo que apunta a tendencias muy

consolidadas en el tiempo. La Comunidad Valenciana es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en 1,55 desviaciones estándar por encima de la media. El País Vasco presenta los mejores resultados, con valores de 2,09 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en torno a 0,05 desviaciones estándar por debajo de la media, coincidiendo prácticamente con la media nacional.

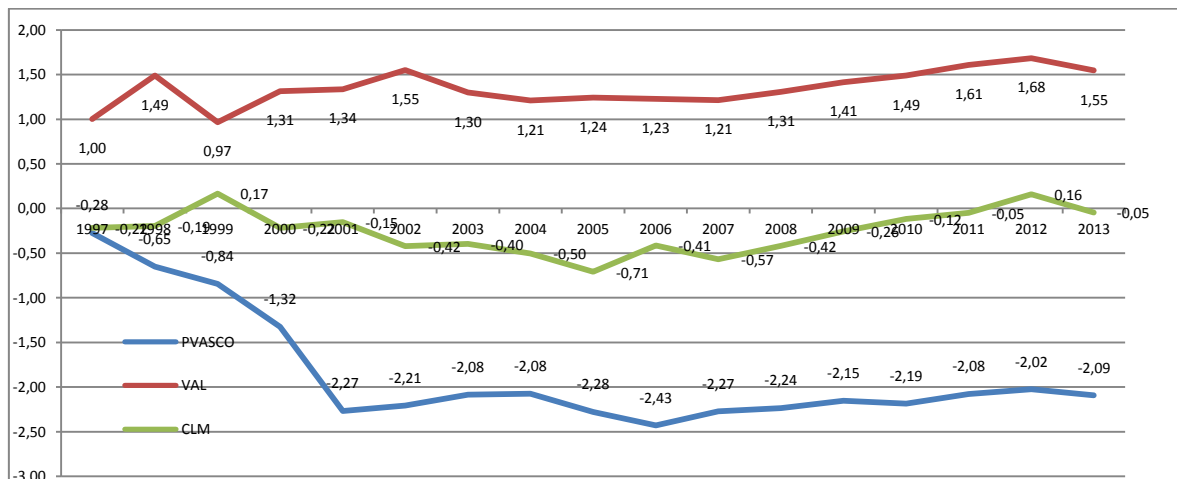


**Ilustración 383: Porcentaje de cesáreas en País Vasco, Valencia y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en País Vasco, Castilla-La Mancha y Valencia de los datos de mortalidad perinatal por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

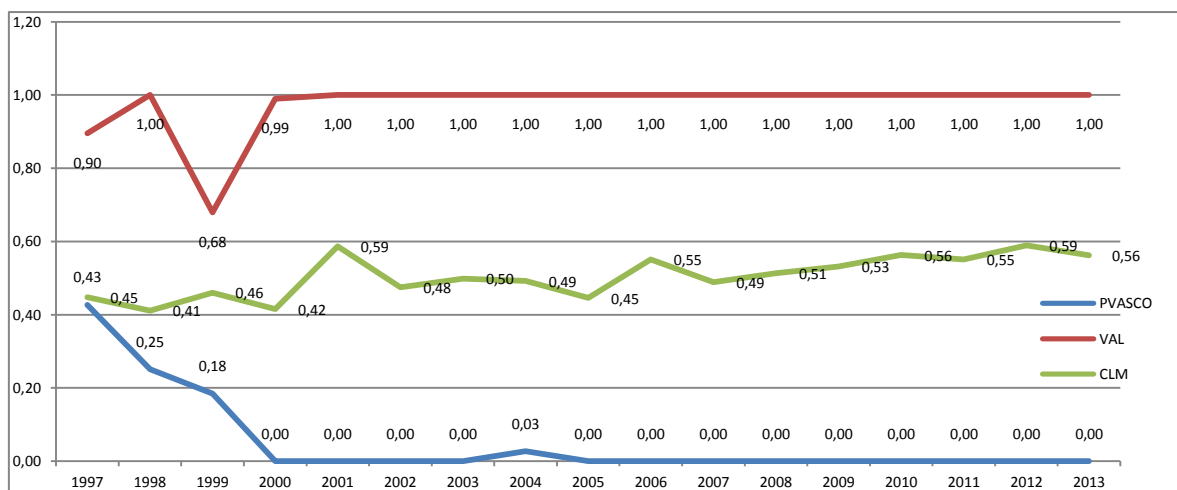


**Ilustración 384: Tasa de cesáreas en Andalucía, Madrid y CLM, en valores calculados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La variabilidad es muy baja en todas las CCAA. La posición relativa de cada región se mantiene estable en el tiempo, lo que denota que se trata de un indicador que se mueve en tendencias a largo plazo, poco influido por las políticas a corto de cada región. Castilla-La Mancha presenta



una distancia de 0,56 al mejor valor en 2013, valor estable entre 2010 y 2013, lo que indica que es un indicador nada afectado por las políticas de mejora de la eficiencia en ese periodo.

### II.2.1.3 Porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas

Se trata de un indicador importante para conocer el funcionamiento de la organización hospitalaria y su capacidad para dar respuesta a las necesidades del paciente. Supone la existencia de una organización hospitalaria exigente, en la que se programan adecuadamente las fracturas de cadera que ingresan de urgencia, y en la que los profesionales aprovechan las guardias para operar los casos que lo requieren. En definitiva, nos indica la existencia de una organización hospitalaria flexible, exigente y orientada al paciente. Los resultados son vergonzosos para nuestra sanidad pública, y supone un verdadero lastre para el funcionamiento global del sistema sanitario español. La organización de los hospitales públicos, rígida y burocrática, da unos resultados muy deficientes en este indicador, que puede ser la punta de un iceberg de unas necesidades de cambio en la organización hospitalaria pública, detectadas hace muchos años y silenciadas por la demagogia de los políticos y la existencia de fuertes intereses sindicales y corporativos en mantener el status quo actual.

Como vemos en el gráfico siguiente, en España el porcentaje de caderas intervenidas antes de las 48 horas después del ingreso es del 43,2% en 2013, con una tendencia suave al alza desde 2006, pero a una distancia sideral del resto de países de la OCDE, salvo Italia. En Holanda, por ejemplo, el porcentaje en 2013 era del 95,1%

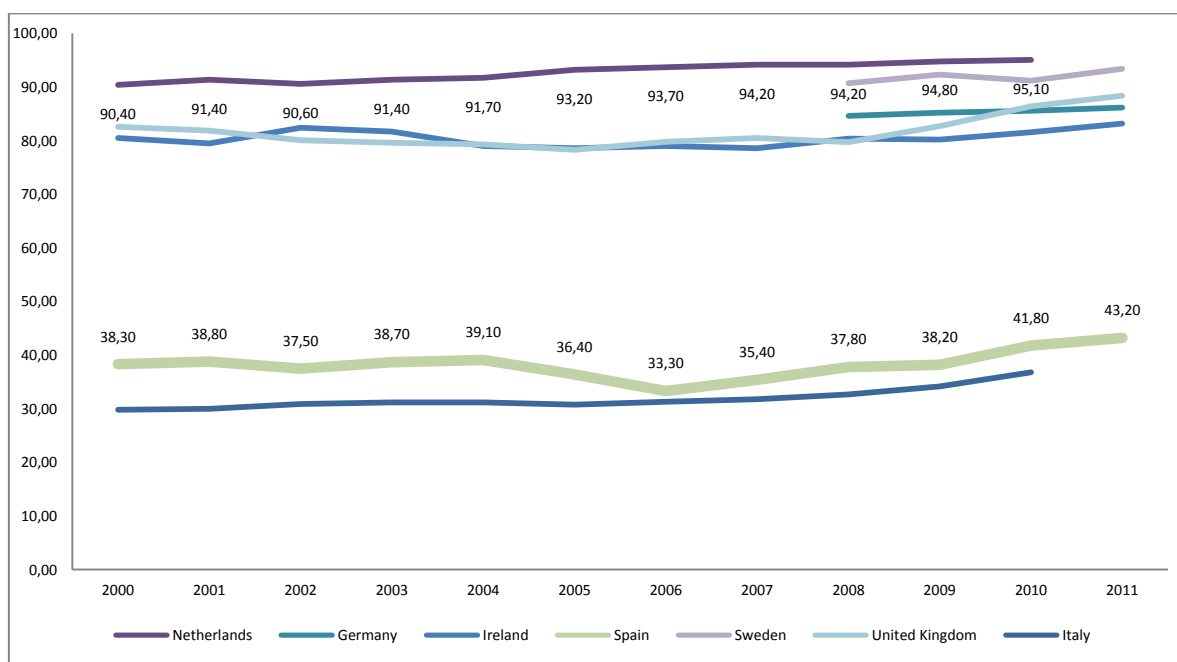


**Ilustración 385: Porcentaje de caderas ingresadas antes de 48 horas desde el ingreso en diversos países de la OCDE. Fuente: OCDE Stat. Extraído en agosto 2014**

No es un problema español, sino de la rigidez de la organización hospitalaria pública en España. El Informe RESA (IDIS, 2014), recoge los valores de este indicador para 2014, con valores homologables al conjunto europeo, y con una tendencia algo decreciente por el impacto de tres hospitales outliers:

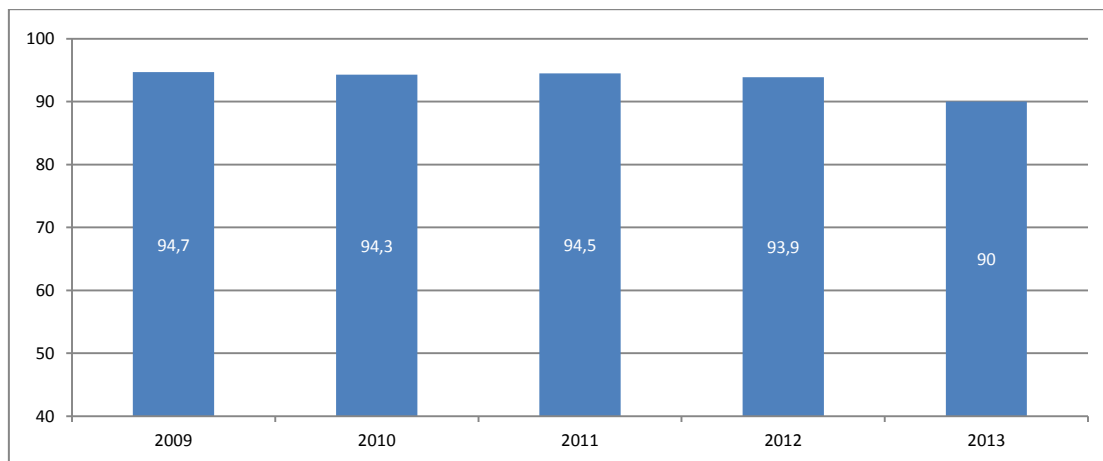


**Ilustración 386: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso en hospitales privados españoles. Fuente: Informe IDIS 2014. Extraído en agosto 2014**

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que existe cierta estabilidad en los valores del indicador. Este mejoró de forma importante en los últimos años de la década de los 90. En CLM sufrió un deterioro en el momento de las transferencias, después recuperado, y siempre con valores mejores al conjunto de España. Se produjo en Castilla-La Mancha un empeoramiento en el año 2012, recuperado en 2013, que mejoraba ligeramente los resultados en 2010.

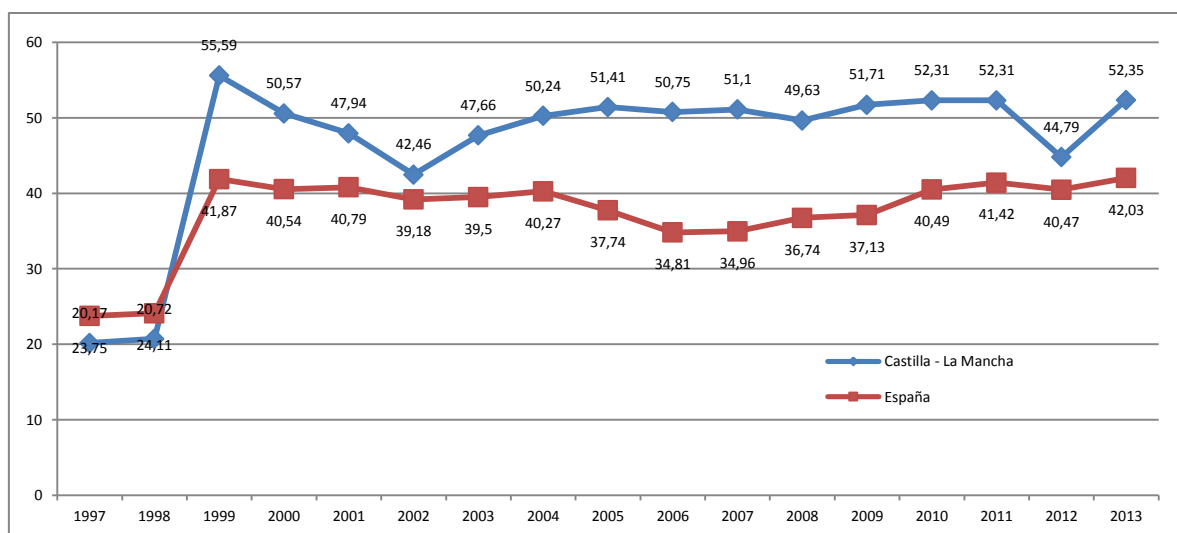


**Ilustración 387: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso. Evolución de las tasas de España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

El porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso ha ascendido entre 2010 y 2013 un 0,08%, y entre 2001 y 2010 ascendió un 9,12%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,79 desviaciones estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013, y como ya hemos visto, alcanza un valor por encima de España en su conjunto, con cierta estabilidad en la distancia con el resto del país. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha evoluciona desde en el puesto 5 de España en 2001,

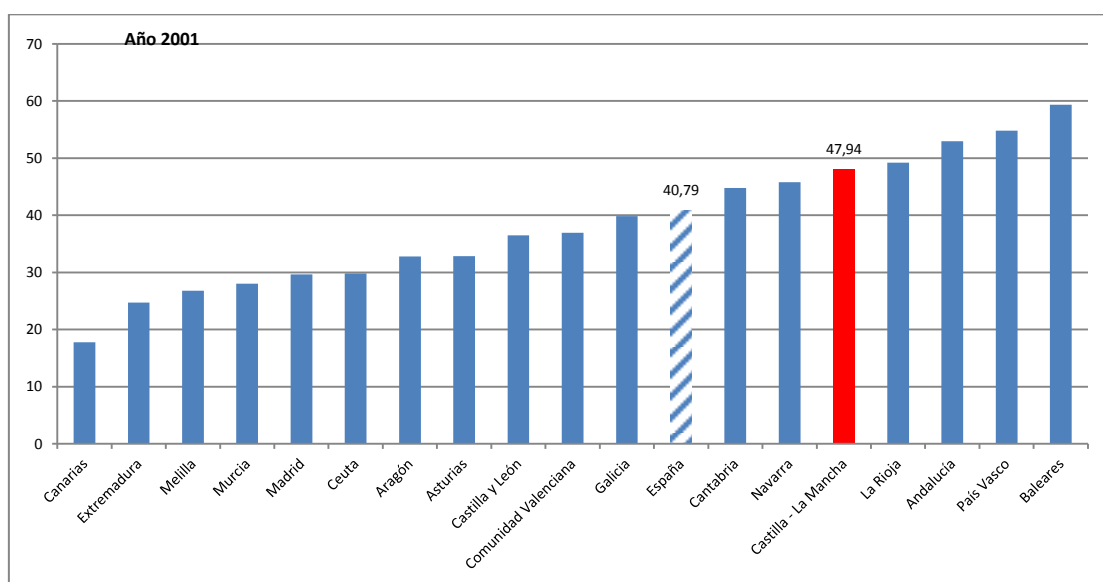


**Ilustración 388: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso en 2001. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Pasando al 4 en 2011,

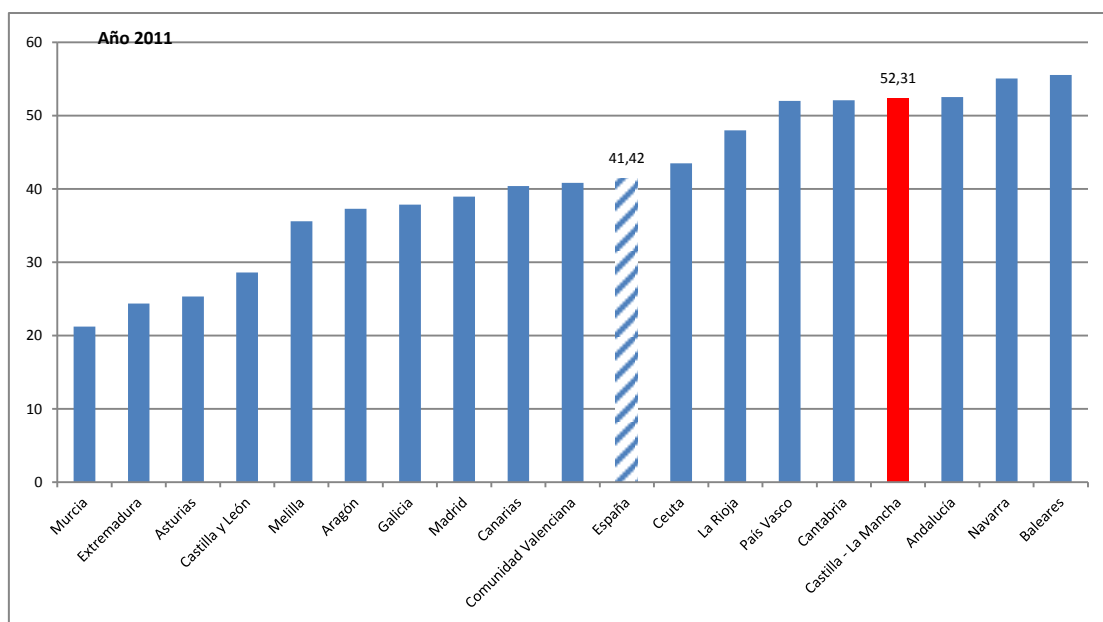


**Ilustración 389: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso en 2011. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Y al puesto 5 en 2013

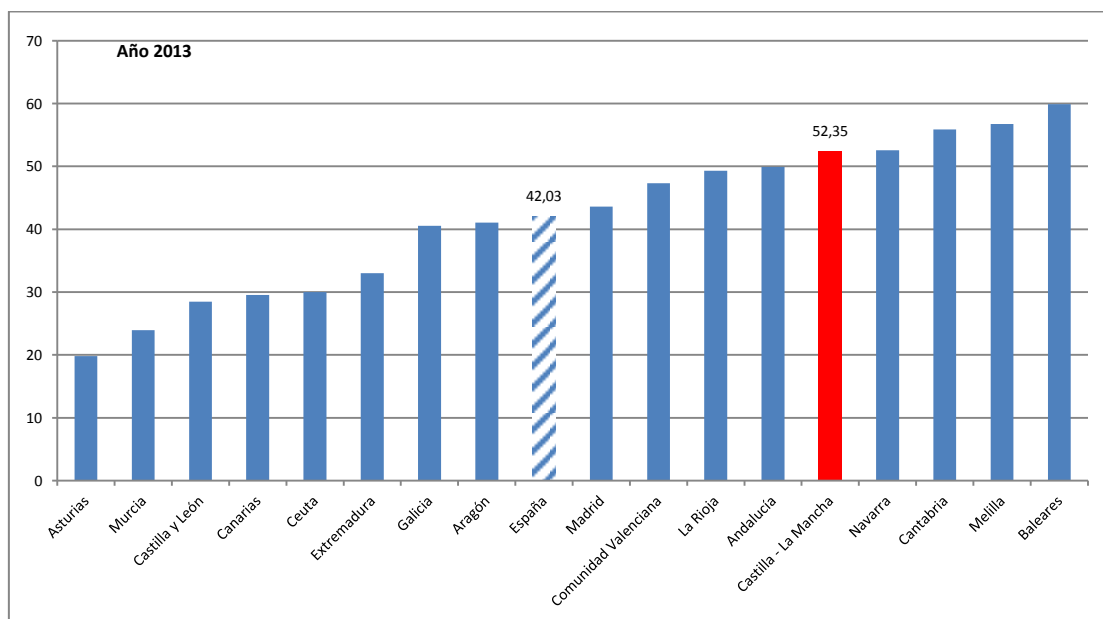


**Ilustración 390: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso en 2013. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los peores valores corresponden a Asturias, Murcia y Castilla-León, y los mejores a Navarra, Cantabria y Baleares.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución del porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Asturias es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,85 desviaciones estándar por debajo de la media, con una tendencia al empeoramiento en 2010-2013. Baleares presenta los mejores resultados, con valores de 1,41 desviaciones estándar por encima de la media y una fuerte mejora en el intervalo 2010-2013. CLM se mueve en las 0,79 desviaciones estándar por debajo de la media con valores estabilizados en el periodo 2010-2013, con un bache en 2012 corregido en 2013.

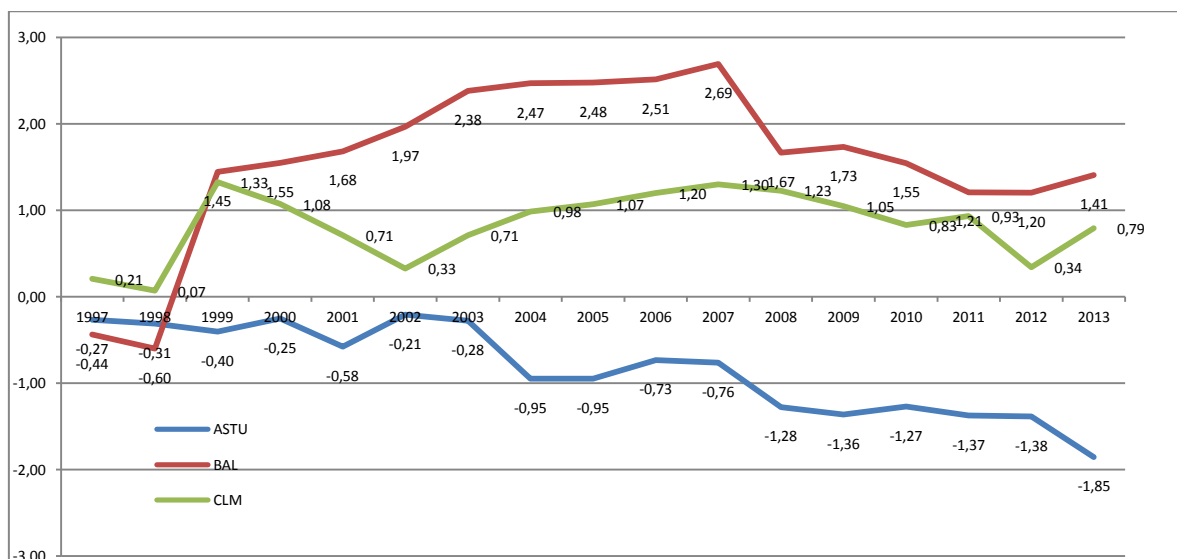


**Ilustración 391: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso. Comparación de Baleares, Asturias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Baleares, Castilla-La Mancha y Asturias de los datos de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

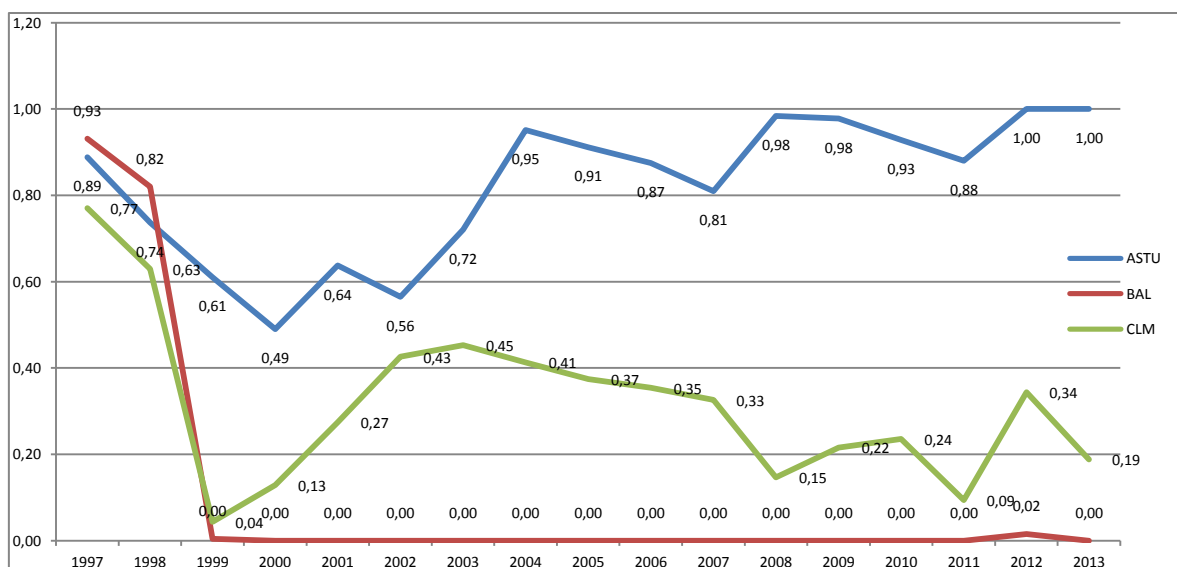


**Ilustración 392: Porcentaje de caderas intervenidas antes de 48 horas desde el ingreso. Comparación de Baleares, Asturias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Podemos ver cómo en Baleares se mantienen desde 1999 como la comunidad con mejores resultados, con algún mínimo repunte. Asturias da malos resultados desde 2004. Antes sus valores estaban en una posición intermedia. CLM mantiene igualmente una tendencia estable. El comportamiento entre 2010 y 2013 supone una bajada de 0,05 puntos, y en el periodo entre 2001 y 2010 un empeoramiento de 0,33 puntos.

#### II.2.1.4 Porcentaje global de reingresos

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se reproduce esta suave tendencia al aumento continuo de las tasas de reingresos en España, aunque a nivel de Castilla-La Mancha la tasa ha estado estancada hasta 2011. En CLM las tasas han sido históricamente mayores a las globales de España, y la distancia se va reduciendo lentamente, con una fuerte mejoría del indicador en los últimos años, hasta una situación actual de convergencia. Se trata de un indicador muy relevante en términos de calidad, con una mejora relevante en los últimos años coincidiendo con la reducción del gasto.

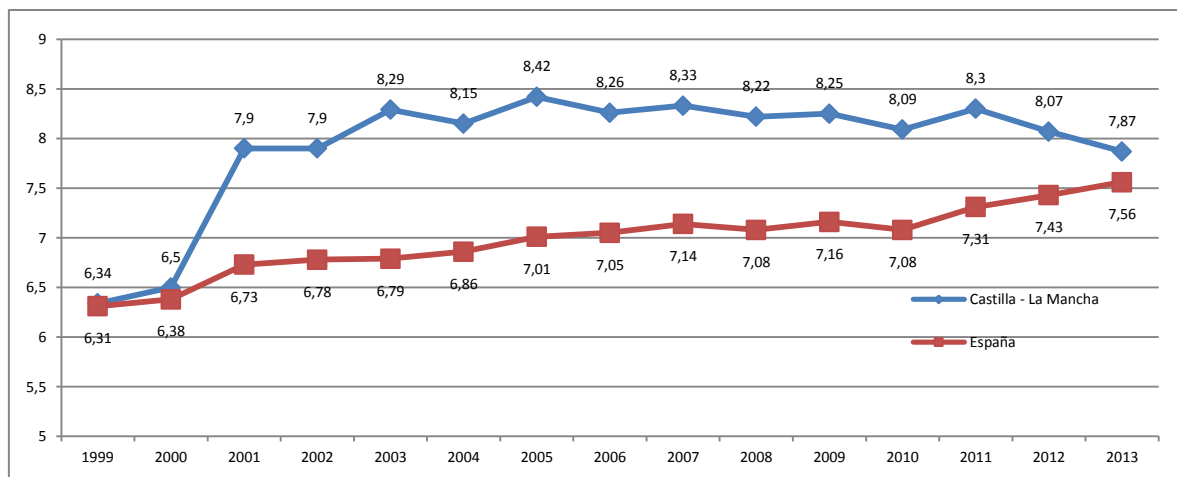


**Ilustración 393: Evolución de la tasa de reingresos en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en julio 2015**

La tasa de reingresos se ha reducido entre 2010 y 2013 un 5,5%, y entre 2001 y 2010 aumentó un 2,41%. CLM se sitúa en valores 0,05 desviaciones estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013 lo que significa una casi coincidencia con la media nacional. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa como la sexta mayor de España en 2013, en una situación intermedia-alta.

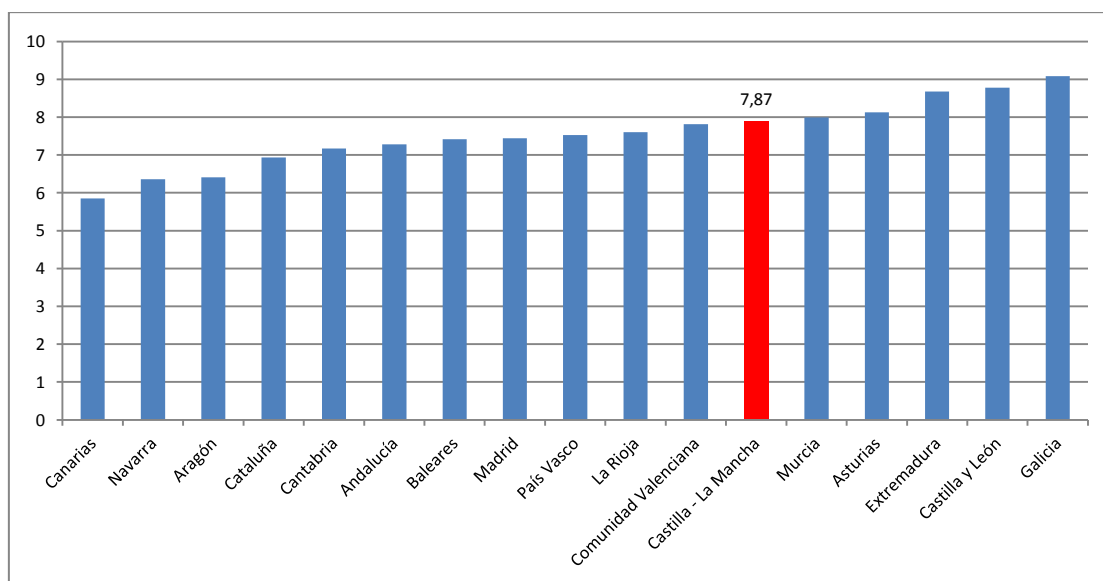


**Ilustración 394: Tasa de reingresos por CCAA en 2013. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Canarias, Navarra y Aragón, y los peores a Extremadura, Castilla y León y Galicia.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución del porcentaje de reingresos en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. La estabilidad en la posición respecto a la media de las comunidades es muy alta, lo que apunta a tendencias muy consolidadas en el tiempo. Galicia es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en 1,76 desviaciones estándar por debajo de la media. Canarias presenta los mejores resultados, con valores de 1,76 desviaciones estándar por encima de la media. CLM se mueve en torno a 0,37 desviaciones estándar por debajo de la media, con una mejora importante entre 2011 y 2013.

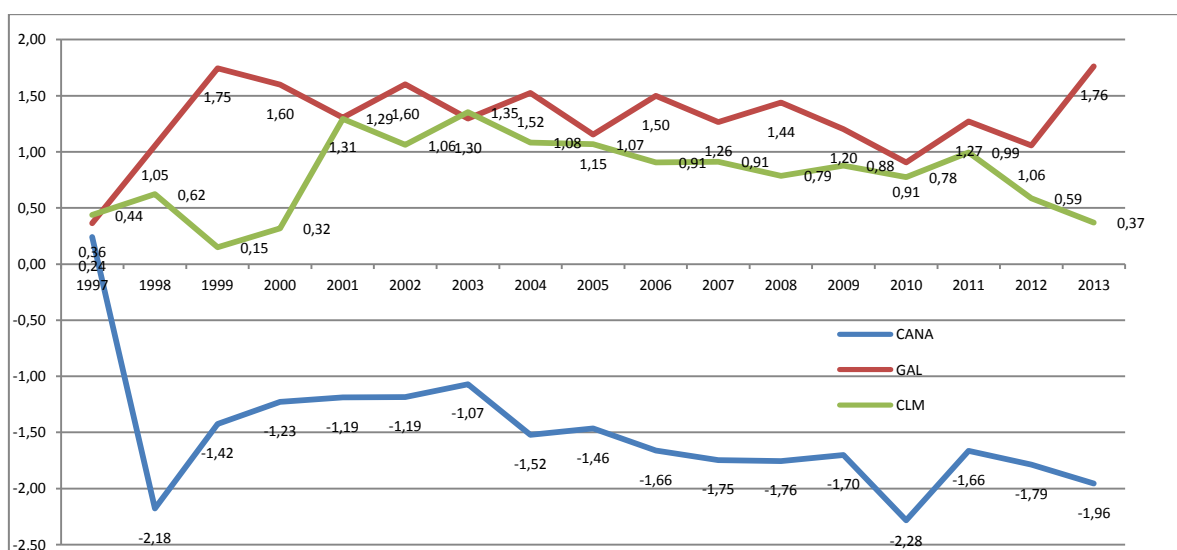


**Ilustración 395: Porcentaje de reingresos en Canarias, Galicia y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Canarias, Castilla-La Mancha y Galicia de los datos de reingresos ajustados por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño



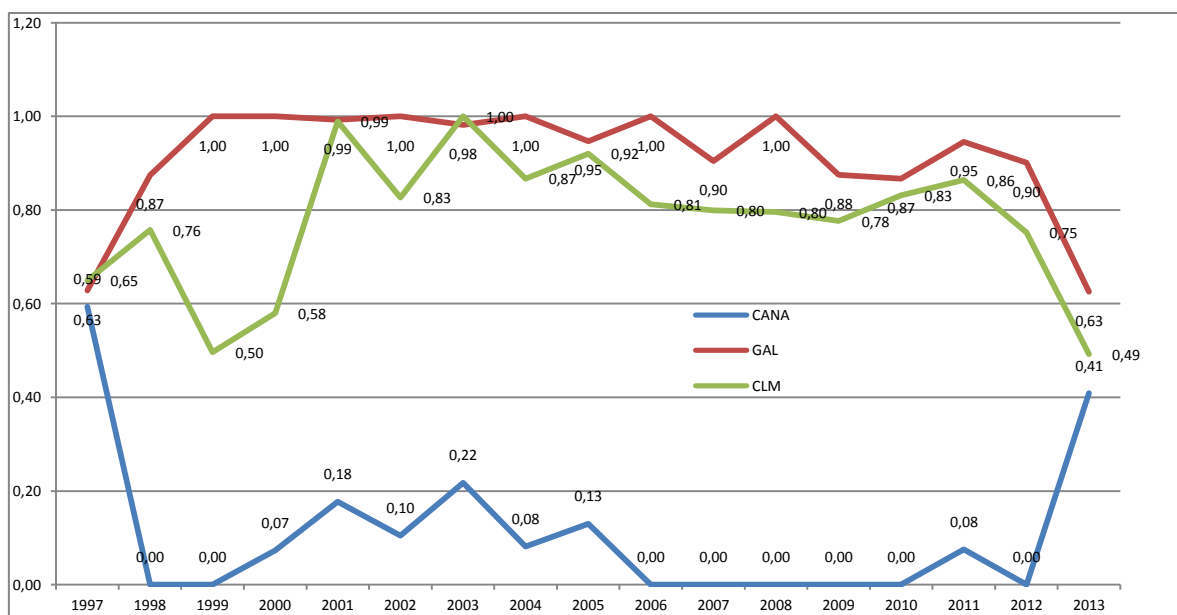


**Ilustración 396: Porcentaje de reingresos en Canarias, Galicia y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el año 2013 se ha producido una fuerte convergencia en el indicador en las tres comunidades, reduciéndose de forma importante las diferencias existentes respecto al mejor desempeño, que pasa a ser en 2013 de la Rioja seguido del País Vasco.

### II.2.1.5 Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias

Es un indicador muy importante, dado que la infección hospitalaria es causa tanto de problemas asistenciales serios como de un sobrecoste muy significativo en el gasto sanitario que genera un paciente. Nos indica la existencia de una organización hospitalaria muy concienciada de las normas y circuitos de seguridad del paciente, de manera que se evite en lo posible el contagio entre pacientes del hospital.

A nivel europeo y occidental, podemos analizar como un indicador semejante en la OCDE la tasa de infecciones postquirúrgicas. Los resultados son los siguientes:

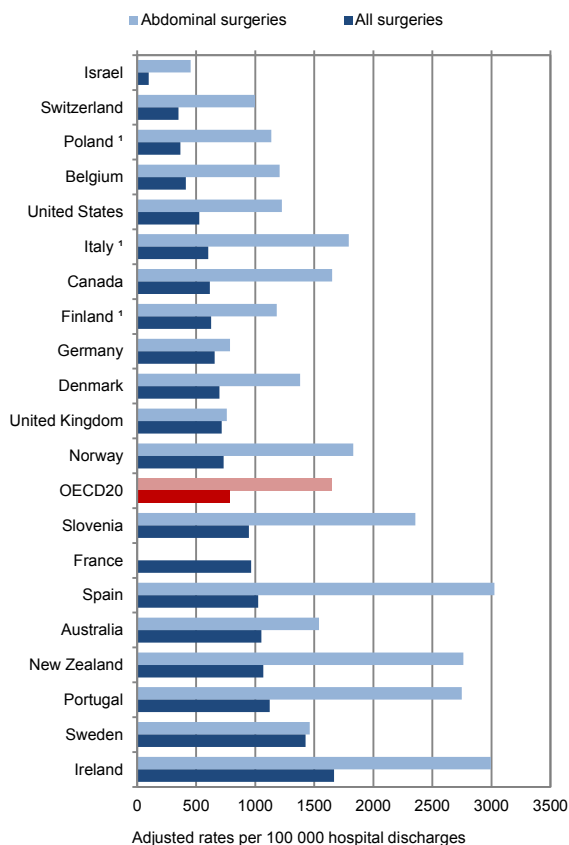


**Ilustración 397: Infección postoperatoria en adultos en 2011.** Fuente: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. Extraído en Agosto 2015

España se sitúa en una posición media-alta en el porcentaje de infecciones postoperatorias a nivel global, aunque es el país de los analizados con más infecciones en cirugía abdominal, seguido de Irlanda.

Si observamos la evolución para Castilla-La Mancha y el conjunto de España, podemos observar como este indicador mantiene una tendencia suavemente creciente. Los valores de CLM se mantienen de forma continuada por debajo del conjunto de España

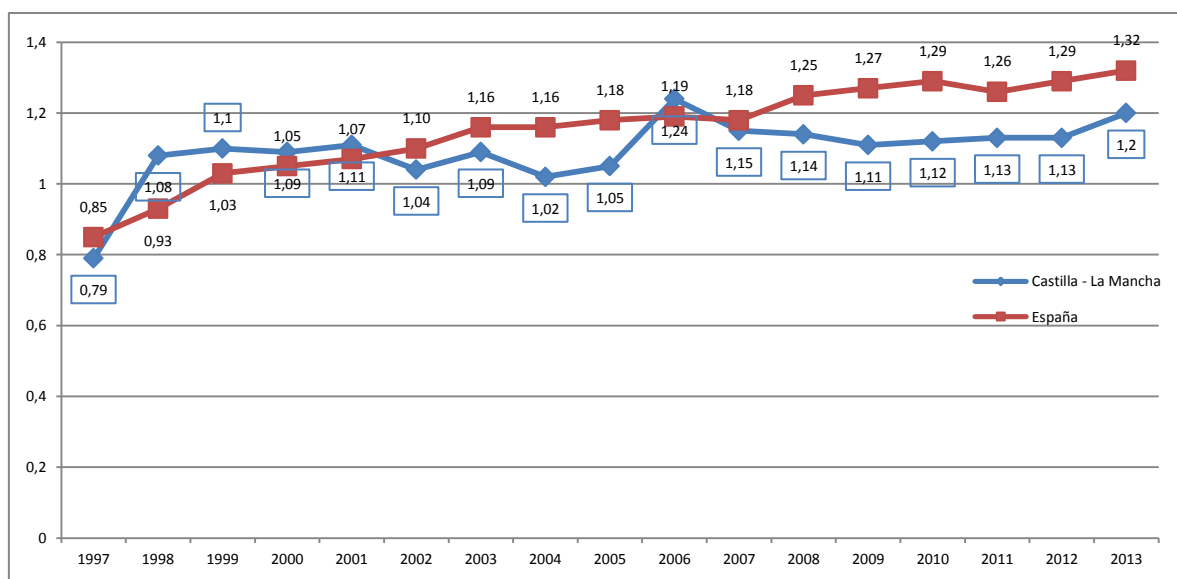


**Ilustración 398: Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

El porcentaje de infecciones hospitalarias ha ascendido entre 2010 y 2013 un 7,14%, y entre 2001 y 2010 ascendió un 0,90%. El conjunto de España ha ascendido un 2,33% entre 2010 y 2013 y un 20,56% entre 2001 y 2010. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,35 desviaciones estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013, y como ya hemos visto, alcanza un valor por debajo de España en su conjunto. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha ocupa el puesto 5º mejor de España en 2013.

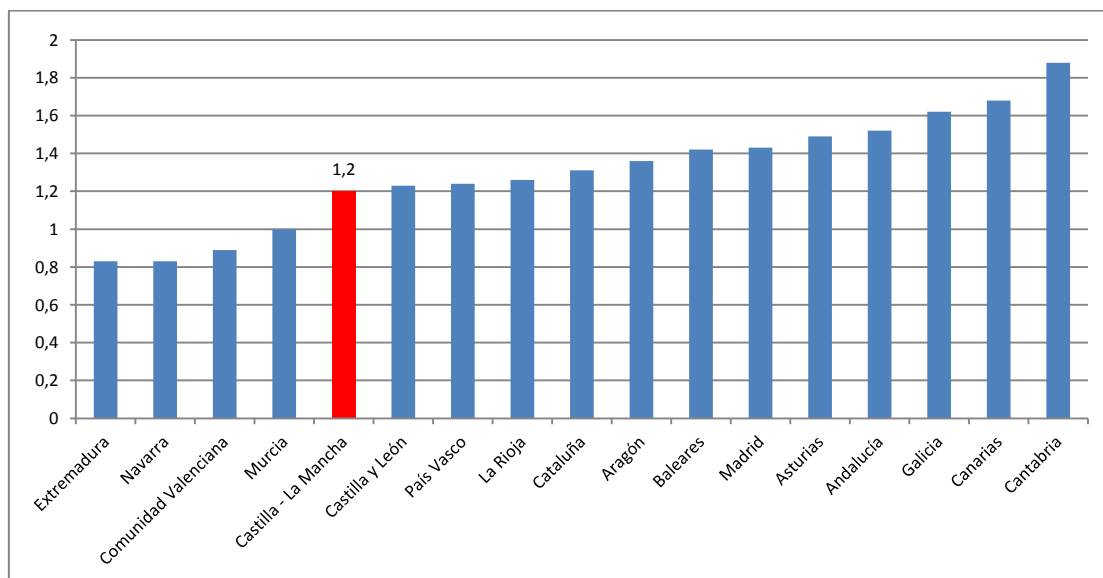


**Ilustración 399: Infección nosocomial en 2013. Comparación por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Extremadura y Navarra, y los peores a Cantabria.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución la infección nosocomial en cuatro regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Extremadura y Navarra son las que presentan el mejor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,59 desviaciones estándar por debajo de la media, con una tendencia a la mejora en 2010-2013. Cantabria presenta los peores resultados, con valores de 1,93 desviaciones estándar por encima de la media y una mejora en el intervalo 2010-2013. CLM se mueve en las 0,35 desviaciones estándar por debajo de la media con valores estabilizados en el periodo 2010-2013, con un comportamiento muy estable.

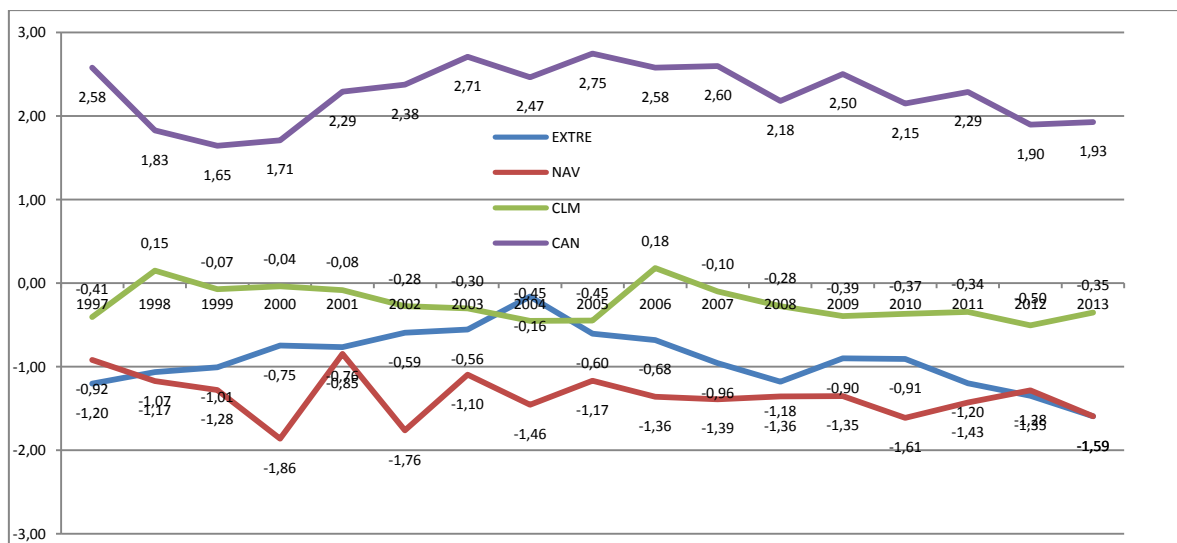


**Ilustración 400: Infección nosocomial. Comparación de Extremadura, Navarra, Cantabria y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Extremadura, Navarra, Cantabria y Castilla-La Mancha de los datos de infección nosocomial de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

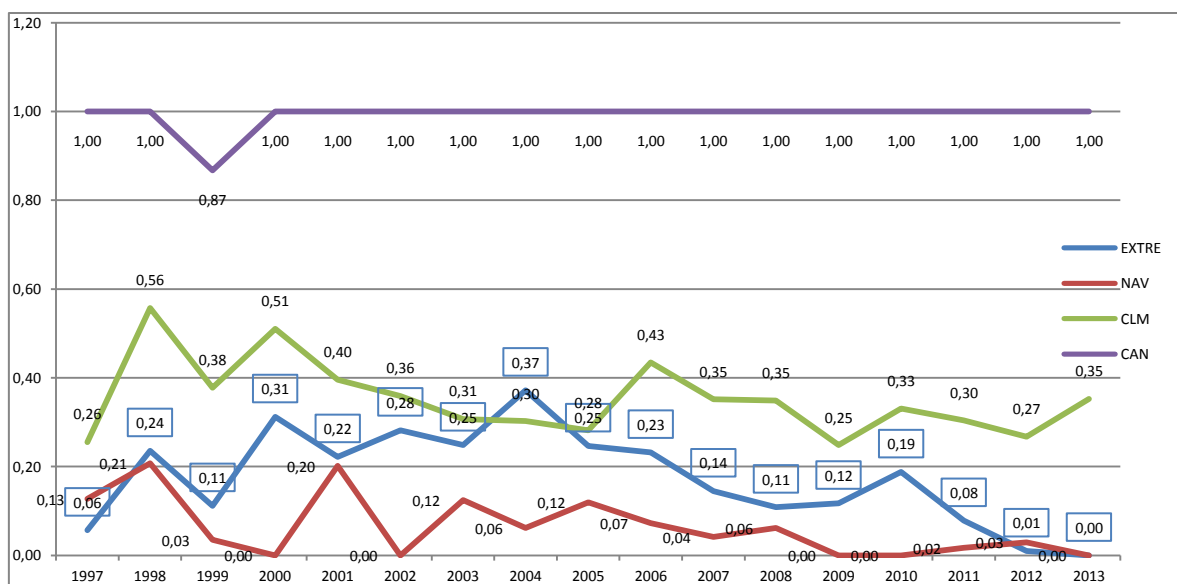


**Ilustración 401: Infección nosocomial. Comparación de Extremadura, Navarra, Cantabria y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Podemos ver cómo Extremadura ha realizado una buena trayectoria de mejora en los últimos años, especialmente durante el periodo 2010-2013. Navarra ha tenido resultados excelentes desde 2009, que mantiene en la actualidad. Cantabria da los peores resultados desde 2000 de forma continuada. CLM mantiene una tendencia estable, con un repunte en 2013. El comportamiento entre 2010 y 2013 supone una subida de 0,02 puntos en la distancia al mejor valor, y en el periodo entre 2001 y 2010 una bajada de 0,05 puntos en esta distancia.

## II.2.2 Indicadores de desempeño hospitalario relativos al desempeño de servicios o áreas clínicas

### II.2.2.1 Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas

Si analizamos la evolución del indicador en bruto en los últimos años para Castilla-La Mancha y para el total de España, podemos apreciar que se mantiene un lento pero continuado descenso del indicador a nivel de toda España. En Castilla-La Mancha se produce un curioso fenómeno. En 2008, con buenos valores del indicador, se produce un aumento continuado de este que no se frena hasta 2012. Desde 2010 se cruza el indicador con el nacional, con valores por encima de este desde entonces. Para conocer las causas de este injustificado aumento habría que investigar los índices de indicación de histerectomías en mujeres jóvenes y su correlación con los incentivos masivos a la actividad quirúrgica que se introdujeron desde 2008 con las peonadas.

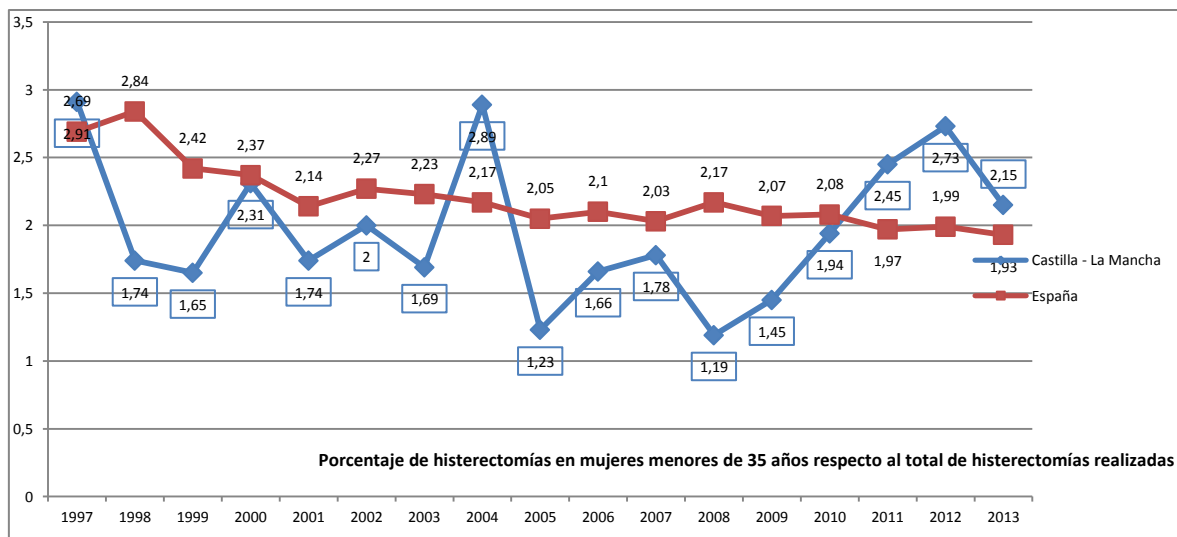


**Ilustración 402: Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

El porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas ha aumentado entre 2010 y 2013 un 10,82%, y entre 2001 y 2010 aumentó un 0,20%. CLM se sitúa en valores 0,78 desviaciones estándar peor que la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa como la cuarta peor de España en 2013, aunque con una fuerte mejora en este año, que rompe la tendencia negativa de los cuatro años anteriores.

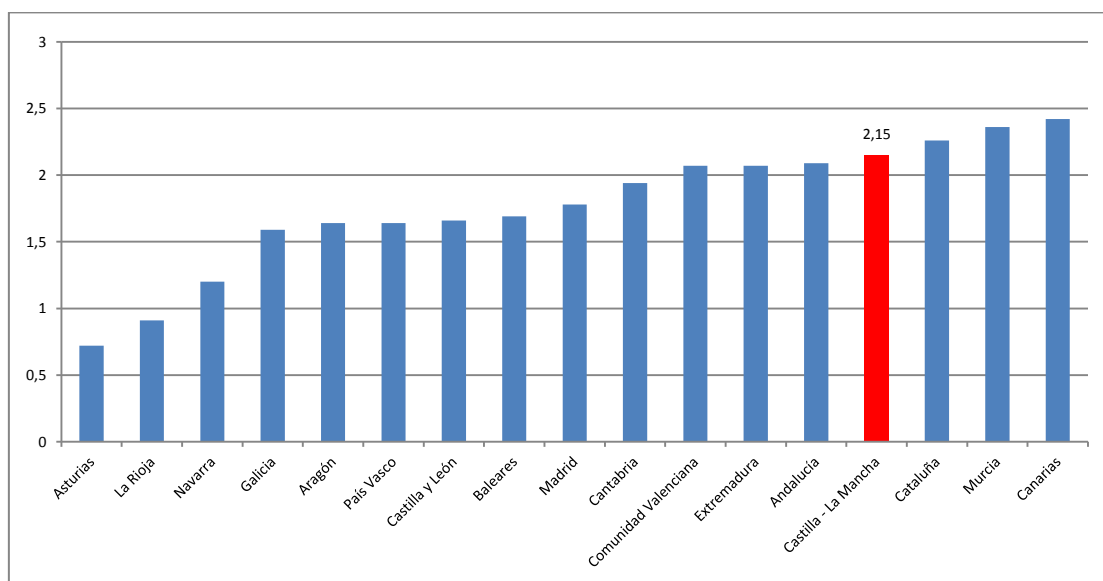


**Ilustración 403: Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas por CCAA. Fuente INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Asturias, Rioja, y Navarra y los peores a Cataluña, Murcia y Canarias.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución del de porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Canarias es la que presenta el peor

resultado, con un indicador que se mueve en 1,34 desviaciones estándar por encima de la media. Asturias tiene los mejores resultados, con valores de 1,76 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en torno a 0,78 desviaciones estándar por debajo de la media, con una mejora importante entre 2012 y 2013, que rompe la tendencia negativa iniciada en 2008.

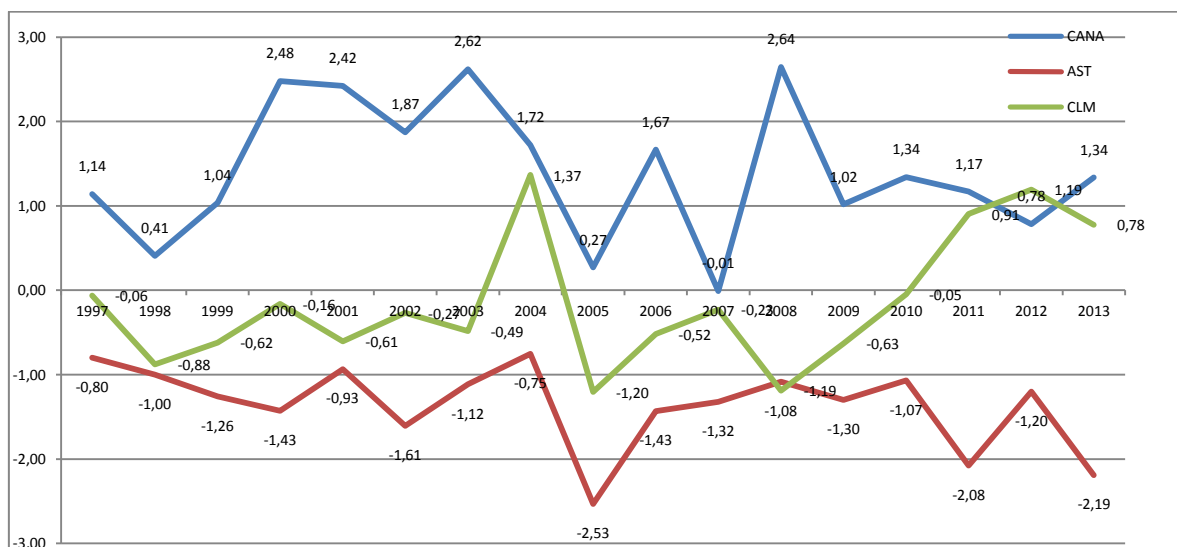


**Ilustración 404: Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas en Canarias, Asturias, y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Canarias, Castilla-La Mancha y Asturias de los datos de reingresos ajustados por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño

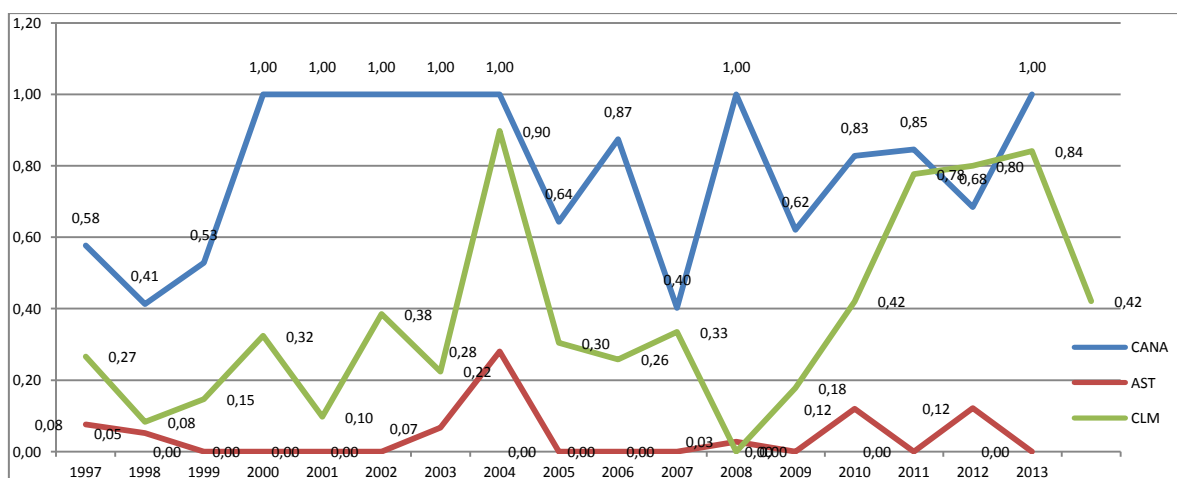


**Ilustración 405: Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años respecto al total de histerectomías realizadas en Canarias, Asturias, y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Las posiciones de la mejor comunidad en este indicador (Asturias) y la peor (Canarias) son muy estables en el tiempo. Destaca el gran empeoramiento de CLM desde 2008, que era la mejor comunidad de España, hasta 2011, que se encontraba cerca de la peor. Se ha conseguido dar la vuelta a la tendencia, y alcanzar en el 2013 una posición respecto al mejor desempeño igual a la de 2010.

### II.2.2.2 Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias

Es un indicador que nos puede dar una idea de la calidad prestada por las unidades de enfermería, al estar directamente relacionado con el índice de caídas en pacientes frágiles.

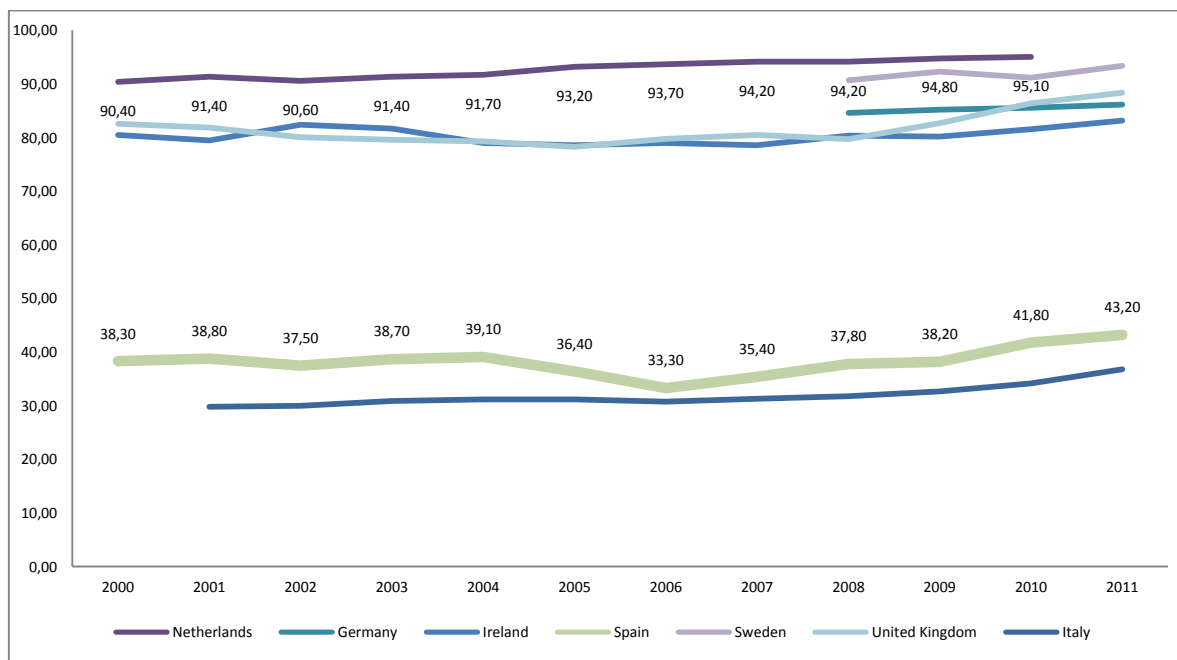


**Ilustración 406:** Tasas de fracturas de cadera en pacientes ingresados de más de 65 años 48 horas después del ingreso. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015

Podemos apreciar dos grupos de países en el conjunto analizado. España e Italia con mejores resultados y el resto de países con resultados mayores pero igualmente similares. Habría que estudiar las causas de estas diferencias tan grandes. Si no existe ningún artefacto externo, España mantiene valores excelentes respecto a los países de su entorno.

Los valores globales en España son muy homogéneos en la mayoría de las comunidades, por lo que las variaciones son mínimas. En esta línea, y tal y como podemos observar en el gráfico



siguiente, los valores de Castilla-La Mancha son prácticamente idénticos al conjunto de España.

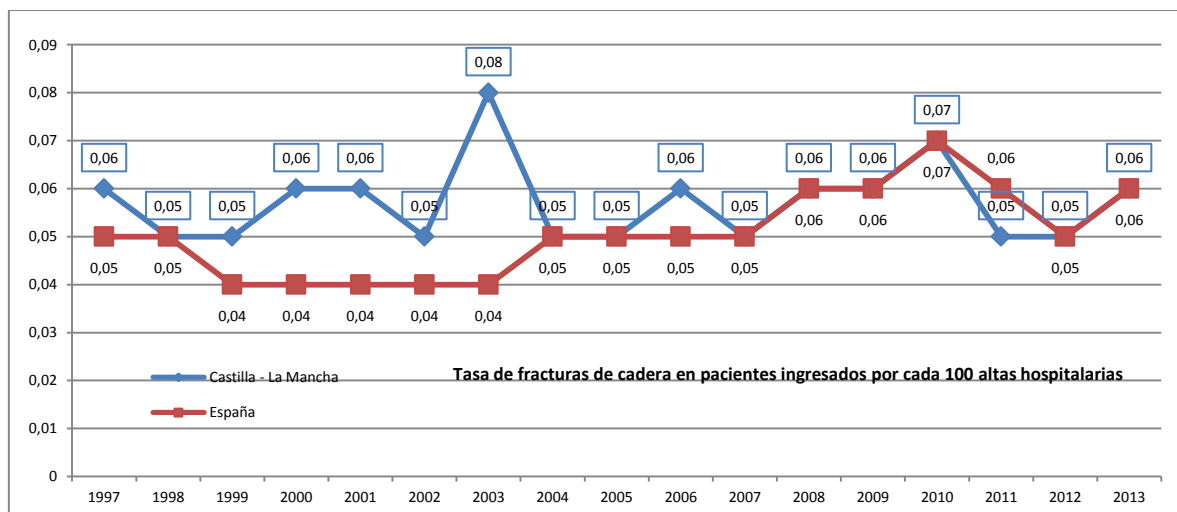


**Ilustración 407** Evolución de la tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias en España y Castilla-La Mancha. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

La tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias ha mejorado entre 2010 y 2013 un 14,29%, y entre 2001 y 2010 empeoró un 16,67%. CLM se sitúa en valores -0,08 desviaciones estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013 lo que significa una casi coincidencia con la media nacional. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador denota un conjunto de comunidades con valores similares, entre las que está CLM, y tres comunidades con valores muy superiores: Navarra, Aragón y País Vasco.

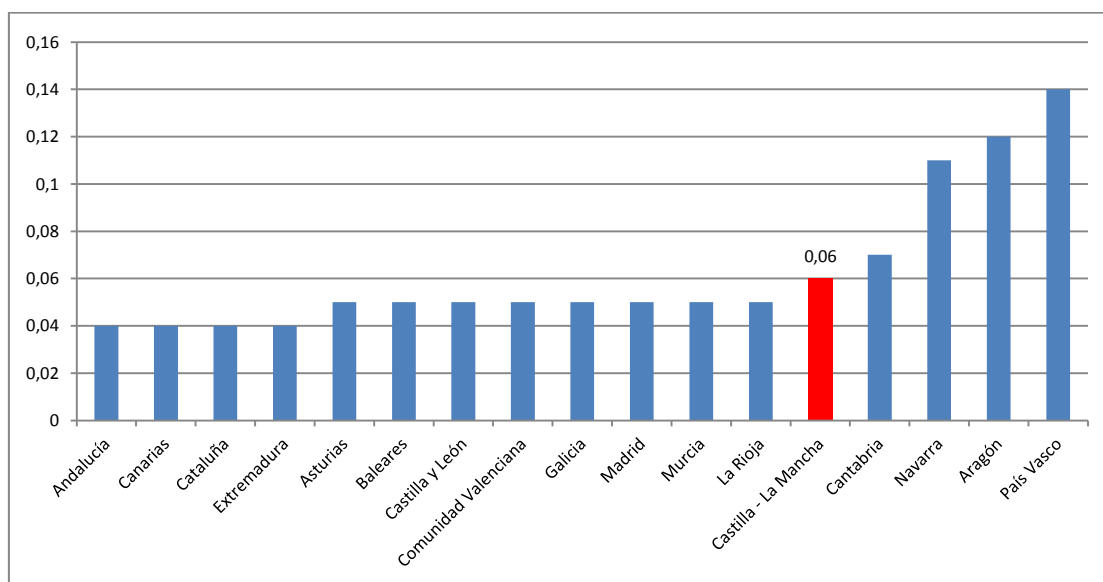


**Ilustración 408:** Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias en 2013 por CCAA. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

Como decíamos, los valores son muy similares salvo las tres comunidades reseñadas. Los mejores valores corresponden a Andalucía, Canarias, Extremadura y Cataluña.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. La estabilidad en la posición respecto a la media de las comunidades es muy alta, lo que apunta a tendencias muy consolidadas en el tiempo. El País Vasco es la comunidad que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en 2,54 desviaciones estándar por encima de la media. Andalucía presenta los mejores resultados, con valores de 0,73 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en torno a 0,08 desviaciones estándar por debajo de la media, coincidiendo prácticamente con la media nacional.

Los malos resultados del País Vasco aparecen de forma súbita en el año 2005 y 2006, por lo que habría que investigar si se deben a un problema metodológico en la extracción de datos y no asistencial.

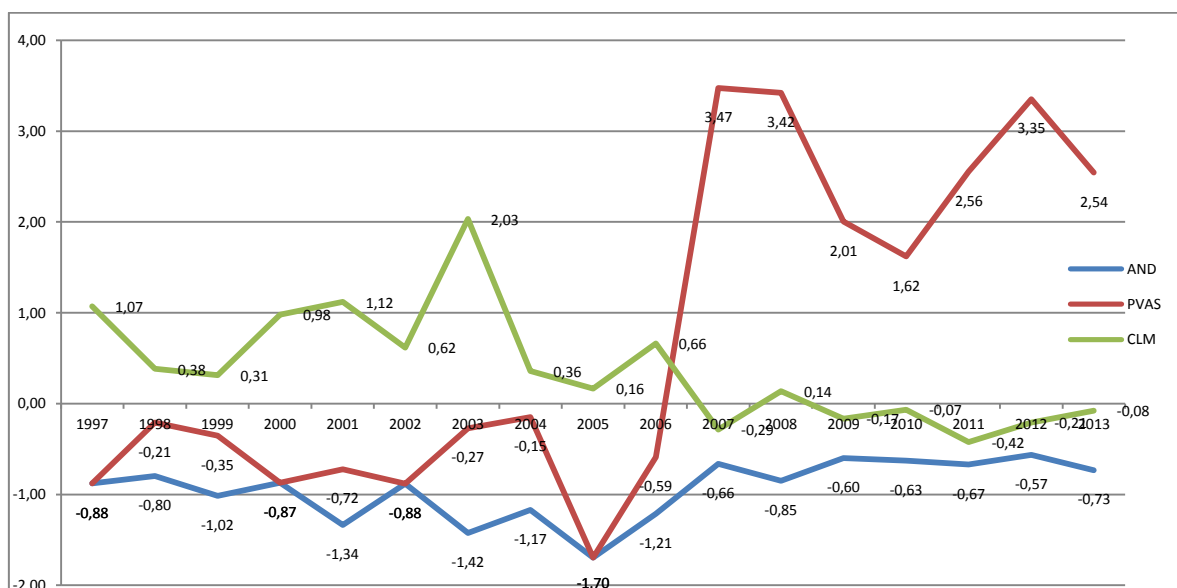


**Ilustración 409: Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias en 2013 en Andalucía, País Vasco y Castilla-La Mancha estandarizados de acuerdo con la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en País Vasco, Castilla-La Mancha y Andalucía de los datos de mortalidad perinatal por edad de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

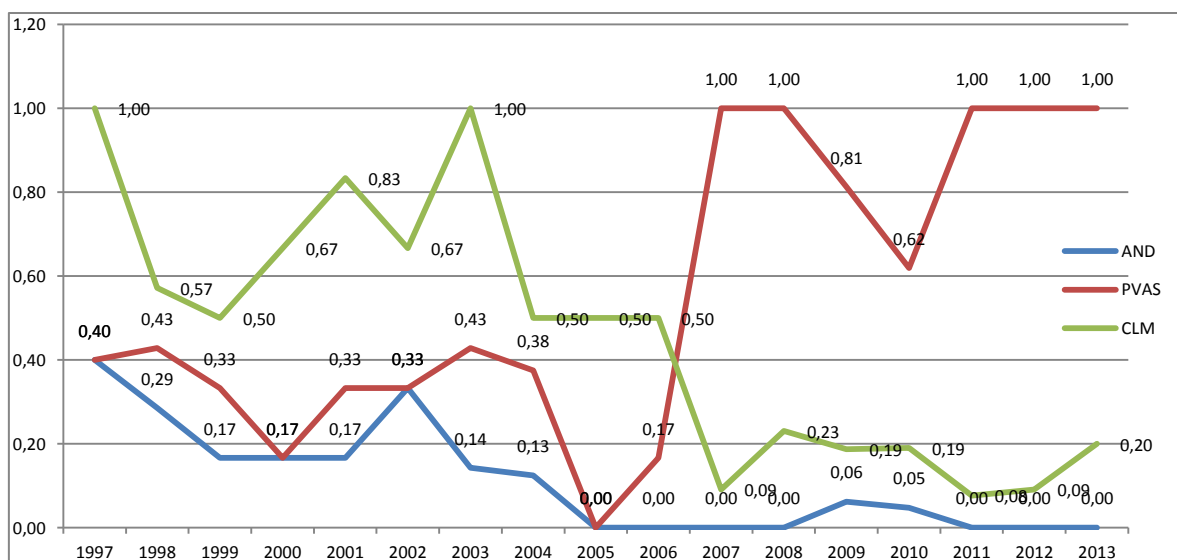


**Ilustración 410: Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados por cada 100 altas hospitalarias en 2013 en Andalucía, País Vasco y Castilla-La Mancha de acuerdo con la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La brecha entre el País Vasco y Andalucía o CLM es muy grande desde el año 2005. CLM se mantiene a una distancia baja del valor mejor de forma estable en el tiempo. Como veíamos al principio, los valores de las CCAA son muy similares salvo en el caso de las tres comunidades con datos mucho peores.

### II.2.2.3 Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia

Este indicador nos da una idea del grado de introducción de nuevas tecnologías quirúrgicas menos invasivas en el nivel hospitalario.

Los valores de CLM se mantienen cercanos y por debajo de la media nacional, con una convergencia hasta 2009 y una leve divergencia desde 2009 hasta 2013.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España el porcentaje de colecistectomía por laparoscopia es del 85,59% en 2013, con una tendencia suave al alza. CLM se mantiene en paralelo, con un porcentaje del 82,41% con cierto estancamiento entre 2009 y 2013.

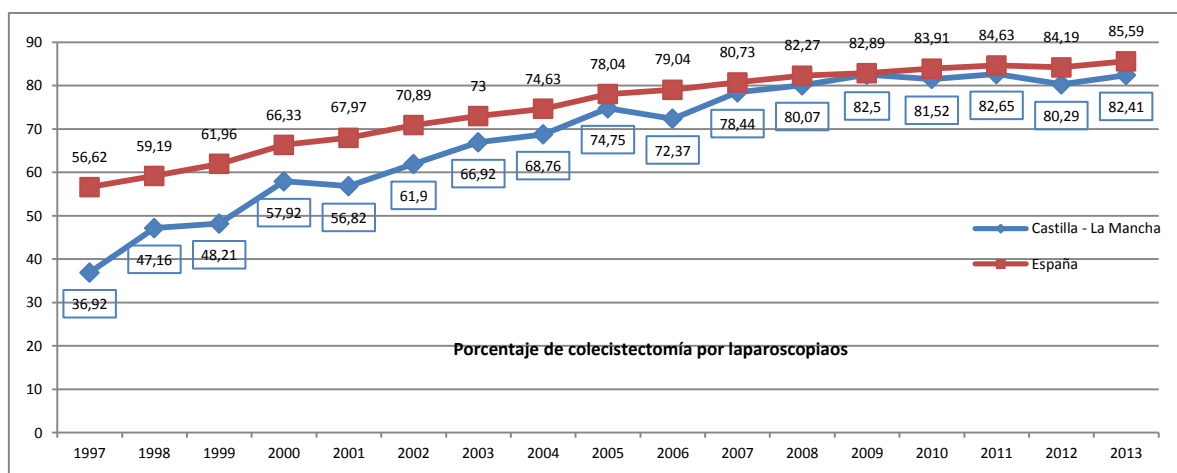


**Ilustración 411: Evolución del porcentaje de colecistectomía por laparoscopia en Castilla-La Mancha y España.**  
Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

El porcentaje de porcentaje de colecistectomía por laparoscopia ha ascendido entre 2010 y 2013 un 1,09%, y entre 2001 y 2010 ascendió un 43,47%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,80 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha es el cuarto más bajo por CCAA:

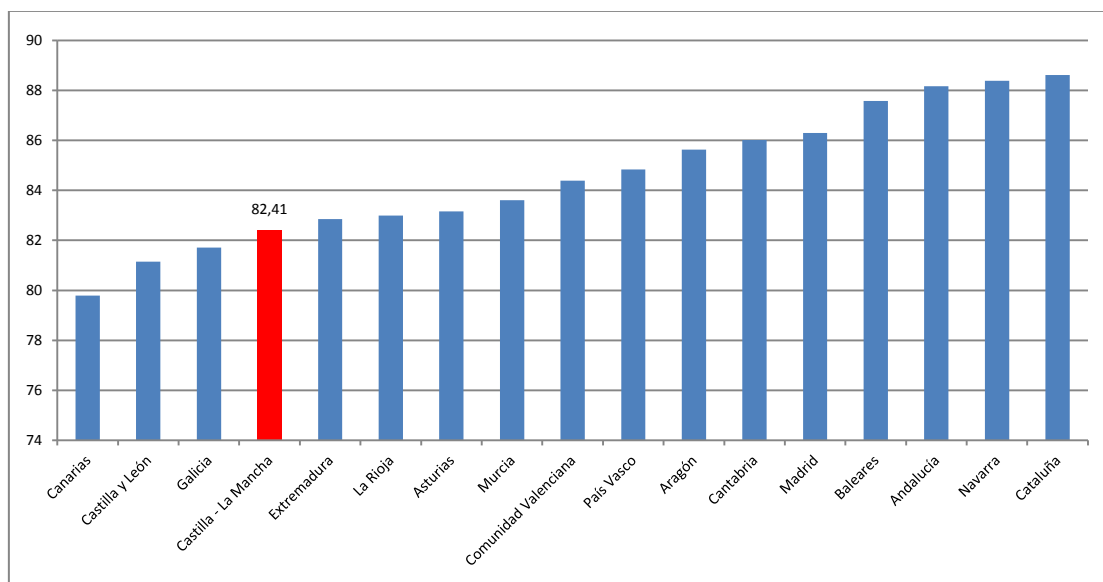


**Ilustración 412: Comparación por CCAA del porcentaje de colecistectomía por laparoscopia en Castilla-La Mancha y España en 2013.** Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

Los peores valores corresponden a Canarias, Castilla y León y Galicia, y los mejores a Andalucía, Navarra, y Cataluña.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución del porcentaje de colecistectomía por laparoscopia en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Canarias es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,78 desviaciones estándar por debajo de la media, con un fuerte empeoramiento en 2010-2013. Cataluña da los mejores resultados, con valores de 1,51 desviaciones estándar por encima de la media y una tendencia a la mejora en el intervalo 2010-2013. CLM se mueve en las 0,80 desviaciones estándar por debajo de la media con valores estabilizados en el periodo 2010-2013, con una reducción entre 2010 y 2013.

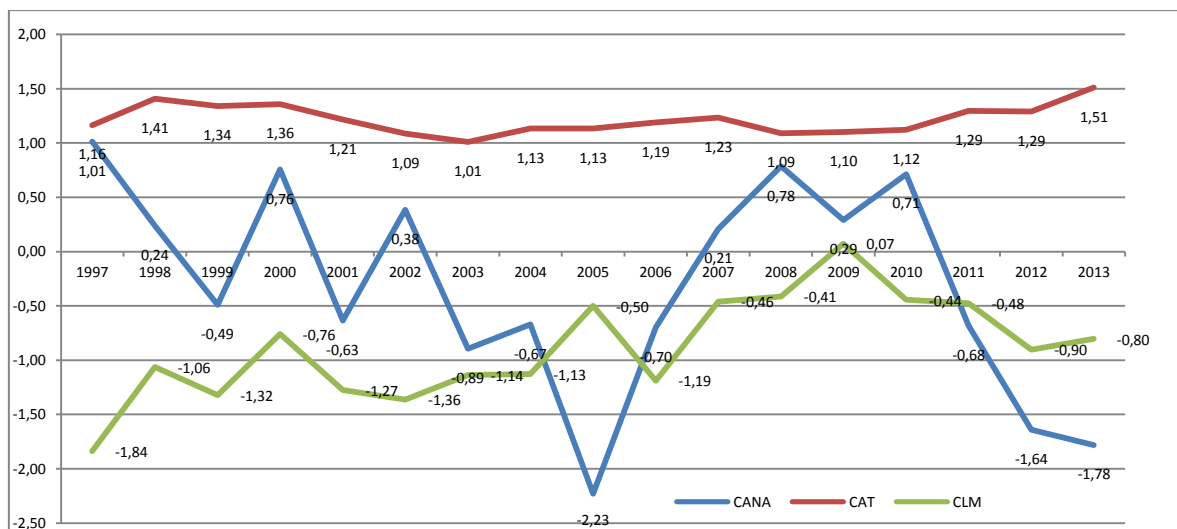


**Ilustración 413: Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia. Comparación de Cataluña, Canarias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Cataluña, Castilla-La Mancha y Canarias del porcentaje de colecistectomía por laparoscopia de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

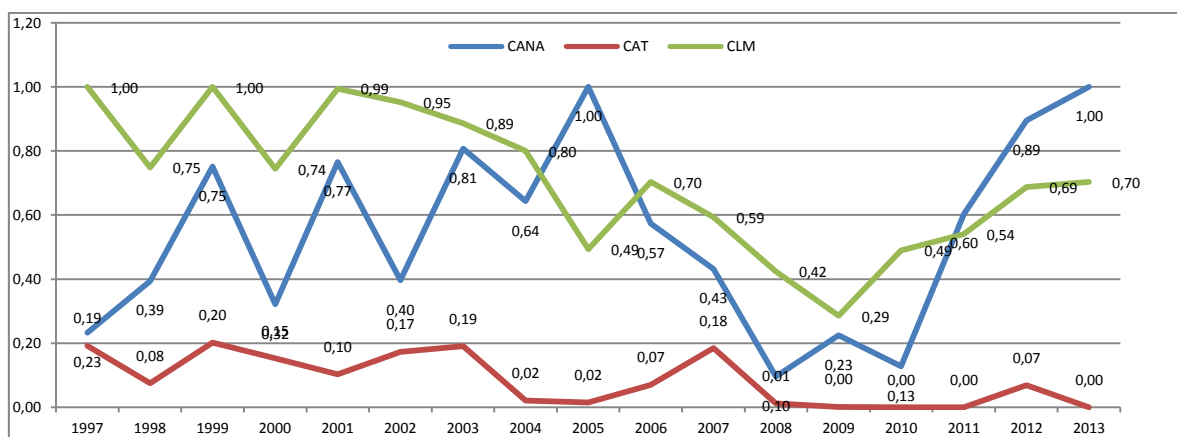


**Ilustración 414: Porcentaje de colecistectomía por laparoscopia. Comparación de Cataluña, Canarias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Cataluña muestra de forma estable los mejores resultados desde 2008, con un ligero bache en 2012. Canarias ha sufrido un fuerte deterioro en el periodo 2010-2013 y Castilla-La Mancha ha sufrido también un empeoramiento de su distancia al mejor desempeño entre 2009 y 2012.

El comportamiento entre 2010 y 2013 supone una bajada de 0,05 puntos, y en el periodo entre 2001 y 2010 una mejora de 0,41 puntos.

#### II.2.2.4 Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada

Es un indicador complementario al de reingresos global, y nos da una idea de la calidad en las intervenciones de cirugía programada, al asociarse el reingreso urgente a la aparición de complicaciones no esperadas.

Los valores de CLM se mantienen en una tendencia creciente desde 2005, frenada en 2013. Desde 2007 el valor está por encima de la media nacional, con una brecha creciente, también frenada y reducida en 2013.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España el porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada es del 2,15% en 2013, con una tendencia al alza. CLM ha frenado esa tendencia en 2013, con un porcentaje del 2,55%.

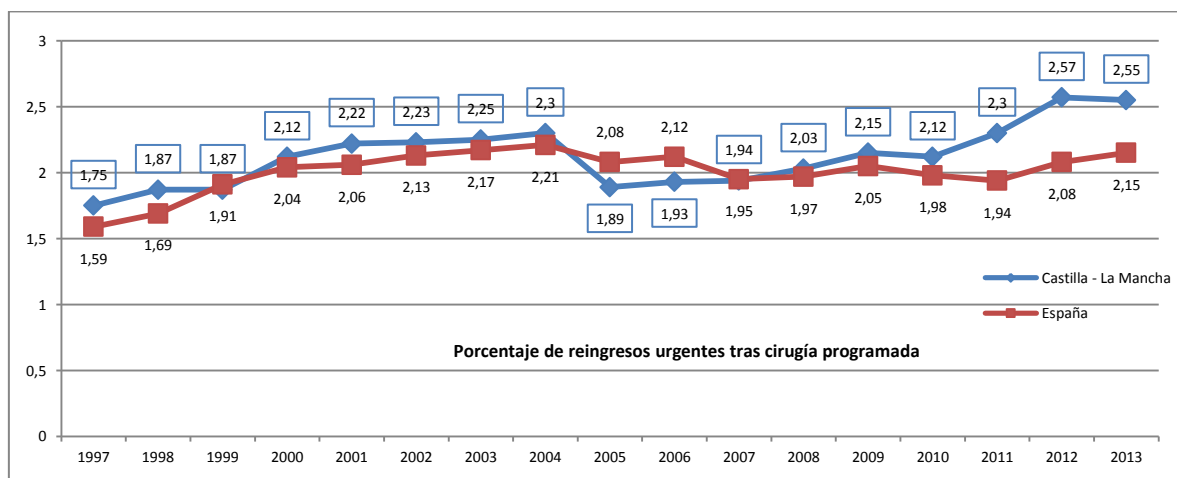


**Ilustración 415: Evolución del porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

El porcentaje de porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada ha ascendido entre 2010 y 2013 un 20,28%, y entre 2001 y 2010 descendió un 4,93%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,5 desviaciones estándar por encima de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha es el tercero más alto por CCAA, aunque a una distancia considerable de las dos regiones con peores valores.

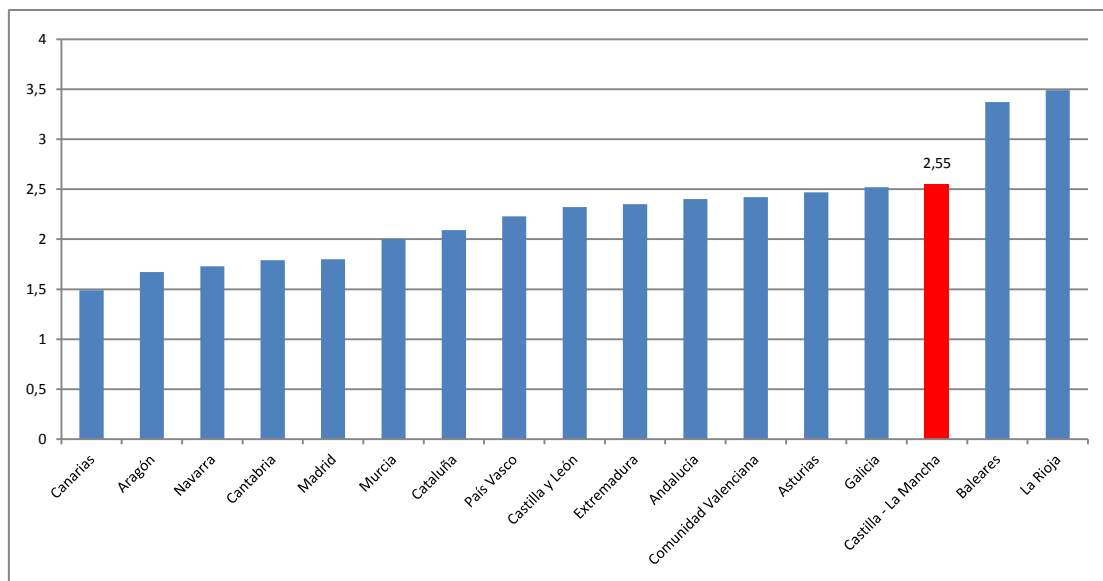


**Ilustración 416: Comparación por CCAA del porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada en Castilla-La Mancha y España en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Canarias y Aragón, y los peores a Baleares y Rioja.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución del porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Canarias es la que presenta el mejor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,78 desviaciones estándar por debajo de la media, con un fuerte empeoramiento en 2010-2013. Cataluña da los mejores resultados, con valores de 1,51 desviaciones estándar por encima de la media y una tendencia a la mejora en el intervalo 2010-2013. CLM se mueve en las 0,80 desviaciones estándar por debajo de la media con valores estabilizados en el periodo 2010-2013, con una reducción entre 2010 y 2013.

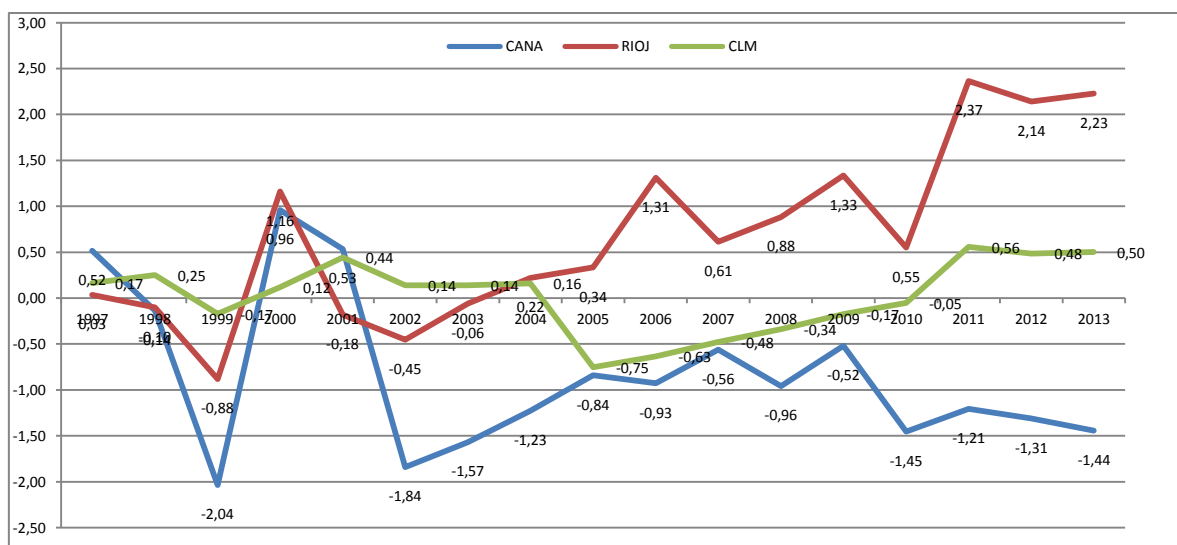


**Ilustración 417: Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada. Comparación de Rioja, Canarias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en La Rioja, Castilla-La Mancha y Canarias del porcentaje de colecistectomía por laparoscopia de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

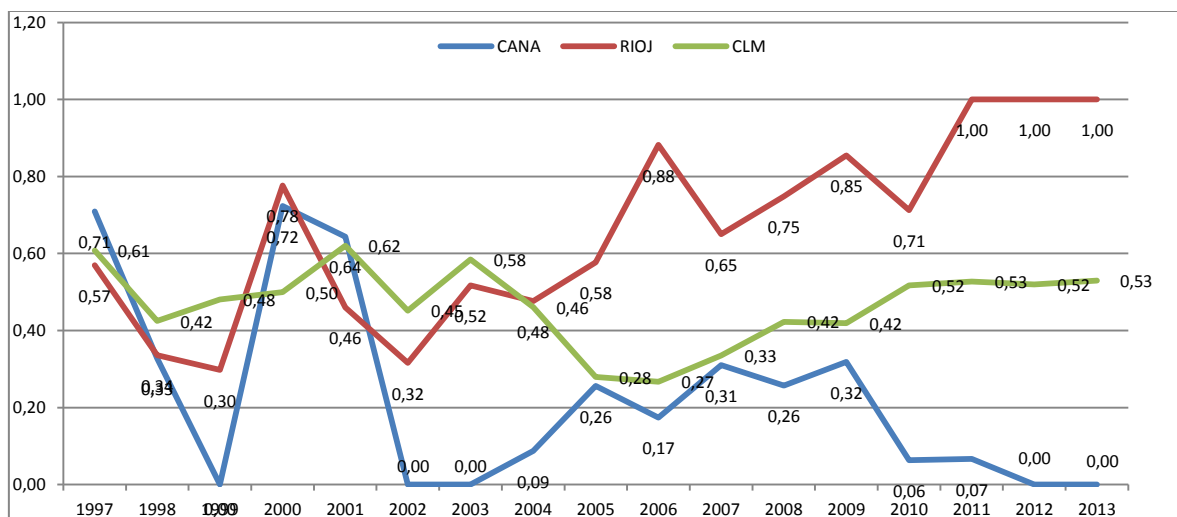


**Ilustración 418: Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada. Comparación de Rioja, Canarias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Las tres comunidades analizadas presentan una tendencia estable entre 2010 y 2013. La Rioja presenta un empeoramiento entre 2010 y 2011 y luego estabilidad.

El comportamiento entre 2010 y 2013 supone una subida de la distancia al mejor de 0,01 puntos, y en el periodo entre 2001 y 2010 un aumento de 0,08 puntos.



### II.2.2.5 Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía

Nos da una idea del funcionamiento de las unidades de intensivos y de la coordinación de estas con neumología e infecciosos.

Los valores de CLM mantienen cierta estabilidad en los últimos años, con un pico en 2012 que se recuperó en 2013. El valor del indicador en 2013 fue de 9,35 para CLM y de 8,93 para el total de España.

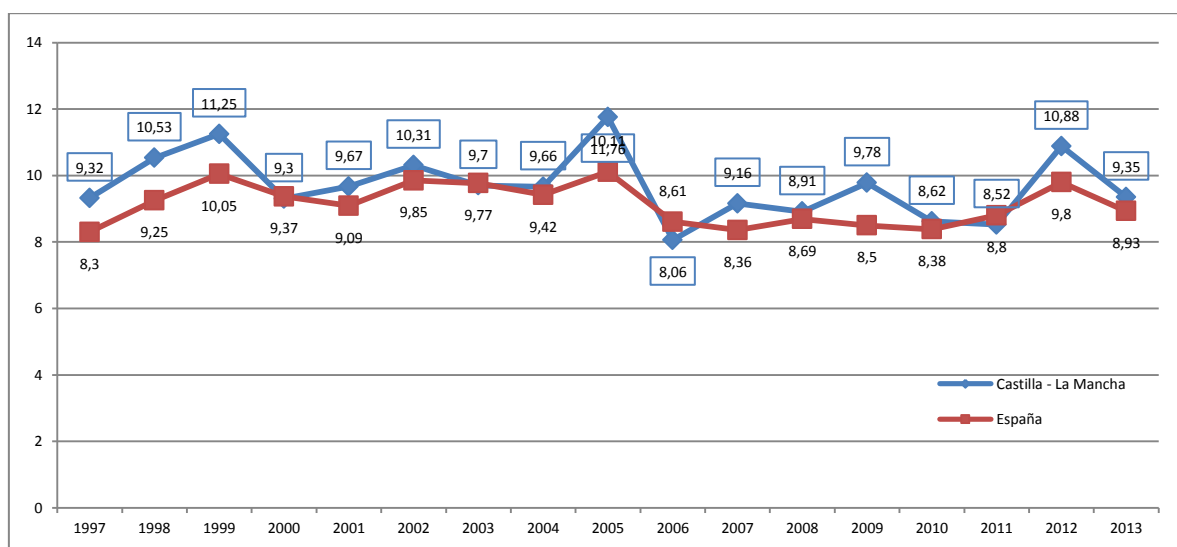


**Ilustración 419: Evolución de la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía ha ascendido entre 2010 y 2013 un 8,47%, y entre 2001 y 2010 descendió un 16,39%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,22 desviaciones estándar por encima de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa en una posición intermedia respecto al resto de CCAA.

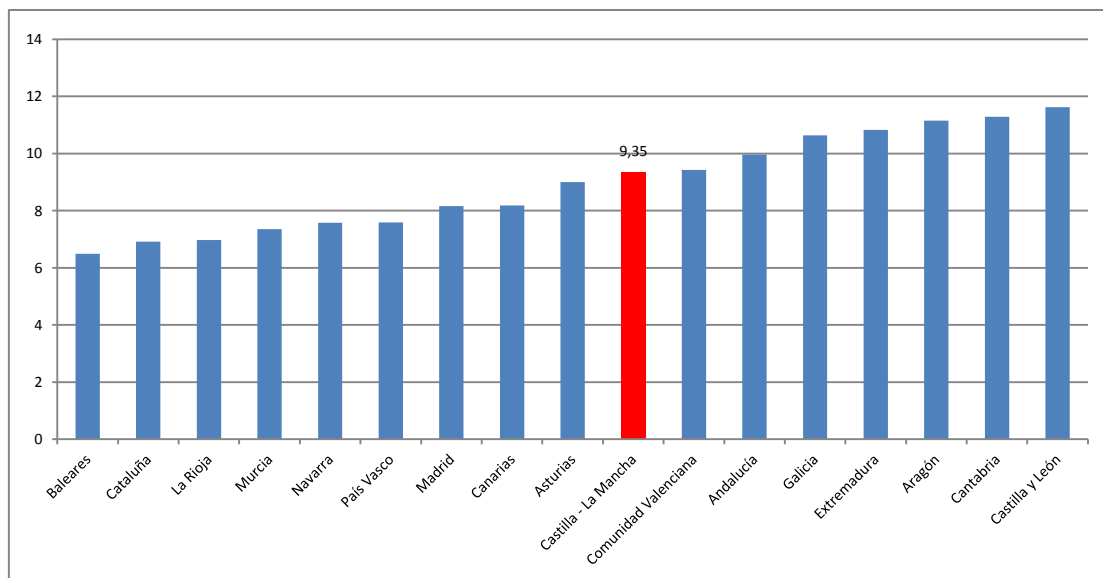


**Ilustración 420: Comparación de la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía en 2013 por CCAA. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Baleares y Cataluña y los peores a Cantabria y Castilla y León.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Baleares es la que presenta el mejor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,78 desviaciones estándar por debajo de la media, con un fuerte empeoramiento en 2010-2013. Cataluña da los mejores resultados, con valores de 1,55 desviaciones estándar por encima de la media y una tendencia a la mejora en el intervalo 2010-2013. CLM se mueve en las 0,22 desviaciones estándar por debajo de la media con valores estabilizados en el periodo 2010-2013, con un pico en 2012 y una reducción en 2013.

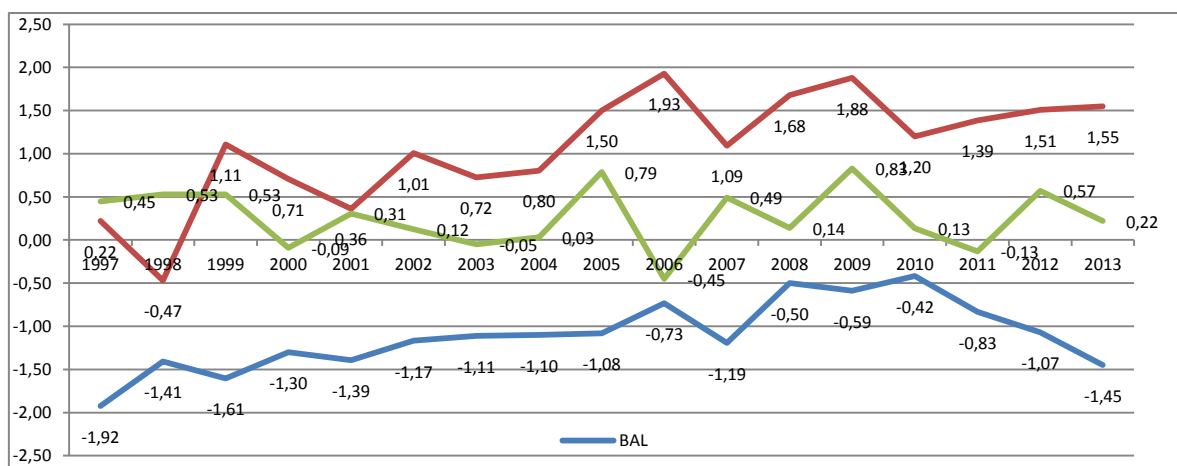


**Ilustración 421: Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía. Comparación de Baleares, Castilla y León, y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Baleares, Castilla-La Mancha y Castilla y León del porcentaje de colecistectomía por laparoscopia de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

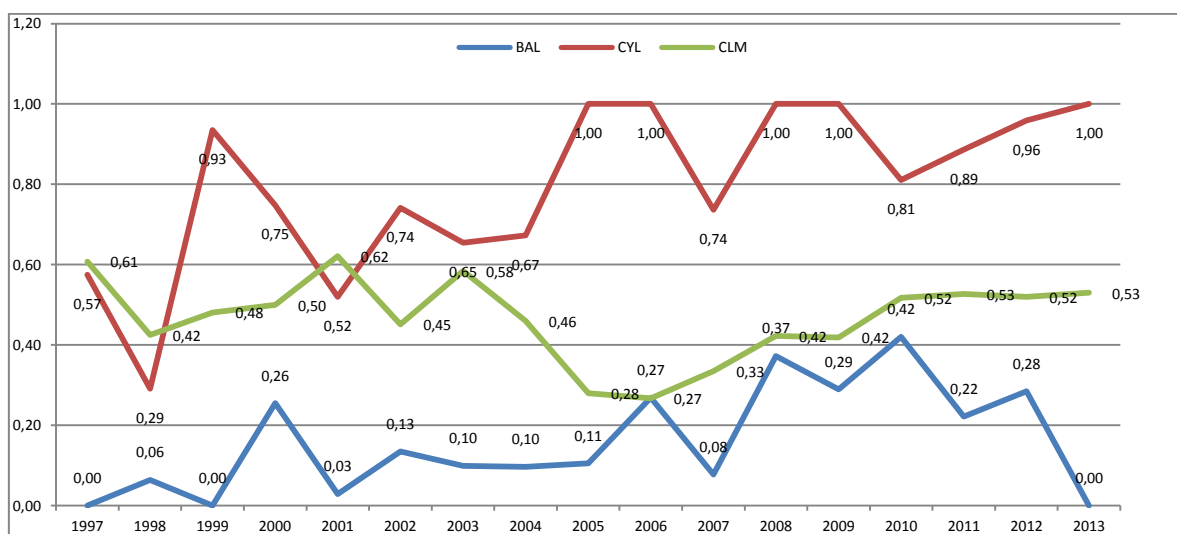


**Ilustración 422: Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con neumonía por cada 100 altas por neumonía. Comparación de Baleares, Castilla y León, y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Destaca el comportamiento divergente en este indicador de las tres comunidades analizadas. Castilla y León, el peor valor, ha tenido una senda de empeoramiento clara entre 2010 y 2013. Castilla-La Mancha, en una posición intermedia, se mueve en una total estabilidad en este periodo. Baleares, la comunidad con mejor desempeño, ha mejorado claramente en el mismo periodo.

### II.2.2.6 Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto

Es un indicador igualmente relevante, dado que están implicados muchos servicios a nivel hospitalario.

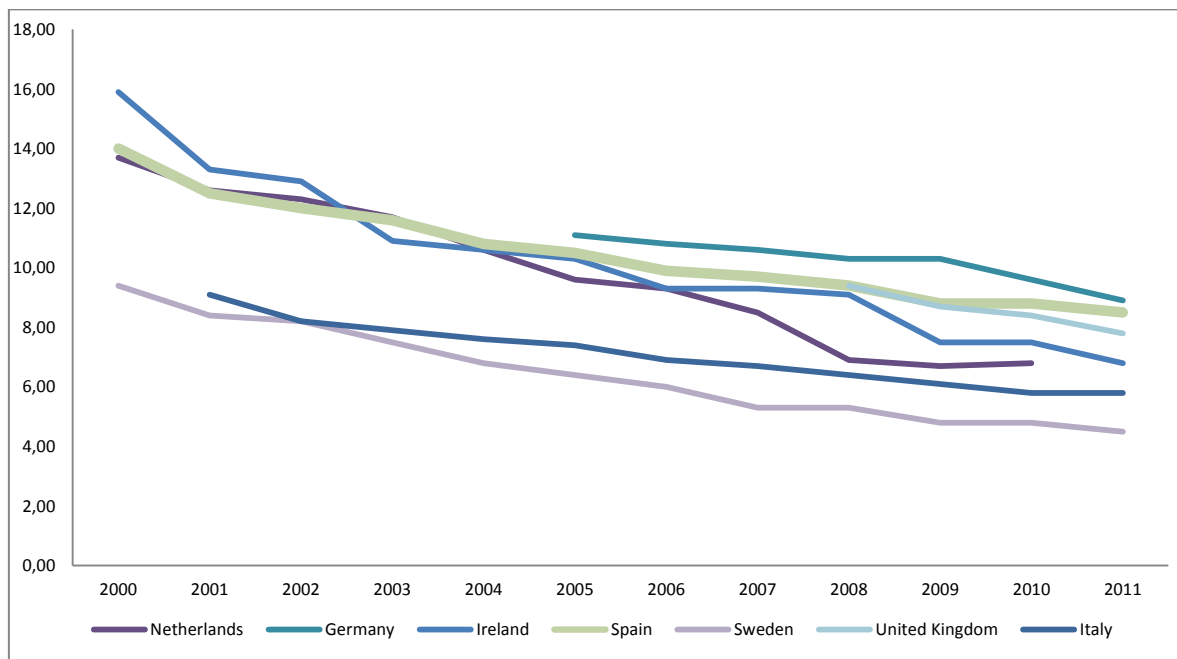


**Ilustración 423: Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto. Fuente: OCDE Statistics. Extraído en mayo 2015**

Como vemos en el anterior indicador, a nivel OCDE existe una tendencia común al descenso en los valores del mismo, fruto sin duda de los avances tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento del infarto. Dentro de los países analizados, la pendiente de mejora de España hasta 2011 ha sido menor a la del grupo de países analizados, lo que ha dejado a nuestro país en la parte alta del grupo en cuanto al indicador.

Los valores de CLM se mantienen en una tendencia decreciente con valores siempre oscilando alrededor de la media nacional. Desde 2013 el valor es de 7,16, que está algo por debajo de la media nacional de 7,28.

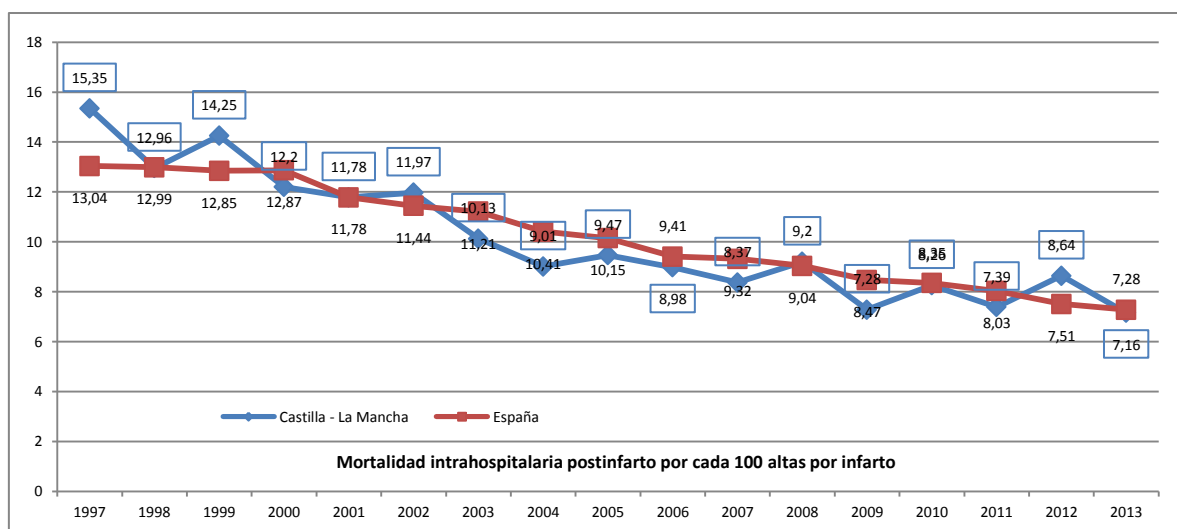


**Ilustración 424: Evolución de la mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto en Castilla-La Mancha y España. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto ha descendido entre 2010 y 2013 un 13,32%, y entre 2001 y 2010 descendió un 29,88%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,41 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha es el séptimo más bajo por CCAA.

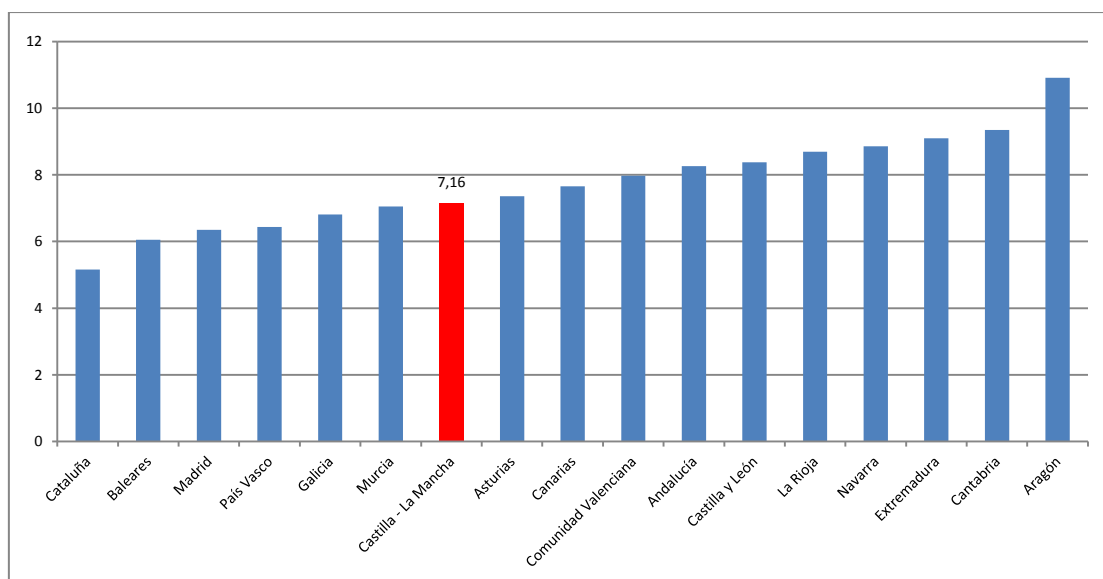


**Ilustración 425: Comparación por CCAA de la mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto en Castilla-La Mancha y España en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Cataluña y Baleares, y los peores a Cantabria y Aragón.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la mortalidad intrahospitalaria postinfarto en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Canarias es

la que presenta el mejor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,78 desviaciones estándar por debajo de la media, con un fuerte empeoramiento en 2010-2013. Cataluña da los mejores resultados, con valores de 1,51 desviaciones estándar por encima de la media y una tendencia a la mejora en el intervalo 2010-2013. CLM se mueve en las 0,80 desviaciones estándar por debajo de la media con valores estabilizados en el periodo 2010-2013, con una reducción entre 2010 y 2013, aunque con un pico puntual en 2012.

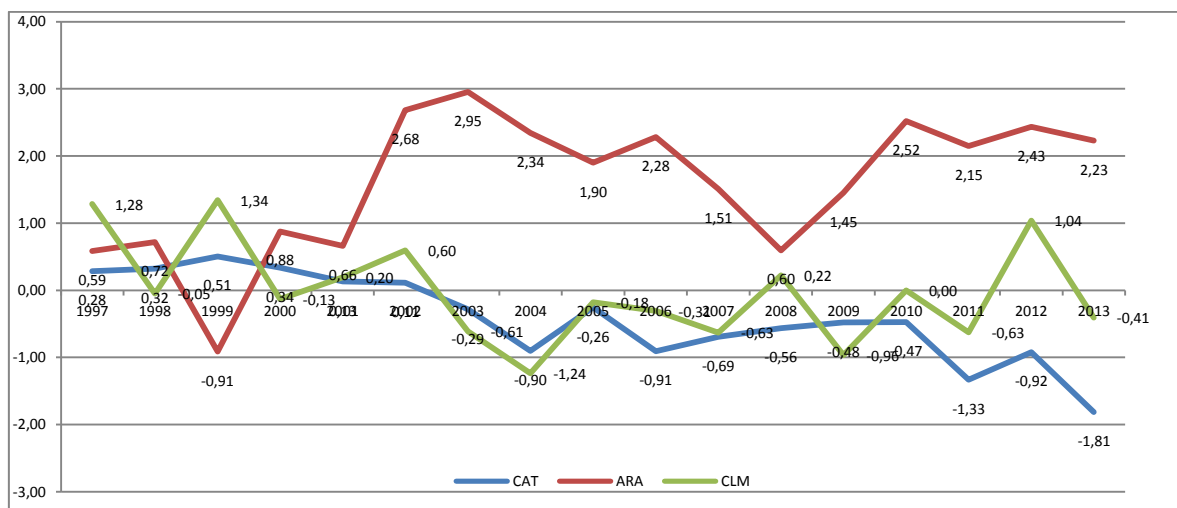


**Ilustración 426: Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto. Comparación de Cataluña, Aragón y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Cataluña, Castilla-La Mancha y Aragón de la mortalidad intrahospitalaria postinfarto de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

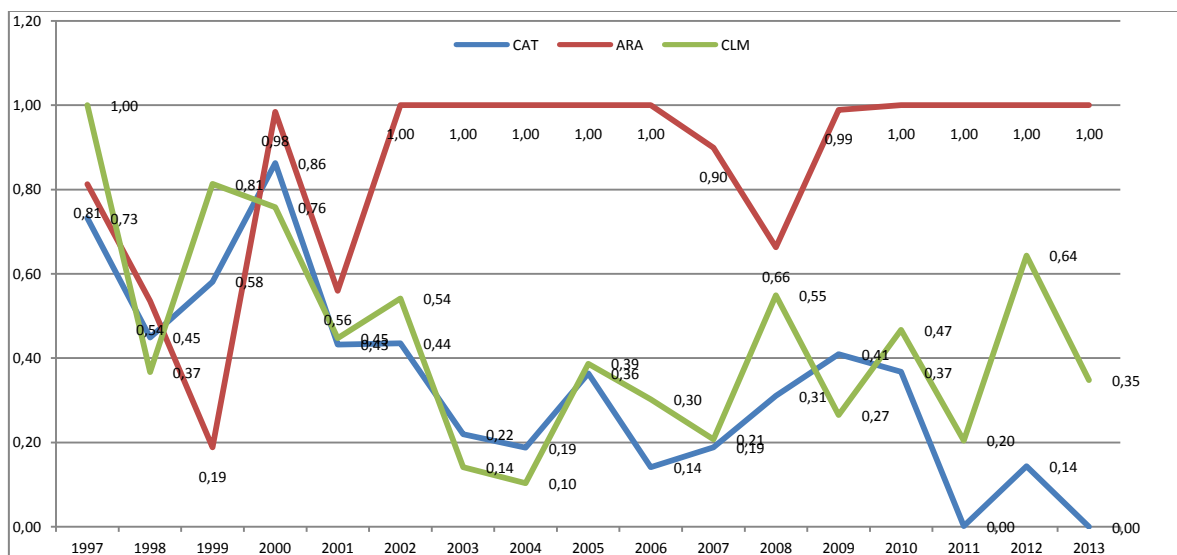


**Ilustración 427: Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto. Comparación de Cataluña, Aragón y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Aragón presenta los peores valores de manera continuada en el tiempo, salvo un pico de mejora entre 2006 y 2008. Castilla-La Mancha se mantiene estable con altibajos. En el año 2012 registró un pico que se recuperó en 2013. Entre 2010 y 2013 la distancia al mejor en CLM se mantuvo estable, con una reducción de 0,02 puntos. Cataluña se ha colocado en la mejor posición precisamente en los años de la crisis, entre 2010 y 2013.

### II.2.2.7 Porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos

El grupo de expertos lo ha seleccionado como indicador relevante a la hora de analizar la calidad en salud mental. En los indicadores de calidad en salud mental de la OCDE se recogen dos indicadores similares, el de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia y con síndrome bipolar.

En la comparación de la evolución de Castilla-la Mancha y el conjunto de España que podemos ver en el gráfico siguiente, podemos apreciar como los valores para España se mantienen estables en el tiempo, mientras que los de CLM evolucionan en forma de diente de sierra, en una trayectoria de convergencia hacia los valores nacionales, partiendo de cifras de reingresos mayores.

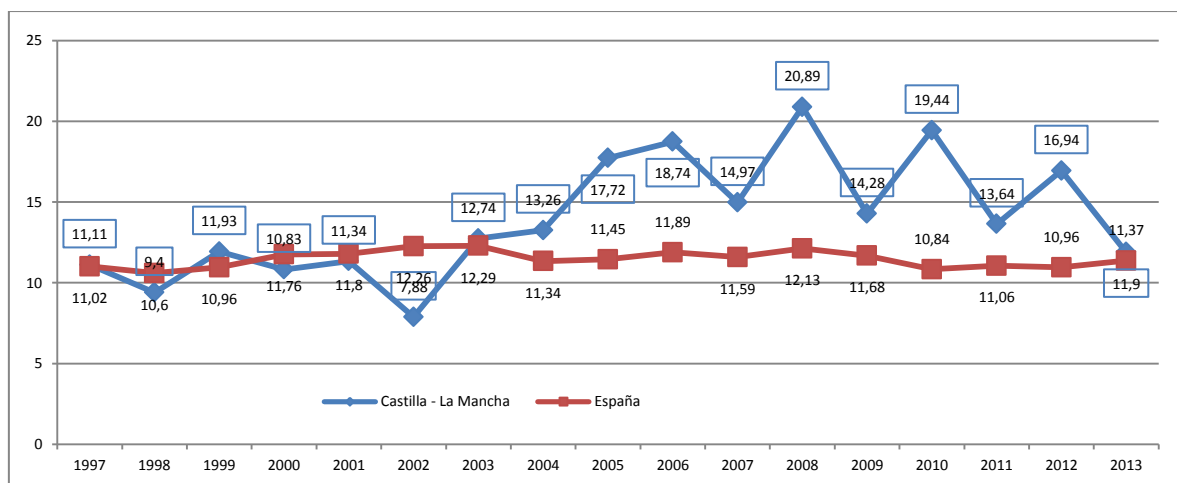


**Ilustración 428: Evolución del porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos en Castilla-La Mancha y España.**

Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

El porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos ha mejorado entre 2010 y 2013 un 38,79%, y entre 2001 y 2010 empeoró un 71,43%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,51 desviaciones estándar por encima de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa en una posición media-alta respecto al resto de CCAA.

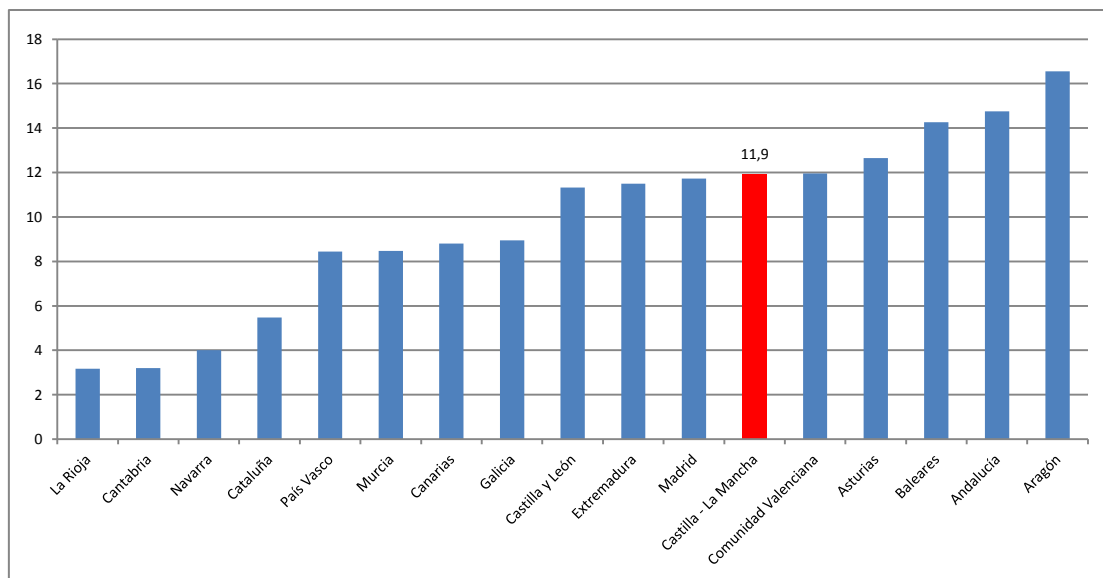


**Ilustración 429: Comparación del porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos en 2013 por CCAA. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Rioja y Cantabria y los peores a Andalucía y Aragón.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución del porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Aragón es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,66 desviaciones estándar por debajo de la media, con un importante aumento en 2011-2013. La Rioja da los mejores resultados, con valores de 1,65 desviaciones estándar por debajo de la media y una fuerte reducción en 2011-2012. CLM se mueve en las 0,51 desviaciones estándar por debajo de la media con una importantísima mejora en el periodo 2010-2013.

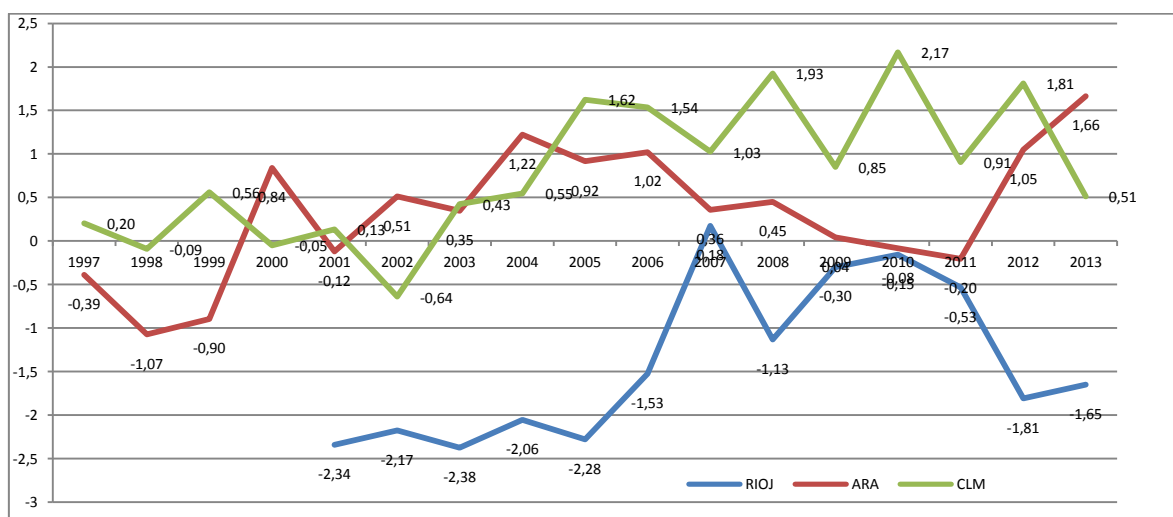


**Ilustración 430: Porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos. Comparación de La Rioja, Aragón, y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**



En el gráfico siguiente mostramos la evolución en La Rioja, Aragón, y Castilla-La Mancha del porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño.

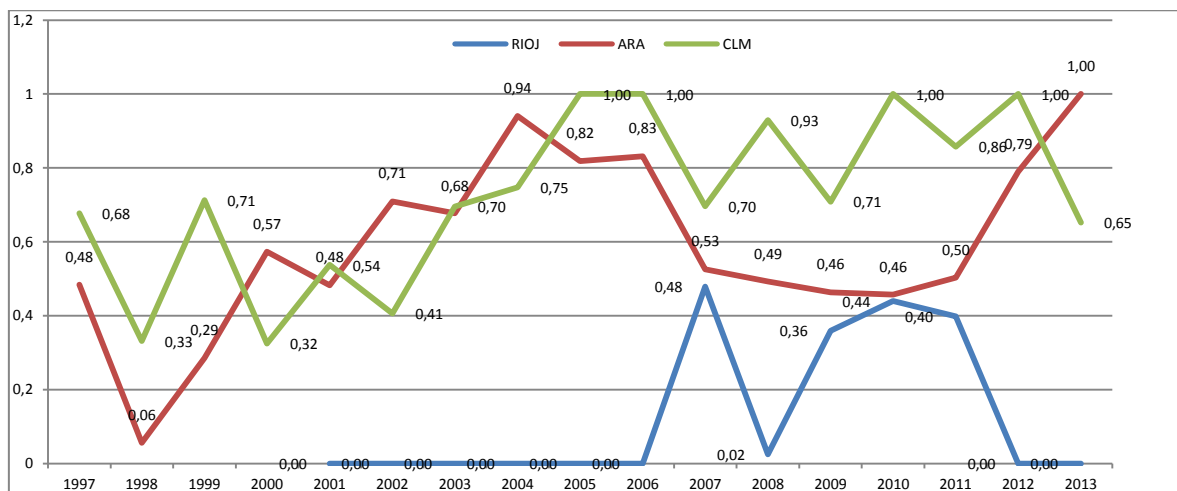


**Ilustración 431: Porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos. Comparación de La Rioja, Aragón, y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Destaca de manera más acusada la mejora en 2010-2013 de la Rioja y de Castilla-La Mancha y el empeoramiento en el mismo periodo de Aragón.

## II.3 Indicadores de calidad asistencial en Atención Primaria

### II.3.1 Indicadores de adecuación de la hospitalización

El grupo de expertos ha coincidido con el criterio europeo de dar un papel relevante a los indicadores que denotan una hospitalización inadecuada como indicador de desempeño de atención primaria. Un adecuado funcionamiento de atención primaria supone un mejor seguimiento y control de enfermos crónicos y por tanto una tasa menor de ingresos de un conjunto de enfermedades.

#### II.3.1.1 Tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes

En el caso de los ingresos por asma, a nivel OCDE España se mantiene en la línea de los países de su entorno, con resultados algo altos en cuanto a volumen de ingresos inadecuados respecto a los países analizados, y con una suave tendencia de mejora, no común en todos los países. Destacan los buenos resultados de Italia y los malos valores del Reino Unido

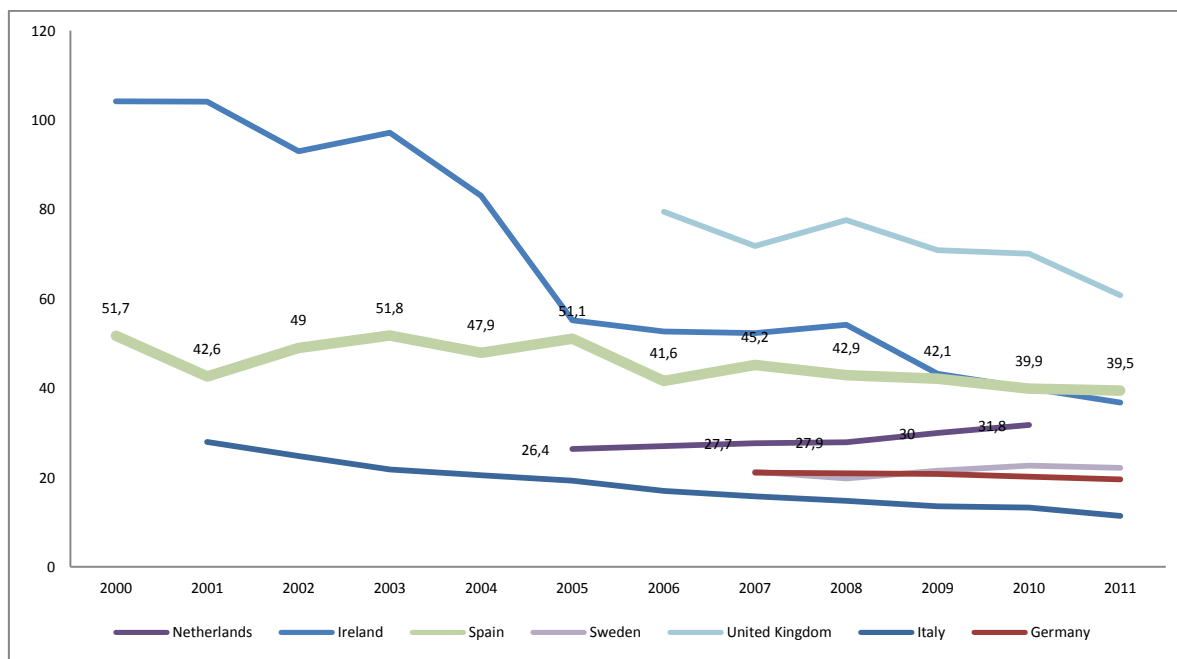


**Ilustración 432: Ingresos por asma en mayores de 15 años. Fuente: OCDE Statistics. Consultado en septiembre 2015**

Los valores de CLM se mantienen cercanos y por debajo de la media nacional, con una mejora mayor que la media nacional en el periodo 2010-2013

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes es del 4,21 en 2013, con una tendencia suave al alza. CLM se mantiene en paralelo, con una tasa de 3,39 y una mejora importante en los últimos años

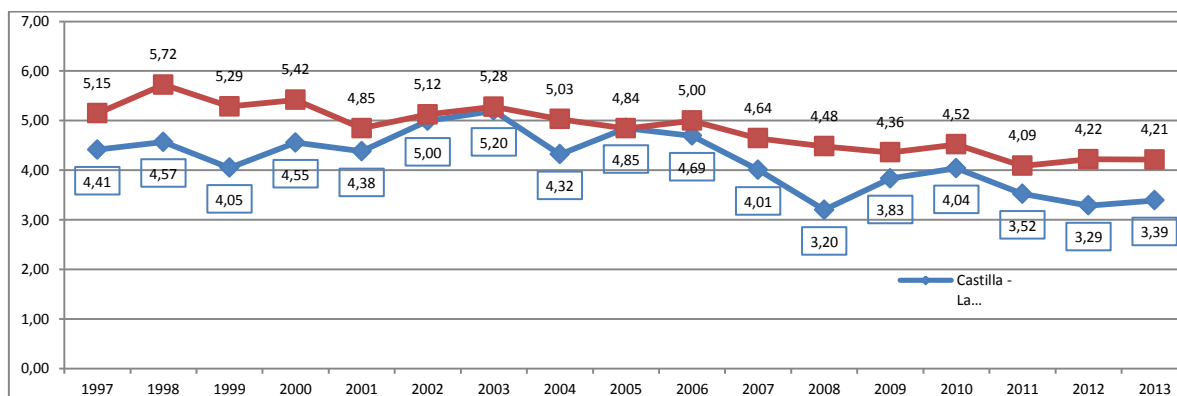


**Ilustración 433: Tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes ha descendido entre 2010 y 2013 un 16,04%, y entre 2001 y 2010 descendió un 7,81%. Dentro de España, CLM se sitúa en

valores 0,48 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha es el sexto más bajo por CCAA. Destaca el valor anormalmente alto de Asturias, cuyas causas habría que analizar en detalle.

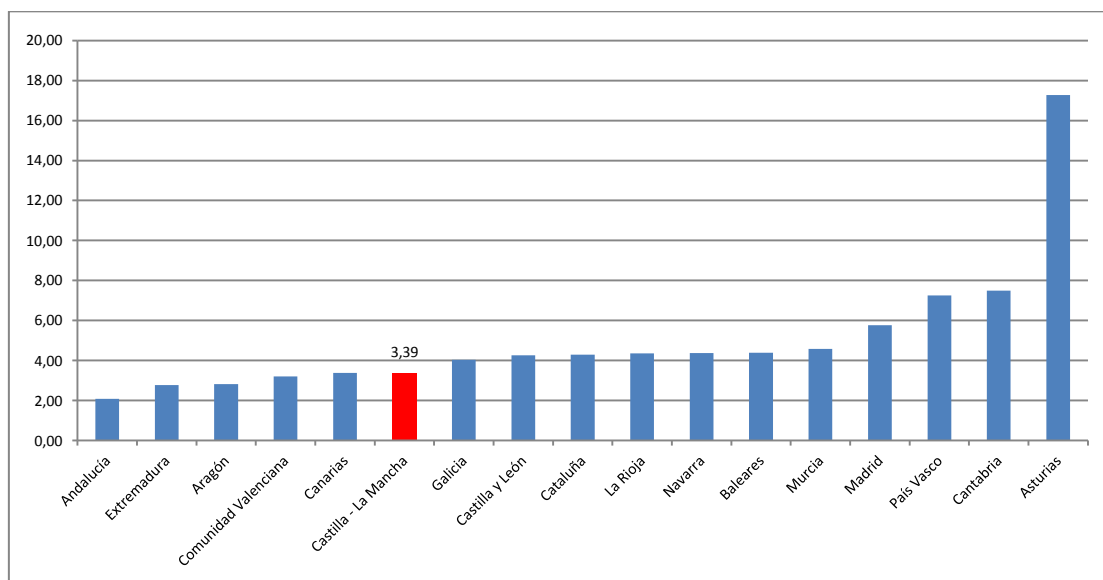


**Ilustración 434: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Andalucía y Extremadura, y los peores a Cantabria y Asturias, con ese valor anormalmente alto de Asturias.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Asturias es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 3,53 desviaciones estándar por debajo de la media, con un comportamiento estable en el tiempo muy por encima del resto de regiones. Andalucía da los mejores resultados, con valores de 0,85 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en las 0,48 desviaciones estándar por debajo de la media con valores en una senda de mejora en el periodo 2010-2013.

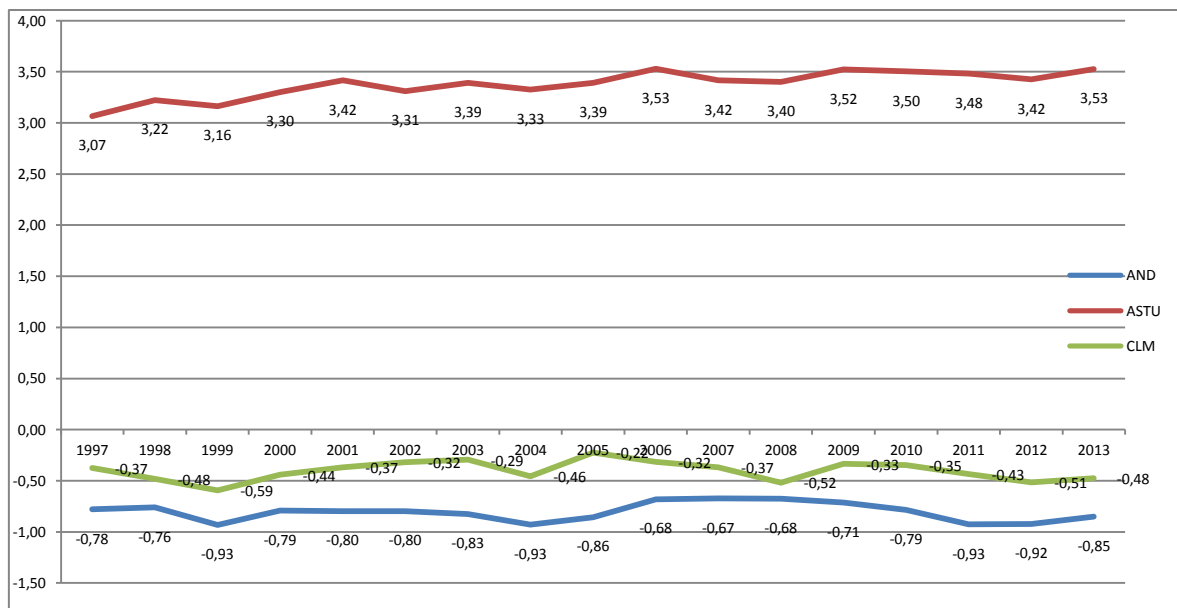


**Ilustración 435:** Tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes. Comparación de Andalucía, Asturias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Andalucía, Asturias y Castilla-La Mancha de la tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño:

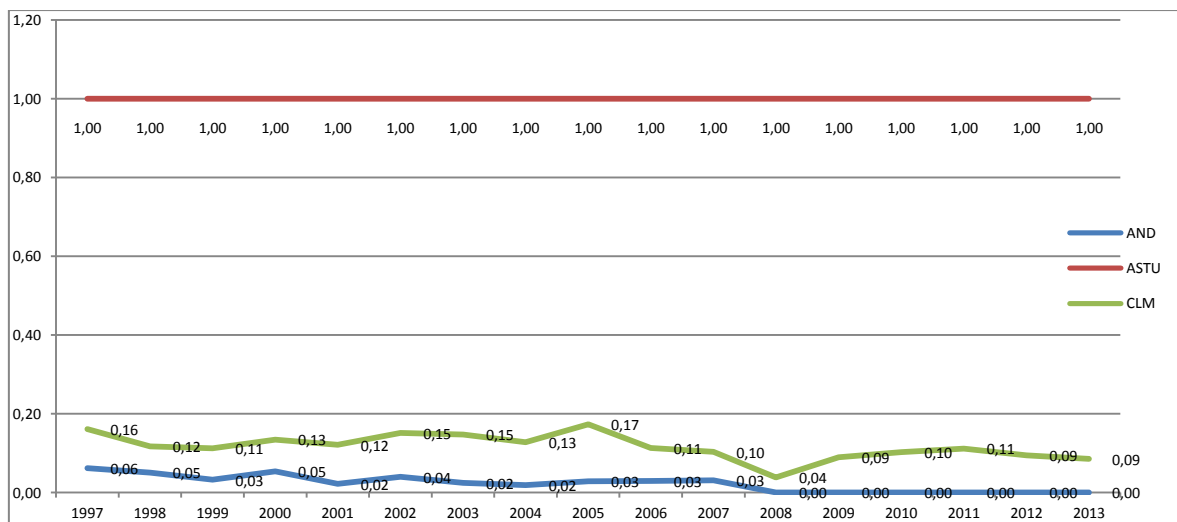


**Ilustración 436:** Tasa ajustada de hospitalización por Asma por 10 000 habitantes. Comparación de Andalucía, Asturias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

Podemos apreciar que analizando la distancia al mejor valor, Asturias es permanentemente la comunidad con peores resultados, y Andalucía mantiene de forma estable desde 2008 su posición como comunidad con mejores datos. Castilla-La Mancha se mantiene de forma estable cerca de los mejores resultados, con una leve mejoría en la distancia al mejor durante el periodo 2010-2013.

### II.3.1.2 Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes

Si comparamos a nivel europeo, la hospitalización por EPOC mantiene una tendencia de suave descenso en el tiempo. Respecto a los países analizados en el gráfico siguiente, Irlanda mantiene los valores más elevados e Italia los menores. España se sitúa en una posición intermedia en una senda de mejora paulatina, en valores similares al Reino Unido o a Alemania. Podemos encontrar influencia de factores asociados con el envejecimiento de la población al analizar el valor del indicador

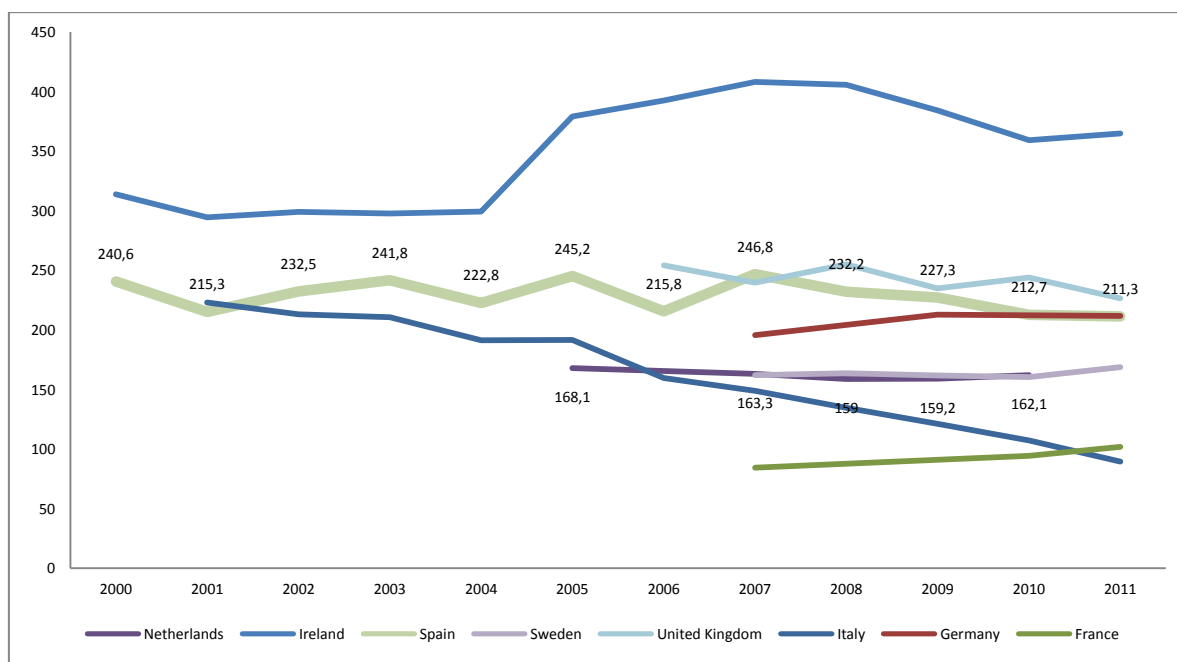


**Ilustración 437: Ingresos por EPOC en mayores de 15 años. Fuente: OCDE statistics. Consultado en septiembre 2015**

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, los valores de CLM se mantienen cercanos y por debajo del valor para España, con una mejora mayor que el conjunto nacional en el periodo 2010-2013

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes es del 10,46 en 2013, con una tendencia suave a la baja. CLM se mantiene en paralelo, con una tasa de 8,50 y un leve aumento en 2013.

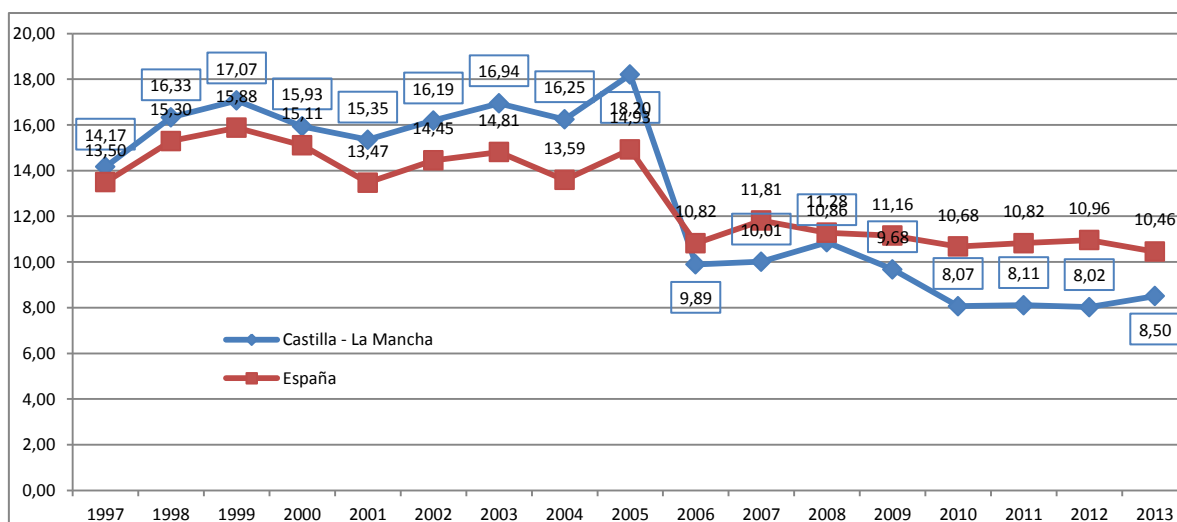


**Ilustración 438: Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015**

La tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes ha ascendido entre 2010 y 2013 un 5,42%, y entre 2001 y 2010 descendió un 47,45%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,97 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha es el cuarto más bajo por CCAA.

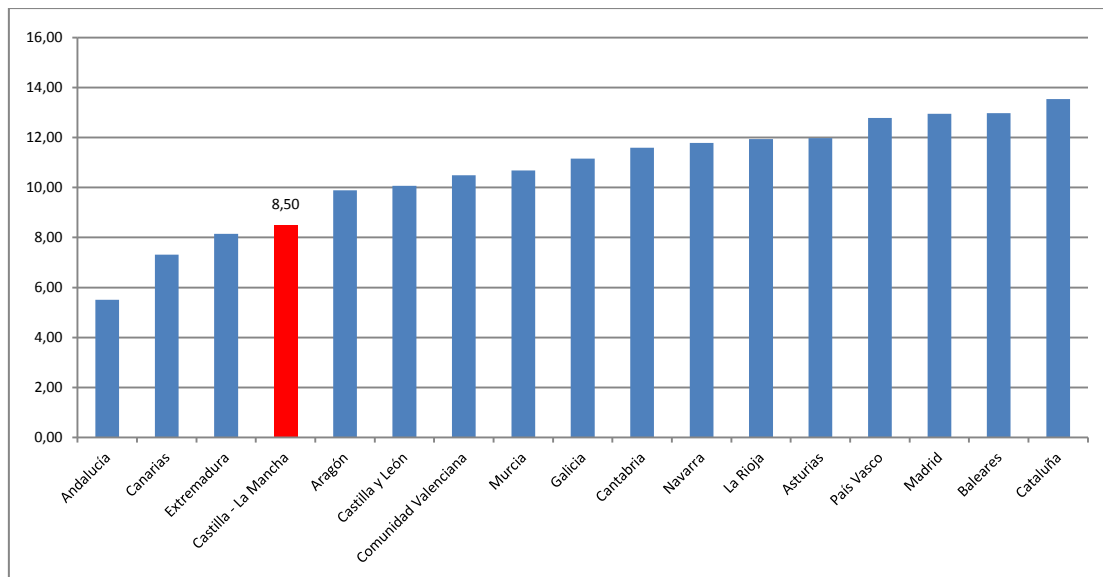


**Ilustración 439: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Andalucía y Canarias, y los peores a Baleares y Cataluña.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es,

estandarizada. Cataluña es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 3,53 desviaciones estándar por debajo de la media, con un comportamiento estable en el tiempo muy por encima del resto de regiones. Andalucía da los mejores resultados, con valores de 0,85 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en las 0,97 desviaciones estándar por debajo de la media con valores en una senda de mejora en el periodo 2010-2013.

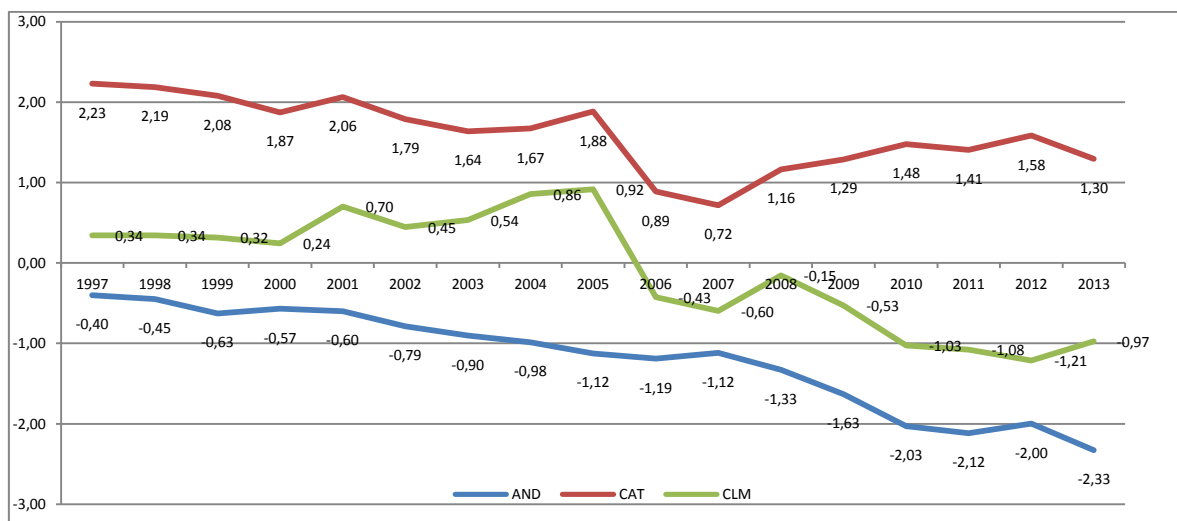


**Ilustración 440:** Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes. Comparación de Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha de la tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño:

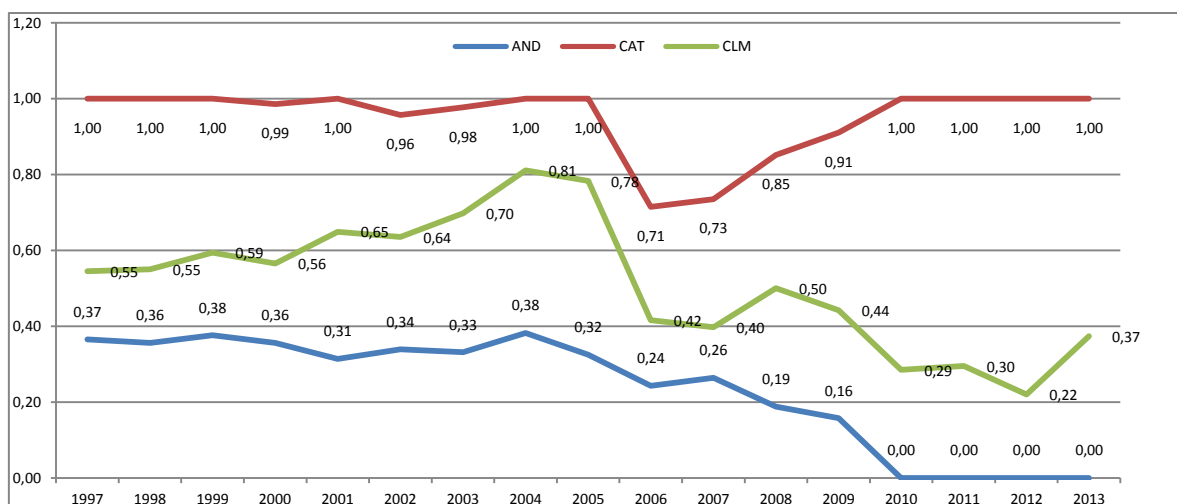


**Ilustración 441: Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10 000 habitantes. Comparación de Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015**

Podemos apreciar que analizando la distancia al mejor valor, Cataluña es desde 2010 la comunidad con peores resultados, y Andalucía mantiene de forma estable desde 2010 su posición como comunidad con mejores datos. Castilla-La Mancha se mantiene de forma estable cerca de los mejores resultados, con una leve mejoría en la distancia al mejor durante el periodo 2010-2013, a pesar del repunte en los ingresos en 2013.

### II.3.1.3 Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes

Si comparamos a nivel europeo, la hospitalización por diabetes mantiene una tendencia de suave descenso en el tiempo para algunos países y de ascenso igualmente suave para otros. Respecto a los países analizados en el gráfico siguiente, Suecia y Alemania mantienen los valores más elevados e Italia los menores. España se sitúa en una posición intermedia pero con tendencia a un aumento progresivo, en valores similares al Reino Unido, a Irlanda o a Italia. Podemos encontrar influencia de factores asociados con el envejecimiento de la población al analizar el valor del indicador



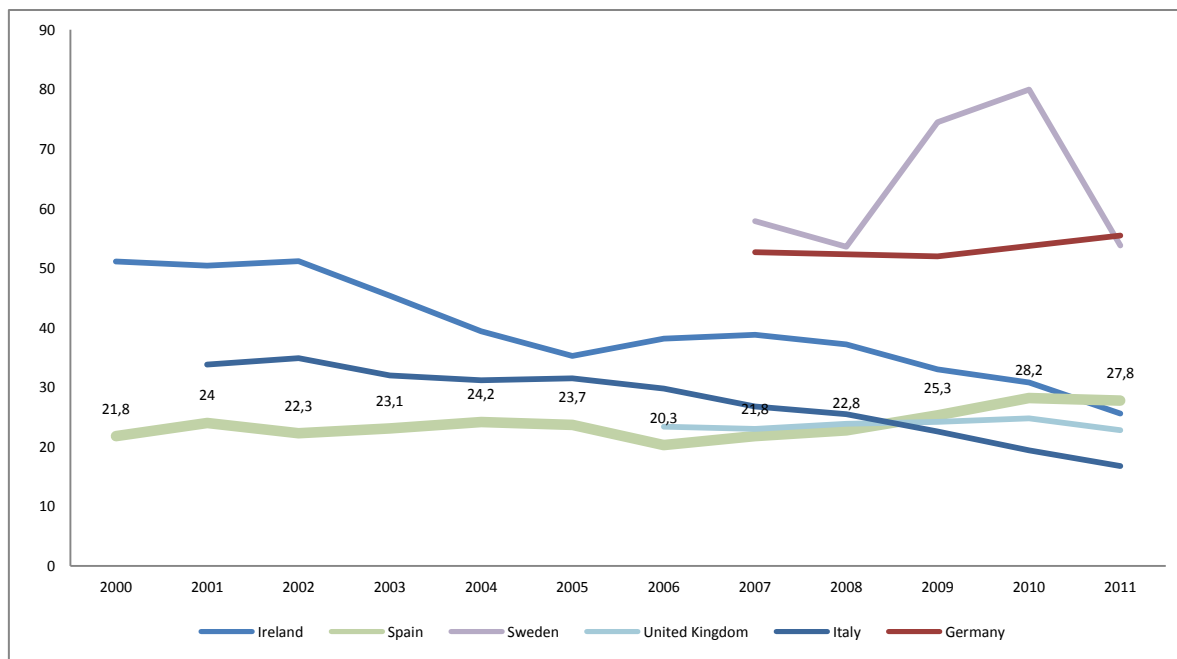


**Ilustración 442: Ingresos por EOC en mayores de 15 años. Fuente: OCDE statistics. Consultado en septiembre 2015**

Al analizar el indicador en tasas ajustadas por edad, su tendencia es decreciente, tanto en toda España como en Castilla-La Mancha

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, los valores de CLM se mantienen cercanos y por debajo del valor para España.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la tasa ajustada de hospitalización por diabetes por 10 000 habitantes es del 4,58 en 2013, con una tendencia suave a la baja. CLM se mantiene en paralelo y por debajo del conjunto de España, con una tasa de 3,70 y una clara mejora en el periodo 2010-2013.

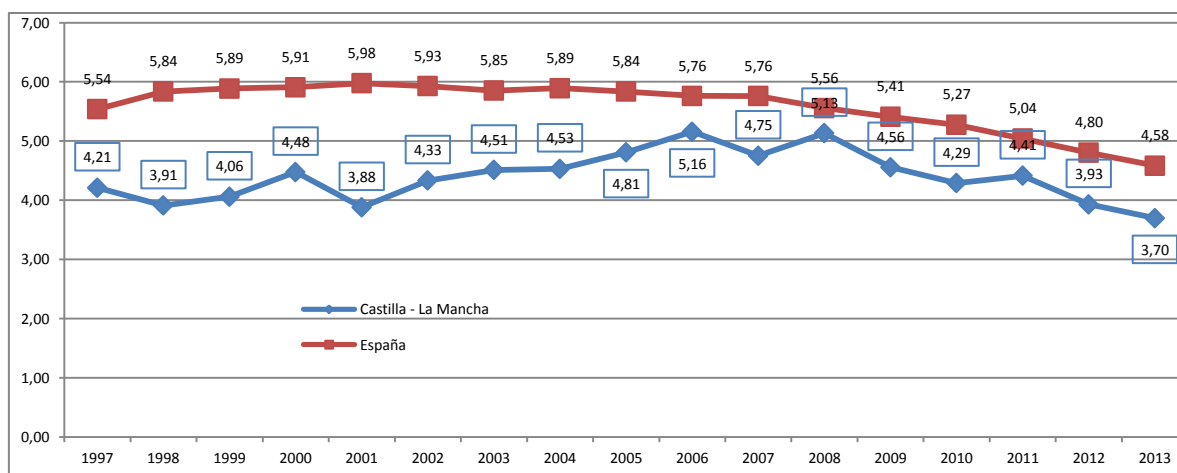


**Ilustración 443: Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015**

La tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes ha ascendido entre 2010 y 2013 un 13,79%, y entre 2001 y 2010 descendió un 63,15%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 1,45 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha es el tercero más bajo por CCAA, con valores muy similares al mejor.

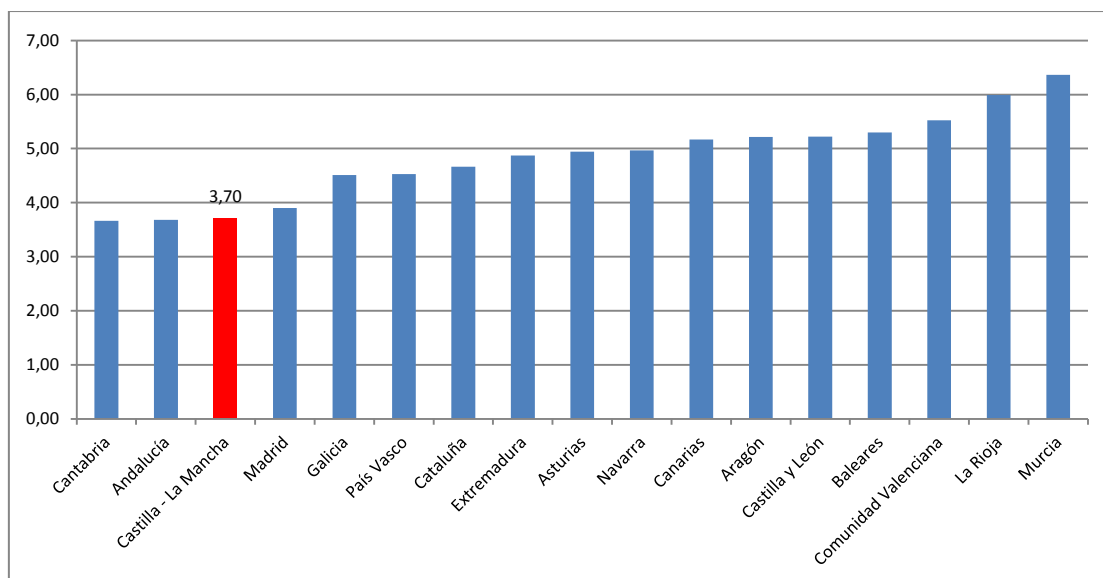


**Ilustración 444: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Cantabria, Andalucía y Castilla-La Mancha, y los peores a La Rioja, Murcia y Valencia.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes en tres regiones españolas una vez aplicada la

normalización 1, esto es, estandarizada. Murcia es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,95 desviaciones estándar por encima de la media, con un comportamiento estable en el tiempo muy por encima del resto de regiones, aunque con una mejora en el periodo 2010-2013. Cantabria da los mejores resultados, con valores de 1,49 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en las 1,45 desviaciones estándar por debajo de la media con valores en una senda de mejora en el periodo 2010-2013.

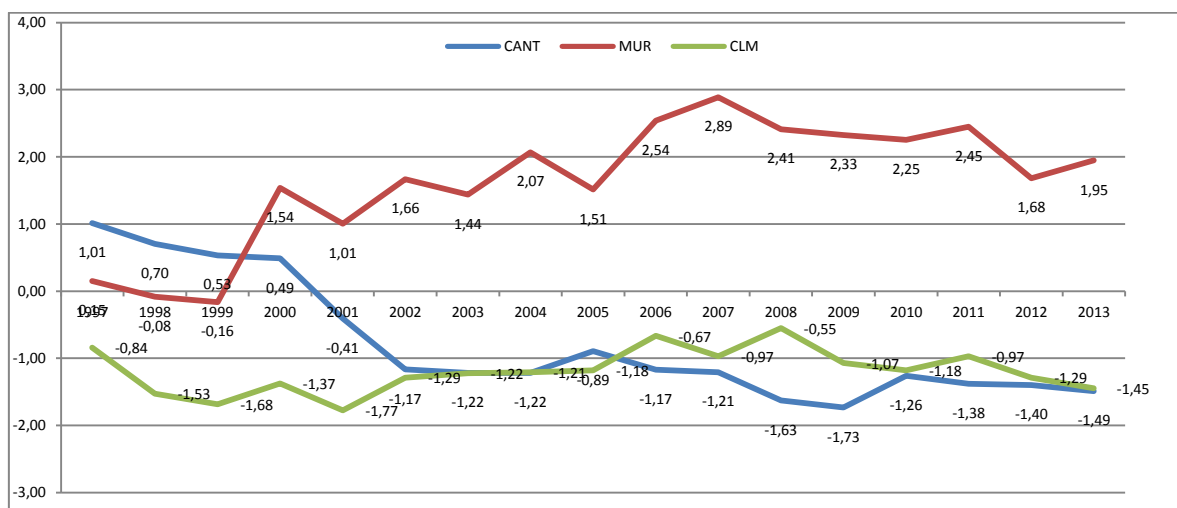


**Ilustración 445:** Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes. Comparación de Cantabria, Murcia y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Cantabria, Murcia y Castilla-La Mancha de la tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de las comunidades a la que tiene mejor desempeño:

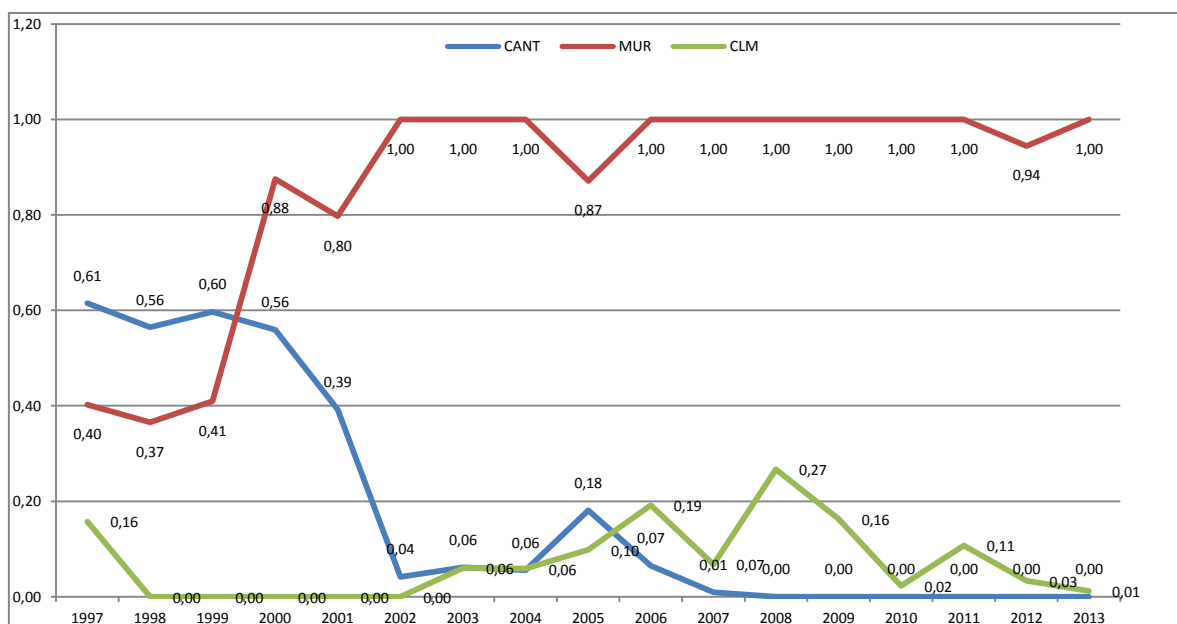


**Ilustración 446: Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 10 000 habitantes. Comparación de Cantabria, Murcia y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015**

Podemos apreciar que analizando la distancia al mejor valor, La Rioja es desde 2008 la comunidad con mejores resultados, y Murcia mantiene de forma estable desde 2006 su posición como comunidad con peores datos. Castilla-La Mancha se mantiene de forma estable cerca de los mejores resultados, con una leve mejoría en la distancia al mejor durante el periodo 2010-2013, a pesar del repunte en los ingresos en 2011.

### II.3.1.4 Tasa ajustada de hospitalización por enfermedades cerebrovasculares, por 10 000 habitantes

Aunque los indicadores de hospitalización evitable en primaria recogidos en el marco de calidad de la OCDE son los anteriores, el grupo de expertos ha seleccionado igualmente otros indicadores relevantes de hospitalización inadecuada recogidos por los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Este es uno de ellos.

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, los valores de CLM se mantienen cercanos y por debajo del valor para España.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10 000 habitantes es del 13,78 en 2013, con una tendencia muy suave a la baja. CLM se mantiene en valores coincidentes, con una tasa de 13,55 y una mejora en el periodo 2010-2013.

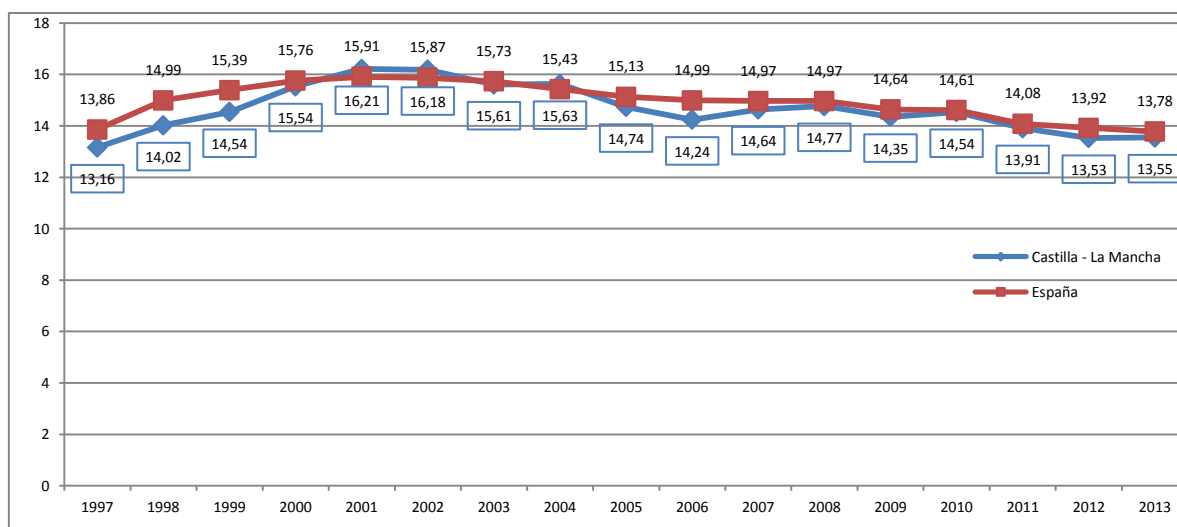


**Ilustración 447: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015**

La tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10 000 habitantes ha descendido entre 2010 y 2013 un 6,81%, y entre 2001 y 2010 descendió un 10,3%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,29 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa en la zona intermedia por CCAA.

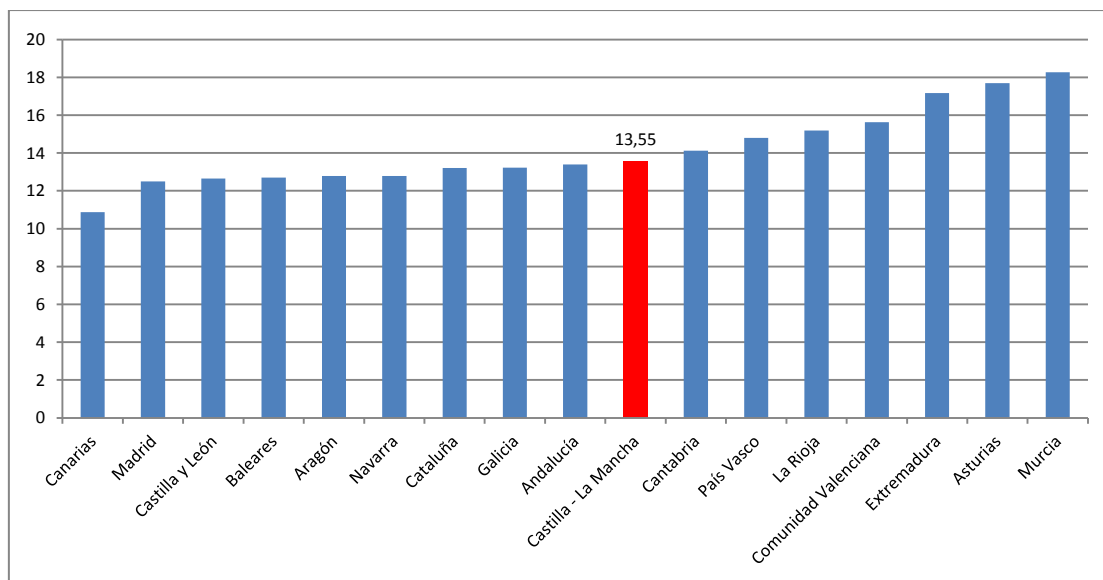


**Ilustración 448: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10.000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Canarias y Madrid y los peores a Asturias y Murcia.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10 000 habitantes en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Murcia es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,95 desviaciones estándar por encima de la media, con un comportamiento estable en el tiempo muy por encima del resto de regiones, aunque con una mejora en el periodo 2010-2013. Canarias aporta los mejores resultados, con valores de 1,49 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en las 1,45 desviaciones estándar por debajo de la media con valores en una senda de mejora en el periodo 2010-2013.

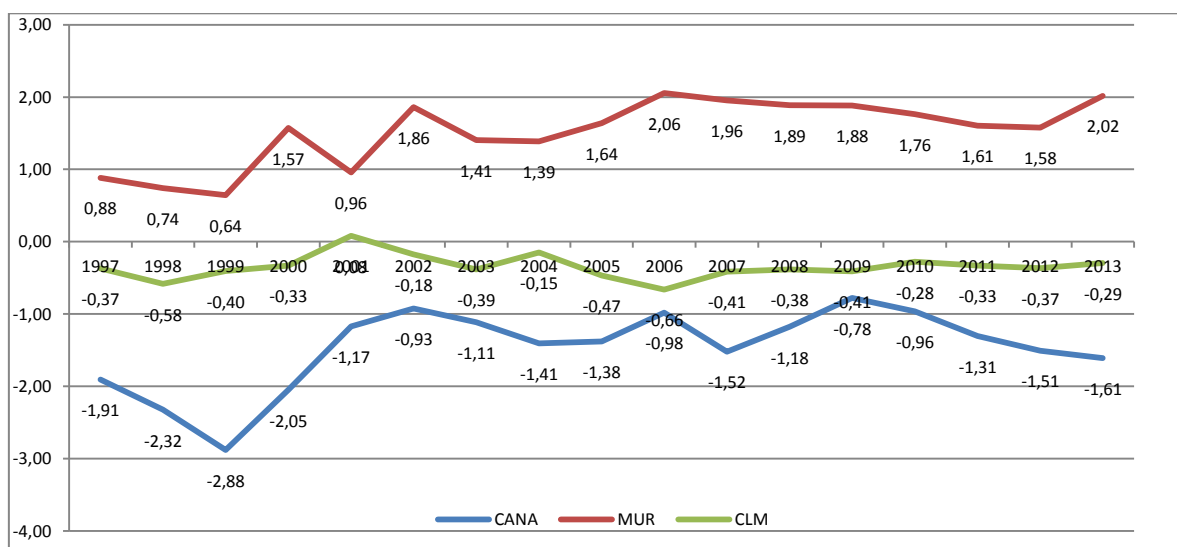


**Ilustración 449: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10 000 habitantes. Comparación de Canarias, Murcia y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1.**  
Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Canarias, Murcia y Castilla-La Mancha de la tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10 000 habitantes de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de la comunidad a la que tiene mejor desempeño:

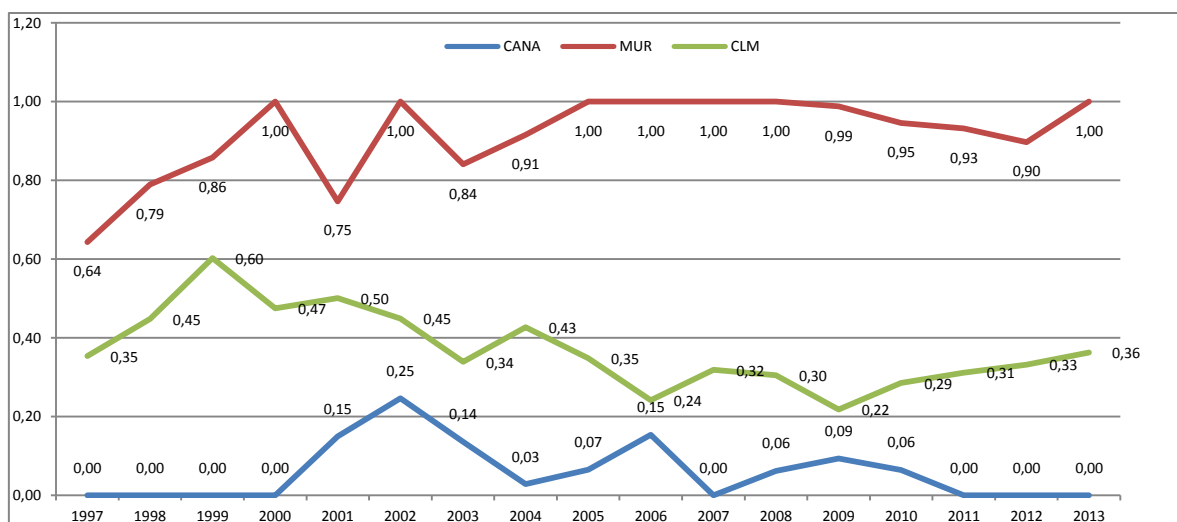


**Ilustración 450: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad cerebrovascular por 10 000 habitantes. Comparación de Canarias, Murcia y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad. Extraído en mayo 2015**

Podemos apreciar que analizando la distancia al mejor valor, Canarias es desde 2011 la comunidad con mejores resultados, y Murcia ha vuelto en 2013 a su posición como comunidad con peores datos, después de una etapa donde se alejaba de estos resultados. Castilla-La Mancha se mantiene en una posición intermedia, con un empeoramiento en la distancia al mejor durante el periodo 2010-2013.

### II.3.1.5 Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, los valores de CLM se mantienen cercanos y por debajo del valor para España, con una mejora más acusada el CLM en el periodo 2010-2013.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes es del 11,38 en 2013, con una tendencia muy suave a la baja. CLM se mantiene en valores mejores al conjunto de España, con una tasa de 10,41 y una mejora en el periodo 2010-2013.

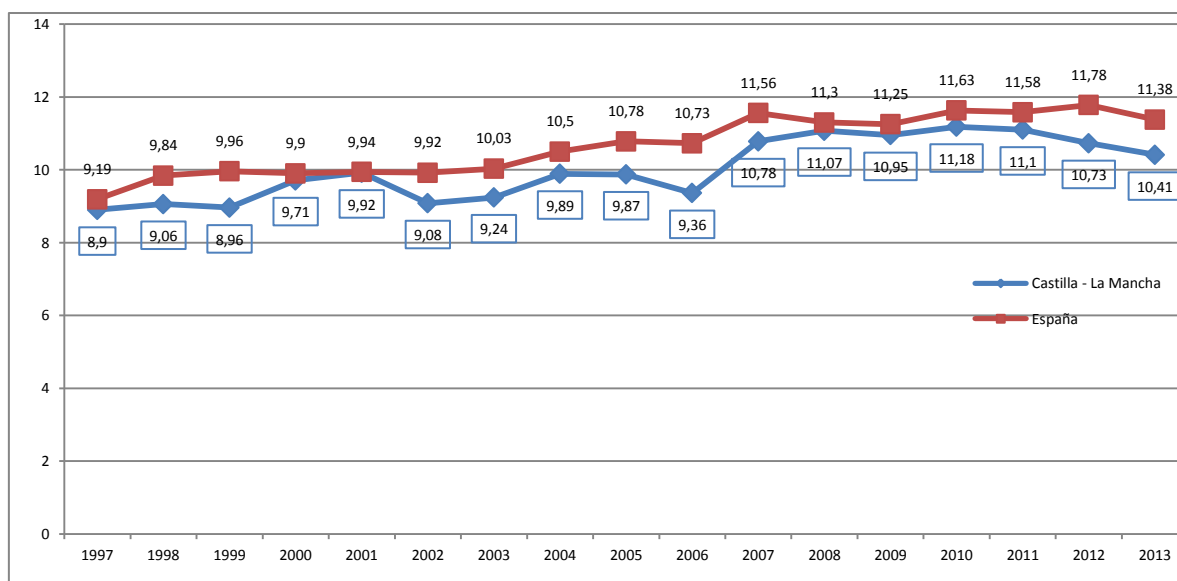


**Ilustración 451: Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes.**  
**Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes ha descendido entre 2010 y 2013 un 6,89%, y entre 2001 y 2010 aumentó un 12,70%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 0,27 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa en la zona intermedia por CCAA, alcanzando el séptimo mejor valor del conjunto de CCAA.

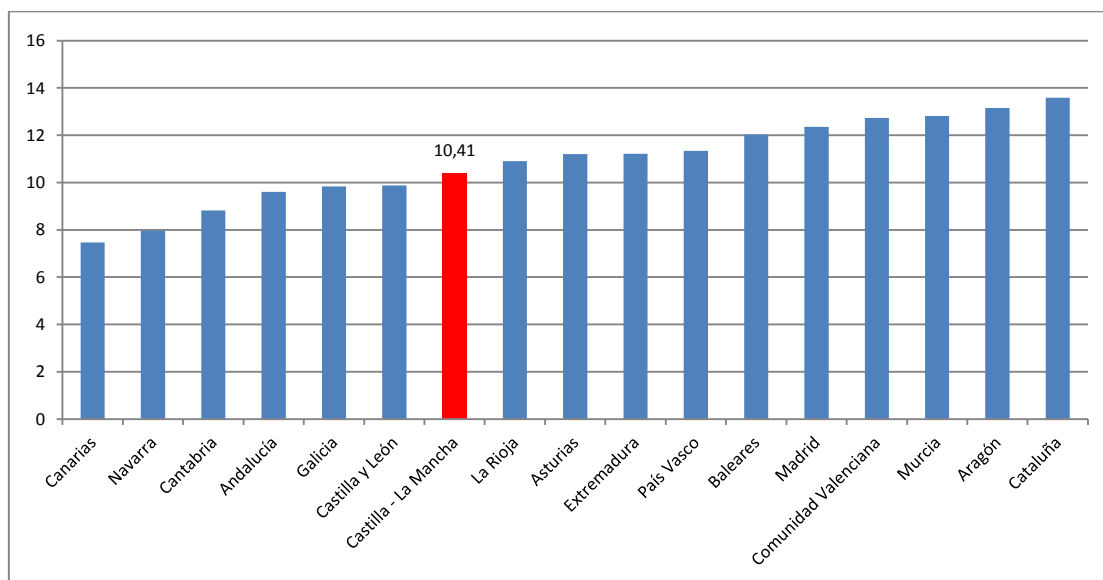


**Ilustración 452: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10.000 habitantes en 2013.** Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

Los mejores valores corresponden a Canarias y Navarra, y los peores a Aragón y Cataluña.



En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Cataluña es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,49 desviaciones estándar por encima de la media, con un comportamiento estable en el tiempo muy por encima del resto de regiones, aunque con una mejora en el periodo 2010-2013, concentrada en 2013. Canarias ofrece los mejores resultados, con valores de 1,91 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en las 0,27 desviaciones estándar por debajo de la media con una significativa mejora en el periodo 2010-2013.

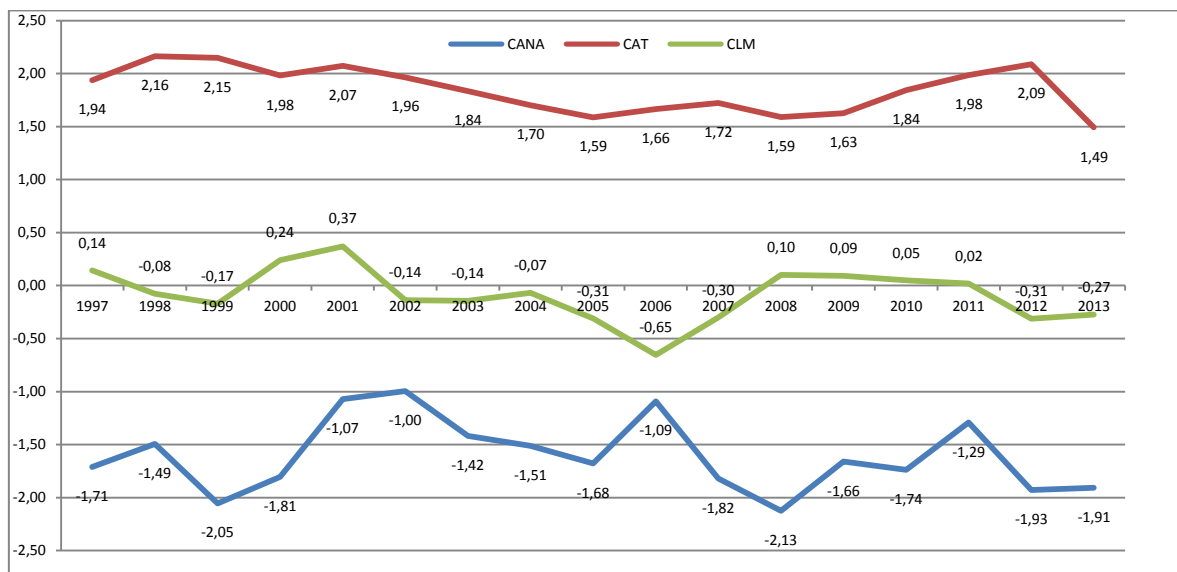


**Ilustración 453: Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes. Comparación de Canarias, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1.**  
Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Canarias, Cataluña y Castilla-La Mancha de la tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de la comunidad a la que tiene mejor desempeño:

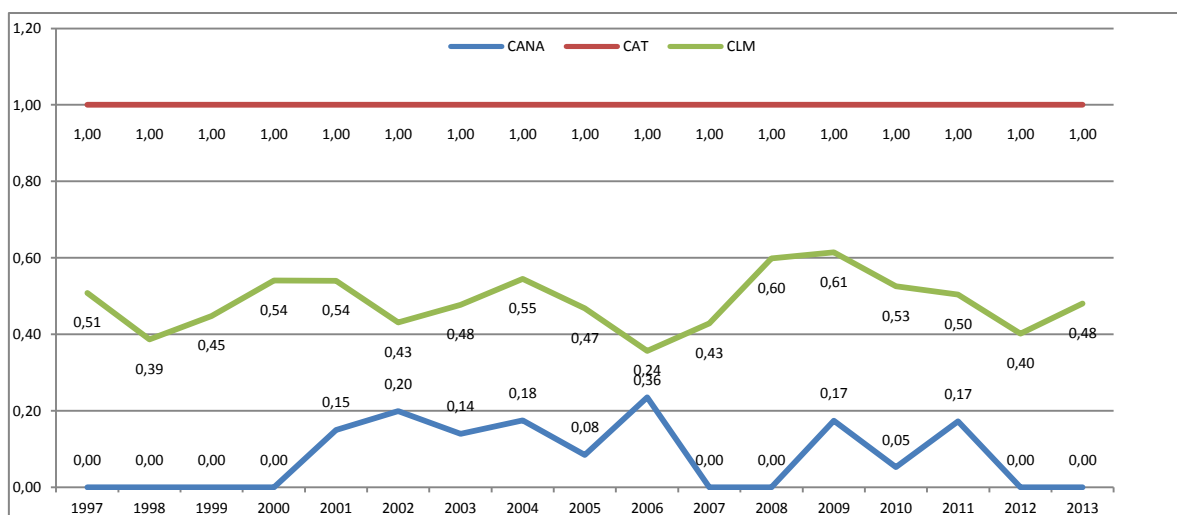


**Ilustración 454: Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva por 10 000 habitantes. Comparación de Canarias, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Podemos apreciar que analizando la distancia al mejor valor, Cataluña es en toda la serie la comunidad con peores resultados, y Canarias ha vuelto en 2012 a su posición como comunidad con peores datos, después de una etapa donde se alejaba de estos resultados, siempre con buenos valores relativos del indicador. Castilla-La Mancha se mantiene en una posición intermedia, con una mejora en la distancia al mejor durante el periodo 2010-2013.

### II.3.1.6 Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, los valores de CLM se mantienen claramente por debajo del valor para el total de España, a lo largo de toda la serie analizada. En 2010-2013 se produce un ligero acercamiento.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes es del 3,56 en 2013, con una tendencia muy suave a la baja. CLM se mantiene en valores mejores al conjunto de España, con una tasa de 2,85 y un aumento en el periodo 2010-2013.

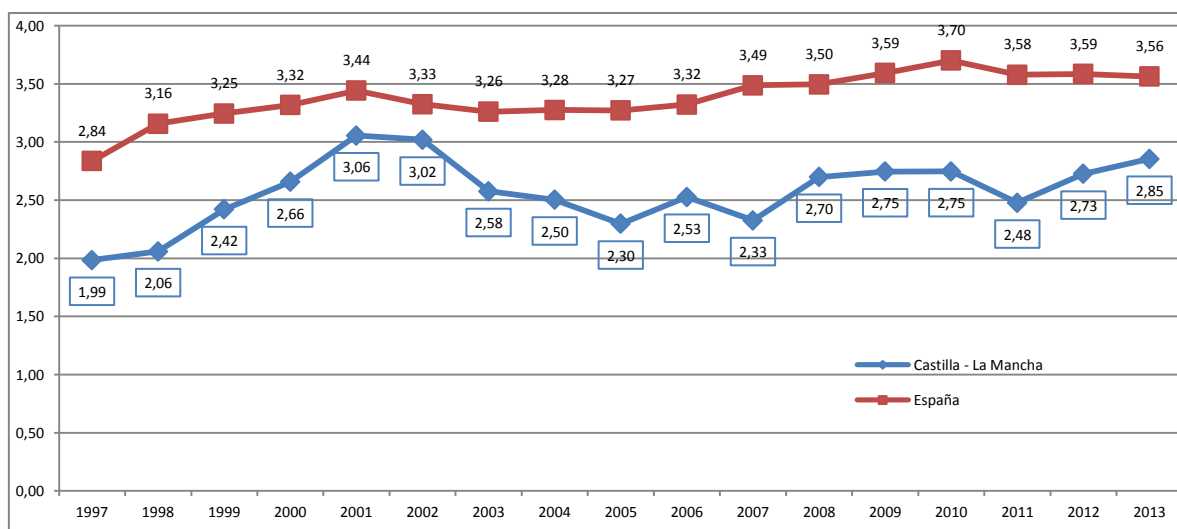


**Ilustración 455: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes. Fuente: INCLASNS y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído en mayo 2015**

La tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes ha aumentado entre 2010 y 2013 un 3,90%, y entre 2001 y 2010 disminuyó un 10,10%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores 1,00 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa en la zona de mejor desempeño por CCAA, alcanzando el tercer mejor valor del conjunto de CCAA.

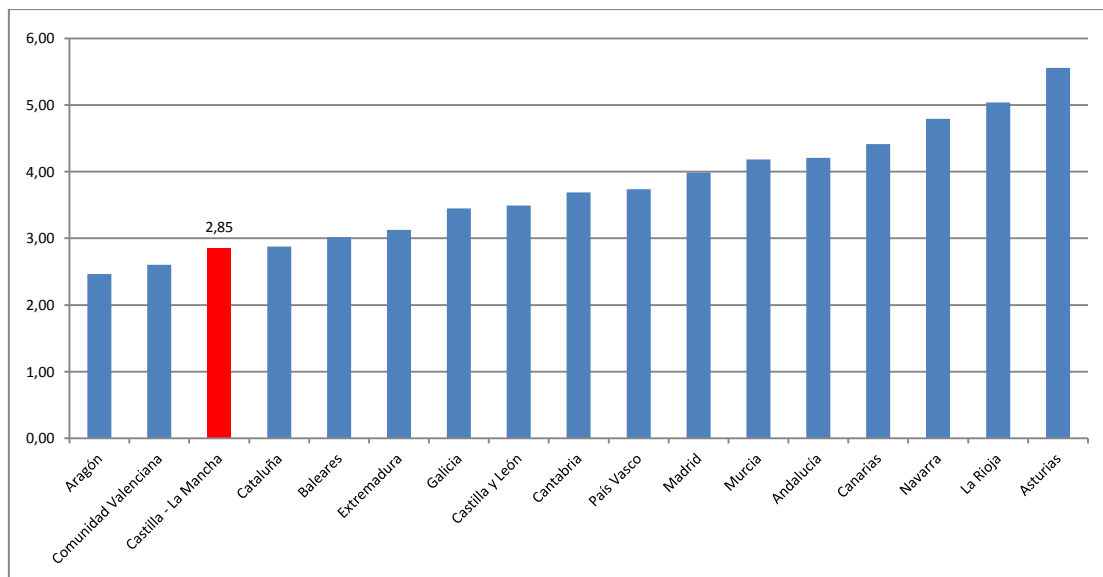


**Ilustración 456: Comparación por CCAA de la tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10.000 habitantes en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Aragón, Valencia y Castilla-La Mancha. Los peores a Navarra, Rioja y Asturias.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Asturias es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 2,06 desviaciones estándar por encima de la media, con un comportamiento estable en el tiempo muy por encima del resto de regiones, con un empeoramiento en el periodo 2010-2013. Aragón ofrece los mejores resultados, con valores de 1,44 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en las 1,00 desviaciones estándar por debajo de la media con un empeoramiento en el periodo 2010-2013.

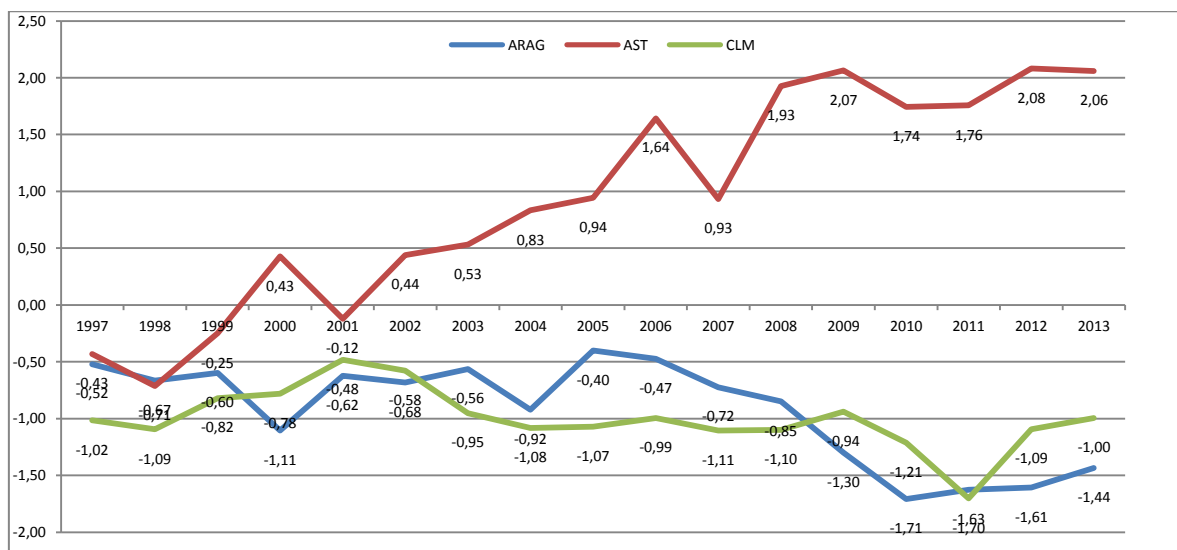


**Ilustración 457: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes. Comparación de Aragón, Asturias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1.**  
Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Aragón, Asturias y Castilla-La Mancha de la tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de la comunidad a la que tiene mejor desempeño:

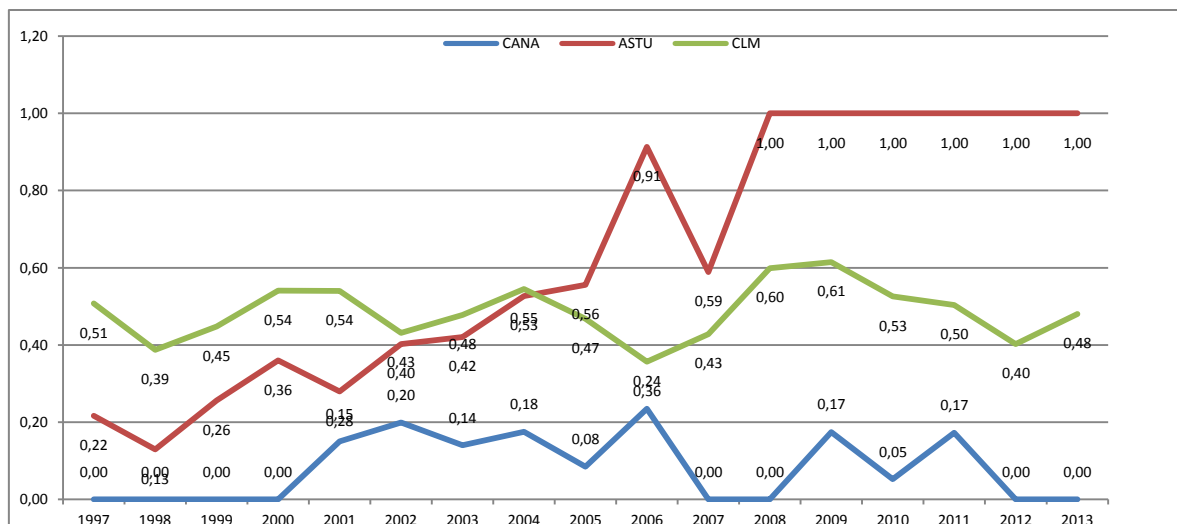


**Ilustración 458: Tasa ajustada de hospitalización por enfermedad hipertensiva por 10 000 habitantes. Comparación de Aragón, Asturias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Podemos apreciar que analizando la distancia al mejor valor, Asturias desde 2008 es la comunidad con peores resultados, y Aragón ha vuelto en 2012 a su posición como comunidad con peores datos, después de una etapa donde se alejaba de estos resultados, siempre con buenos valores relativos del indicador. Castilla-La Mancha se mantiene en una posición intermedia, con una mejora en la distancia al mejor durante el periodo 2010-2013.

### II.3.1.7 Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos

Es un indicador seleccionado por OCDE Statistics como indicador de calidad en Atención Primaria. En el gráfico siguiente vemos la evolución que presenta para un conjunto de países representativos en la OCDE.

Cabe destacar, por una parte, las pésimas cifras de Estados Unidos y Alemania, que no obstante han conseguido mejorar de forma importante entre 2007 y 2011. España se sitúa en una posición intermedia. Los mejores valores del indicador son para Irlanda, Italia y Suecia.

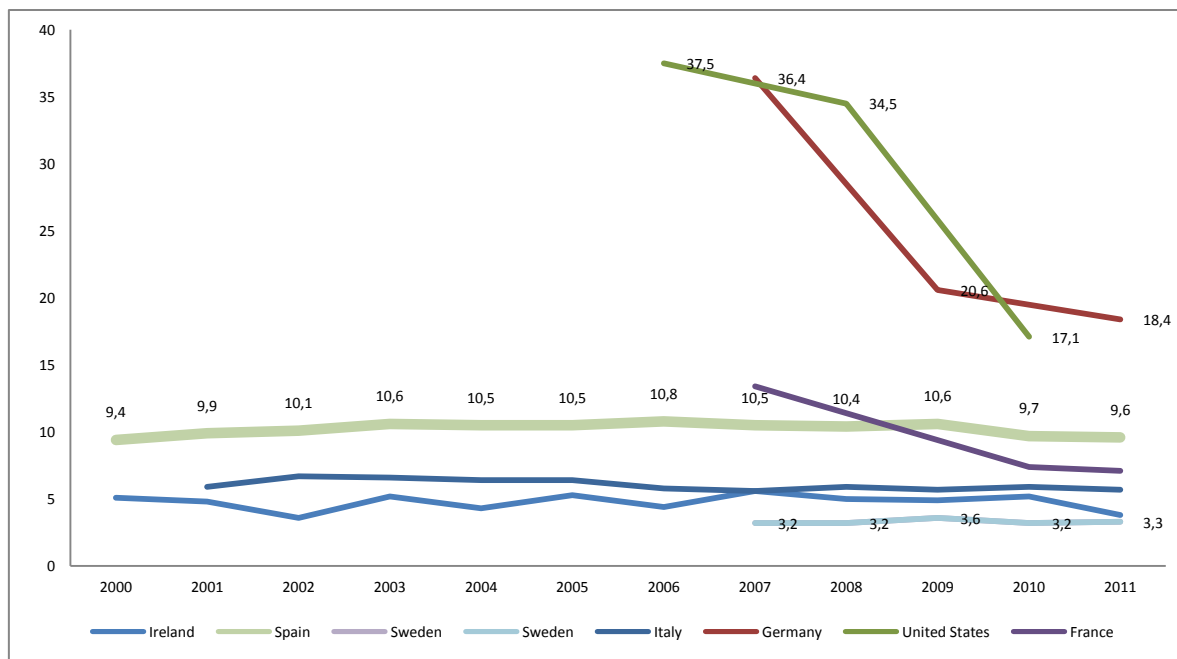


**Ilustración 459: Tasa de amputaciones de miembro inferior en pacientes diabéticos en algunos países de la OCDE.**  
Fuente: OCDE Statistics. Extraído en septiembre 2015.

Se trata de un indicador con valores muy bajos en toda España, y en el que por tanto cualquier caso sobrevenido puede generar una variación importante. No obstante, nos aporta información muy valiosa sobre la calidad del seguimiento realizado sobre pacientes diabéticos en un servicio de salud.

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, los valores de CLM se mantienen por debajo del valor para España, a lo largo de toda la serie analizada. En 2010-2013 se produce un ligero acercamiento.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos por 10 000 habitantes es del 0,10 en 2013, con valores muy estabilizados. CLM se mantiene en valores mejores al conjunto de España, con una tasa de 0,09 y un acercamiento en el periodo 2010-2013.

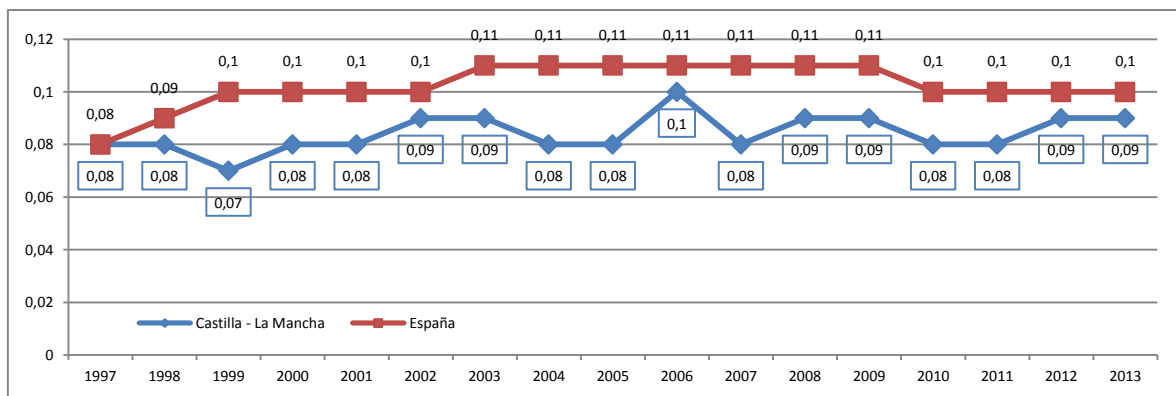


**Ilustración 460: Evolución de la tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos ha aumentado entre 2010 y 2013 un 12,5%, al pasar de 0,08 a 0,09, y entre 2001 y 2010 mantuvo el mismo valor, con altibajos intermedios. Dentro de España, CLM se sitúa en valores de 0,37 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa en la zona de buen desempeño por CCAA, alcanzando el sexto mejor valor del conjunto de CCAA.

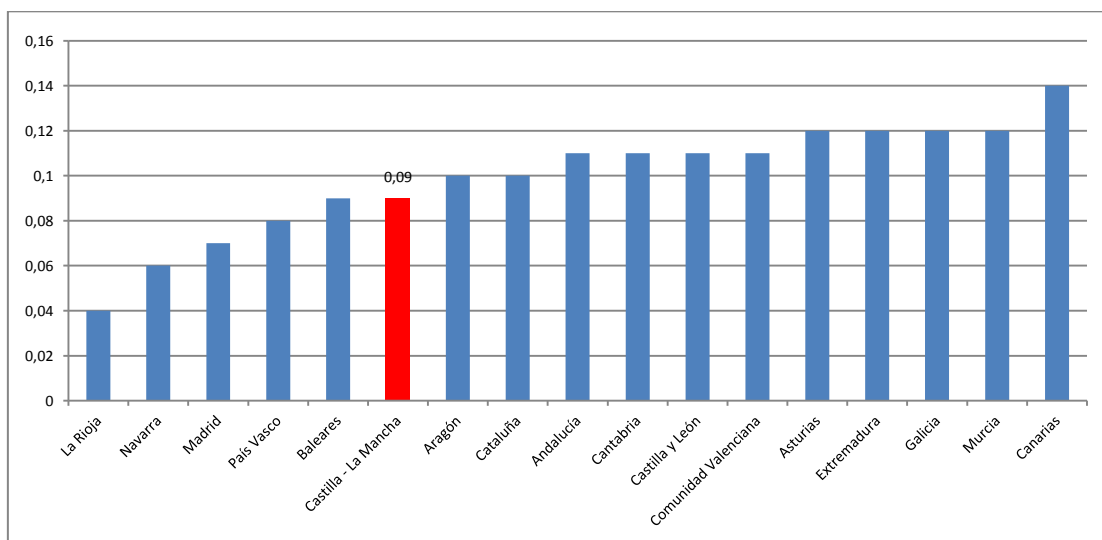


**Ilustración 461: Comparación por CCAA de la tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a La Rioja, Navarra y Madrid, y los peores a Galicia, Murcia y Canarias.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Canarias es la que presenta el peor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,60 desviaciones estándar por encima de la media, con un empeoramiento

comportamiento estable progresivo del indicador desde 1999. La Rioja ofrece los mejores resultados, con valores de 2,34 desviaciones estándar por debajo de la media. CLM se mueve en las 0,37 desviaciones estándar por debajo de la media con un empeoramiento en el periodo 2010-2013.

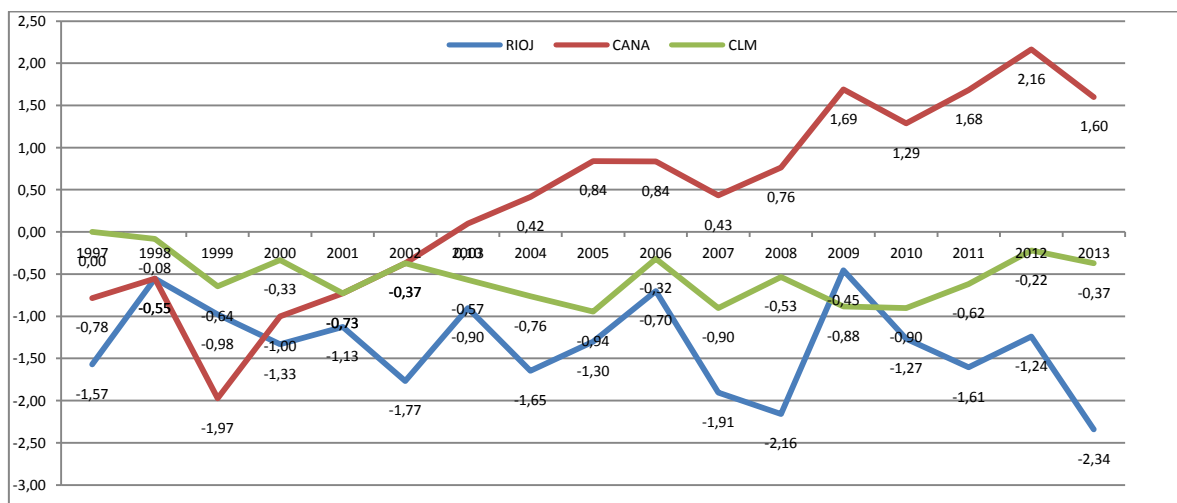


**Ilustración 462:** Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos. Comparación de Rioja, Canarias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Rioja, Canarias y Castilla-La Mancha de la tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de la comunidad a la que tiene mejor desempeño:

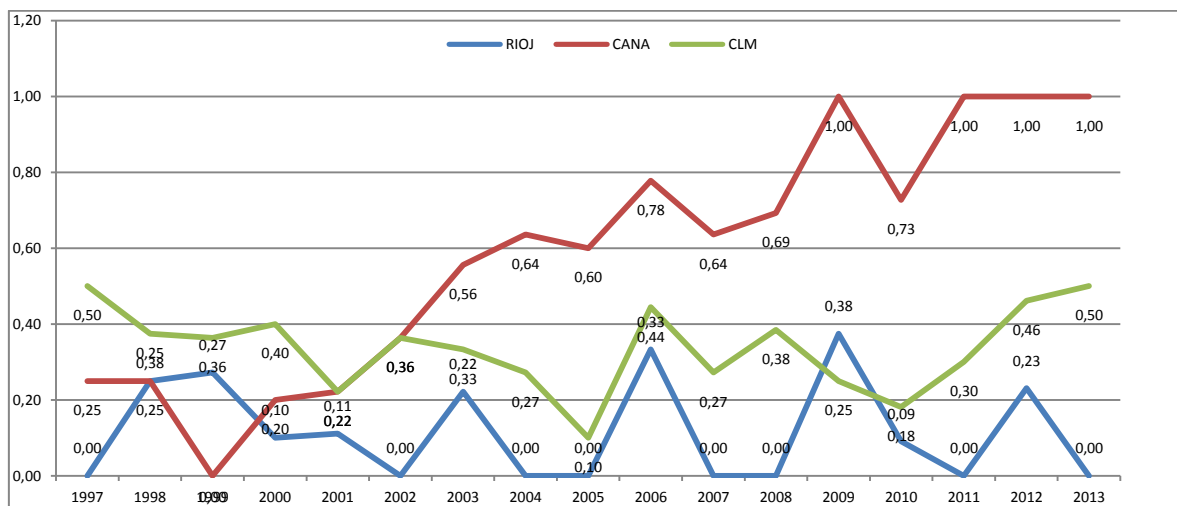


**Ilustración 463:** Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos. Comparación de Rioja, Canarias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

Vemos la evolución de Canarias, de tener el mejor resultado en 1,999 a tener el peor en 2009, y luego desde 2011 a 2013. En Castilla-La Mancha es muy volátil, aunque siempre se mueve en



una franja intermedia respecto al mejor. La Rioja también ofrece buenos resultados en toda la serie, pero también con la volatilidad que caracteriza a este indicador.

## II.3.2 Indicadores de adecuación de la prescripción

### II.3.2.1 Prescripción de antibióticos en DHD

Si analizamos los datos de prescripción de antibióticos en DHD, podemos apreciar cómo se mantiene una tendencia estable en su consumo en los últimos años. Destaca la existencia de tres grupos diferenciados de países. Por una parte, con un consumo alto, están Grecia, Francia e Italia. Con un consumo intermedio, el Reino Unido y España. Con un consumo más bajo tenemos a Alemania, Suecia y especialmente Holanda. Este indicador es importante de cara a analizar la concienciación de los profesionales médicos en atención primaria de la importancia de usar con moderación los antibióticos, para evitar resistencias en el futuro. Destaca la evolución de Grecia, con un crecimiento desenfrenado hasta 2008, y con una vuelta a los niveles europeos en 2013.

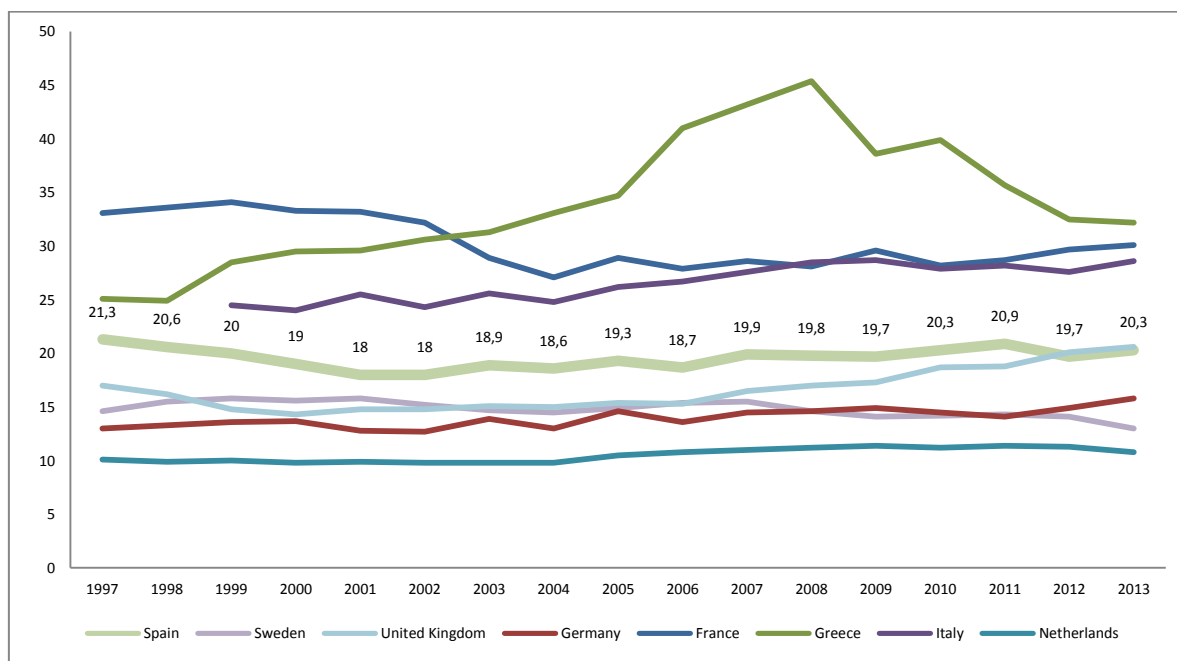


**Ilustración 464: Prescripción de antibióticos en DHD en diversos países europeos.** Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net). Extraído en agosto 2015

Si analizamos los datos para Castilla-La Mancha y el conjunto de España, podemos apreciar cómo CLM se mantiene en valores mejores a los del conjunto de España, situándose en 2013 con un consumo de 17,42 DHD, que lo ubicaría a medio camino entre el consumo de España y el de Alemania.

La reducción del consumo en el periodo 2010-2013 fue del 4,82%, mientras que el valor permaneció estable para España. En el periodo 2001-2010 el consumo de antibióticos se incrementó en un 12,78 en España y en un 27,32 en Castilla-La Mancha.

Por tanto, este indicador supone una mejora de la calidad asistencial durante la crisis, que se había deteriorado en este aspecto en los años de auge económico.

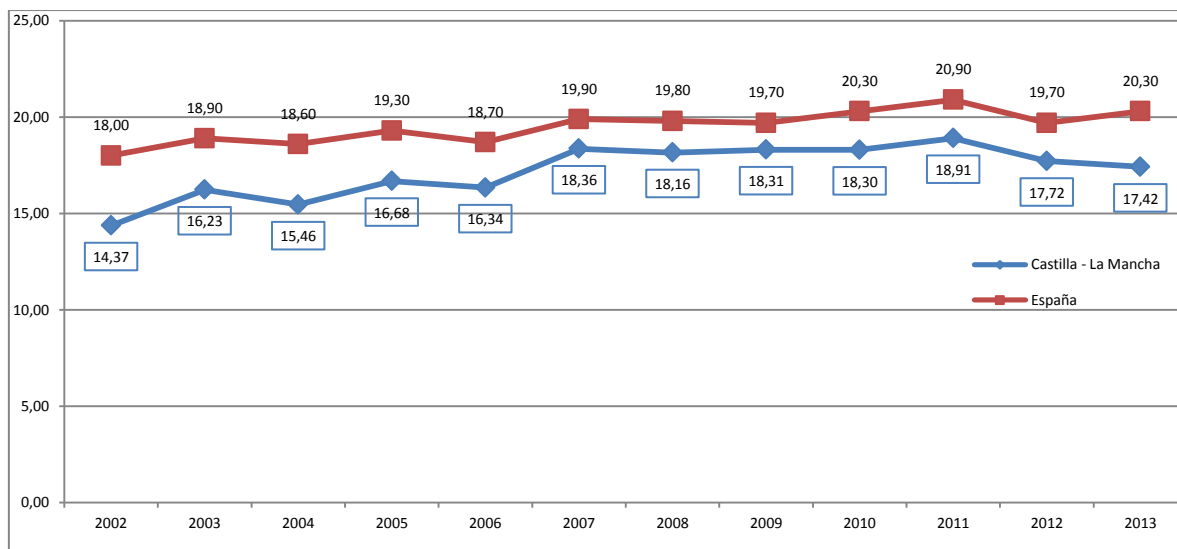


**Ilustración 465: Prescripción de antibióticos en DHD en España y Castilla-La Mancha.** Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net) y Servicio de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Extraído en agosto 2015

No disponemos de datos para este indicador referidos al resto de comunidades autónomas españolas de forma detallada para el periodo 2010-2013, por lo que no será posible realizar para él la normalización 1 ni la 2, y tendremos que excluirlo del indicador sintético. No obstante, hemos de concluir que el indicador sintético mejoraría la puntuación de Castilla-La Mancha si este indicador estuviera incluido dado:

- Presenta una mejora en el periodo 2010-2013
- Esta mejora es mayor en la región que en el conjunto de España, lo que supondría buenos valores en la normalización 1 y 2

### II.3.2.2 Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al total de antibióticos

Si analizamos los datos de proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al total de antibióticos, podemos apreciar cómo se mantiene una suave tendencia a la moderación en su consumo en los últimos años. Destaca la existencia de cuatro grupos diferenciados de países.

Por una parte, con un consumo alto, están Grecia y Alemania. Con un consumo intermedio-alto, Italia y España. Con un consumo intermedio-bajo y una tendencia a la mejora está Francia, y con mejores datos tenemos a Holanda, Suecia, y sobre todo al Reino Unido. Este indicador es importante de cara a analizar la concienciación de los profesionales médicos en atención primaria de la importancia de usar adecuadamente los antibióticos, para evitar resistencias en el futuro.

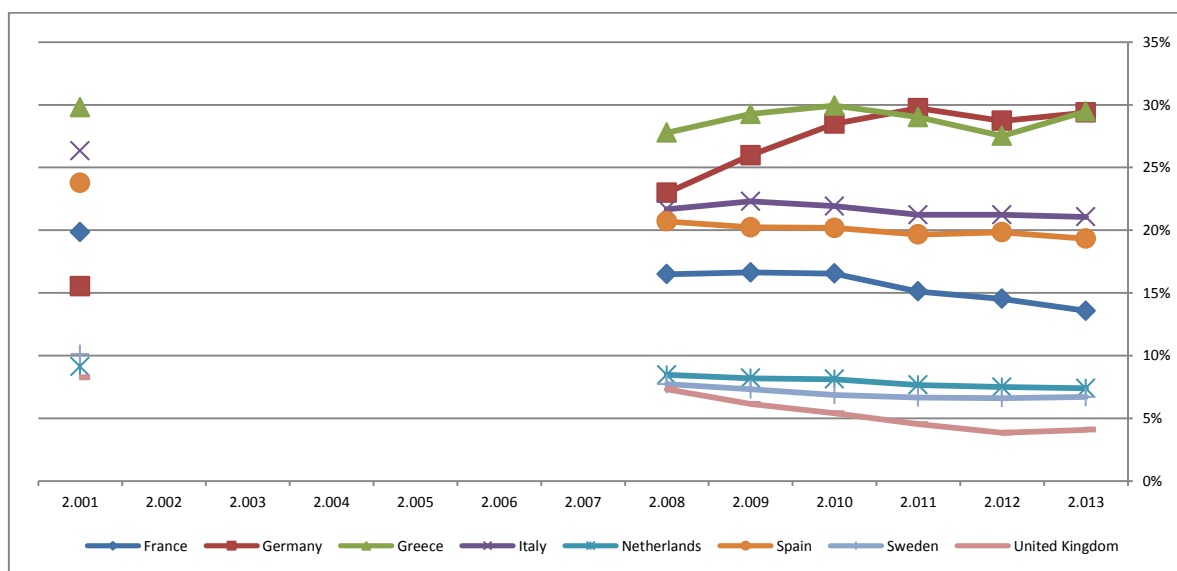


**Ilustración 466: Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al consumo total de antibióticos en diversos países europeos.** Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net). Extraído en agosto 2015

Si analizamos los datos para Castilla-La Mancha y el conjunto de España, podemos apreciar cómo CLM se mantiene en valores mejores a los del conjunto de España, situándose en 2013 con un porcentaje del 15,4%, que lo ubicaría en valores cercanos al indicador en Francia.

La reducción del porcentaje del consumo en el periodo 2010-2013 fue del 5,76% para CLM, mientras que fue del 4,15% para España. En el periodo 2001-2010 el porcentaje se redujo en un 13,3% en España y en un 26,2% en Castilla-La Mancha.

Por tanto, este indicador supone una mejora de la calidad asistencial durante la crisis, mayor en Castilla-La Mancha que en el conjunto de España.

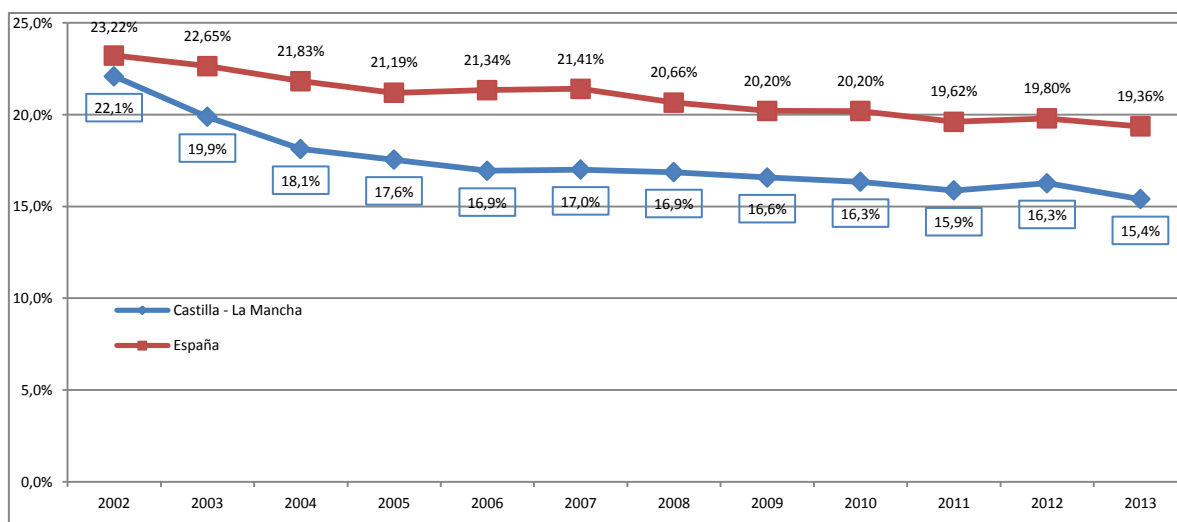


**Ilustración 467: Proporción de cefalosporinas y quinolonas respecto al consumo total de antibióticos en Castilla-La Mancha y el conjunto de España.** Fuente: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial consumption interactive database (ESAC-Net) y Servicio de Farmacia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Extraído en agosto 2015

No disponemos de datos para este indicador referidos al resto de comunidades autónomas españolas de forma detallada para el periodo 2010-2013, por lo que no será posible realizar para él la normalización 1 ni la 2, y tendremos que excluirlo del indicador sintético. No obstante, hemos de concluir que el indicador sintético mejoraría la puntuación de Castilla-La Mancha si este indicador estuviera incluido dado:

- Presenta una mejora en el periodo 2010-2013
- Esta mejora es mayor en la región que en el conjunto de España, lo que supondría buenos valores en la normalización 1 y 2

### II.3.3 Indicadores de inmunización de la población

#### II.3.3.1 Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años)

Es el primero de la serie de indicadores relacionados con la inmunización que el grupo de expertos ha introducido como indicadores relevantes de calidad en atención primaria.

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, desde las transferencias sanitarias en 2001 los valores de CLM se mantienen cercanos al valor para España, a lo largo del resto de la serie analizada. En 2010-2013 se produce una divergencia, una clara mejoría en CLM y un claro empeoramiento en el resto de España.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años) es del 92,13 en 2013, con valores a la baja. CLM se mantiene en una fuerte mejora desde 2010, con una tasa 96,7.

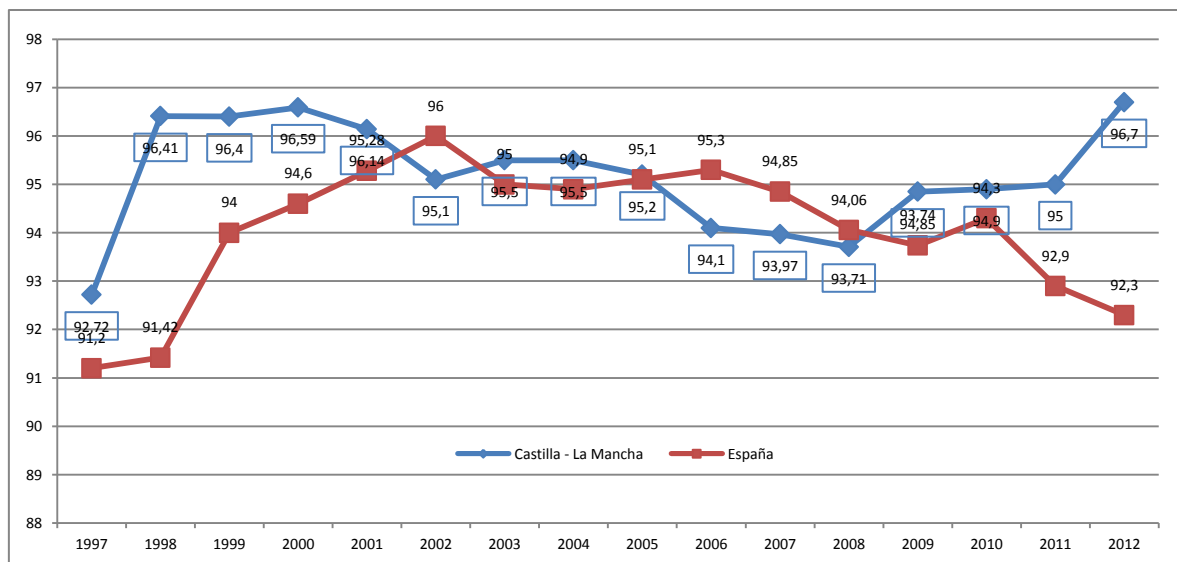


**Ilustración 468: Evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomiélitis (primovacuna 0-1 años).**  
Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

La cobertura (%) de vacunación frente a la poliomiélitis (primovacuna 0-1 años ) ha aumentado entre 2010 y 2013 un 1,95%, al pasar de 94,85 a 96,7, y entre 2001 y 2010 bajó un 1,8%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores de 0,86 desviaciones estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa entre los mejores por CCAA, alcanzando el segundo mejor valor del conjunto de CCAA.

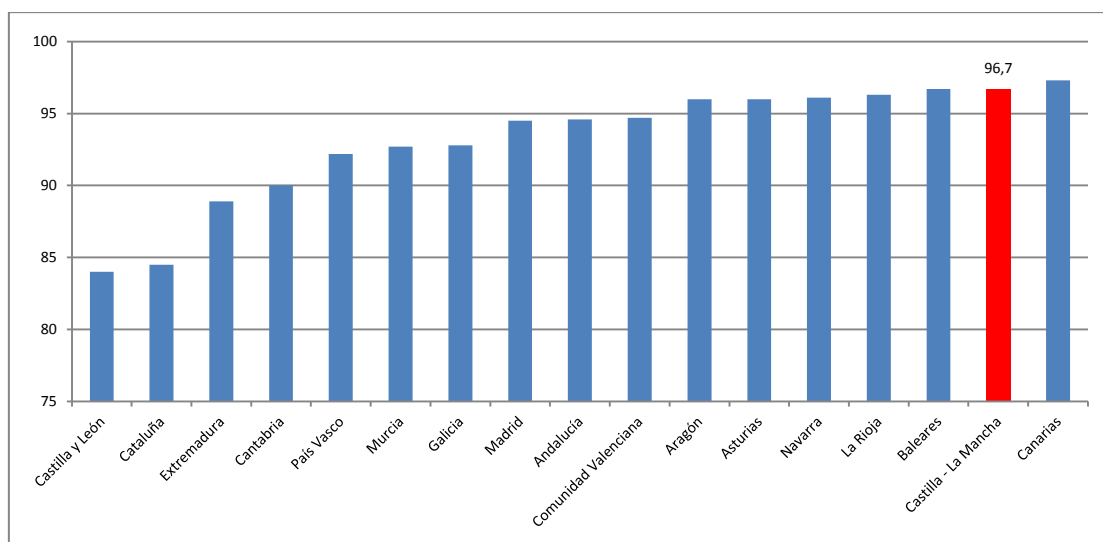


**Ilustración 469: Comparación por CCAA de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomiélitis (primovacuna 0-1 años ) en 2013.** Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

Los mejores valores corresponden a Canarias y Castilla-La Mancha y los peores a Castilla y León y Cataluña.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años) en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Canarias es la que presenta el mejor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,00 desviaciones estándar por encima de la media, con una mejora progresiva desde 2010. Castilla y León ofrece los peores resultados, con valores de 2,23 desviaciones estándar por debajo de la media, todo debido a una caída muy pronunciada en 2013, que podría ser coyuntural. CLM se mueve en las 0,86 desviaciones estándar por encima de la media con una fuerte mejora en el periodo 2010-2013, y quedando muy cerca del mejor valor.

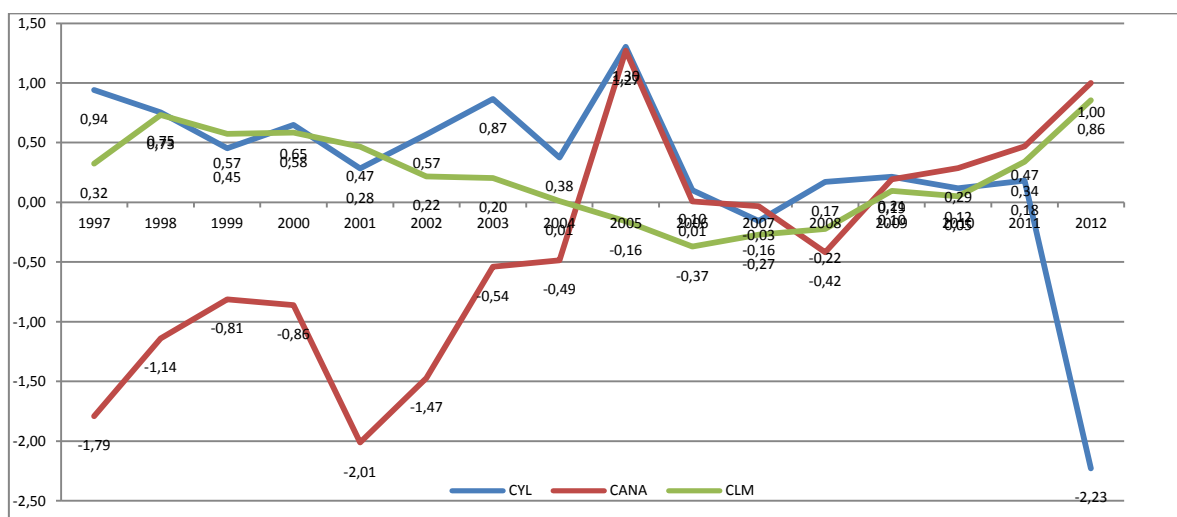


**Ilustración 470: Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años). Comparación de Castilla y León, Canarias y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Castilla y León, Canarias y Castilla-La Mancha de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años) de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de la comunidad a la que tiene mejor desempeño:

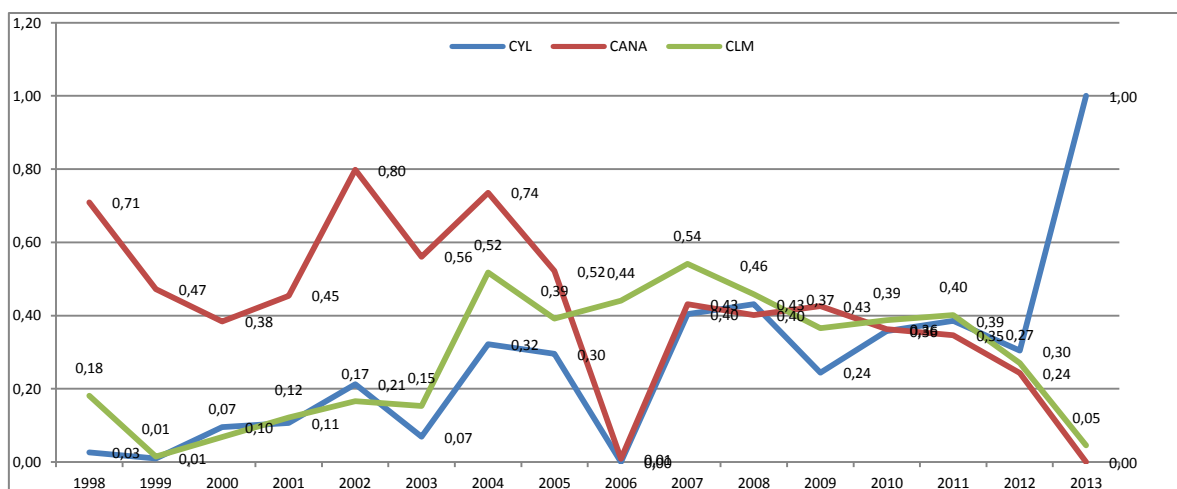


**Ilustración 471: Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación 0-1 años). Comparación de Castilla y León, Canarias y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Destaca el comportamiento de CLM, desde 2010 muy cerca del mejor desempeño y siempre con una evolución positiva. El gran descabro de Castilla y León habrá que estudiarlo en su evolución posterior, y parece más un fenómeno coyuntural.

### II.3.3.2 Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años)

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, desde las transferencias sanitarias en 2001 los valores de CLM se mantienen cercanos al valor para España, a lo largo del resto de la serie analizada. En 2010-2013 se produce una divergencia, una mejoría en CLM y un empeoramiento en el resto de España.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años) es del 95,6 en 2013, con valores a la baja. CLM se mantiene en una clara mejora desde 2010, con una tasa 98,9.

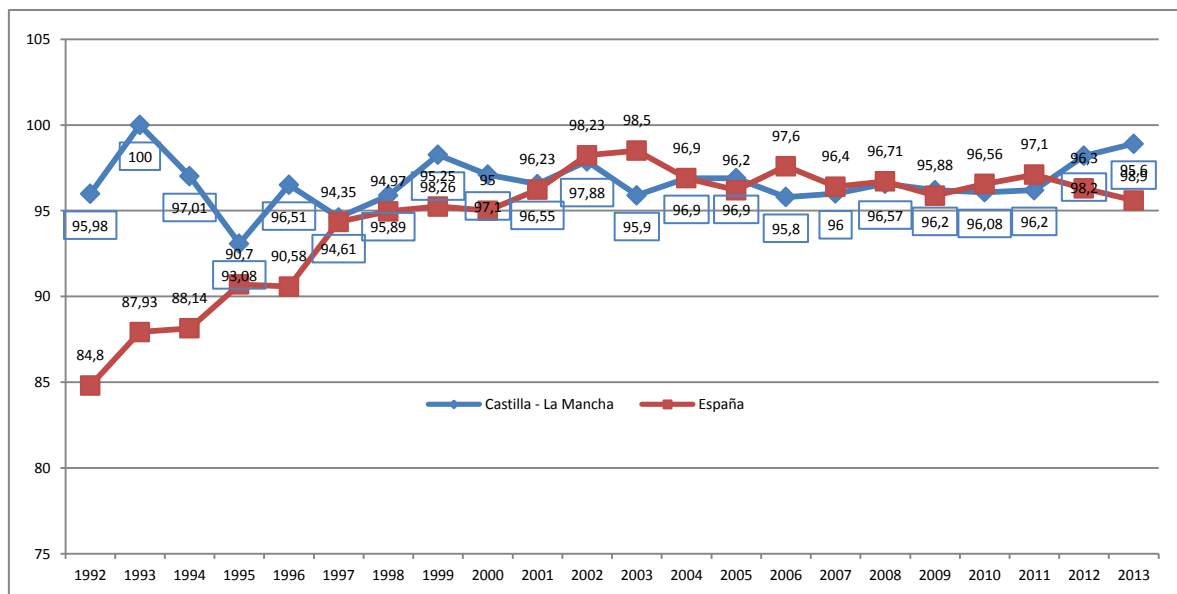


**Ilustración 472: Evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años). Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años) ha aumentado entre 2010 y 2013 un 2,94%, al pasar de 96,08 a 98,9, y entre 2001 y 2010 bajó un 0,49%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores de 0,68 desviaciones estándar mejor que la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa entre los mejores por CCAA, alcanzando el quinto mejor valor del conjunto de CCAA.

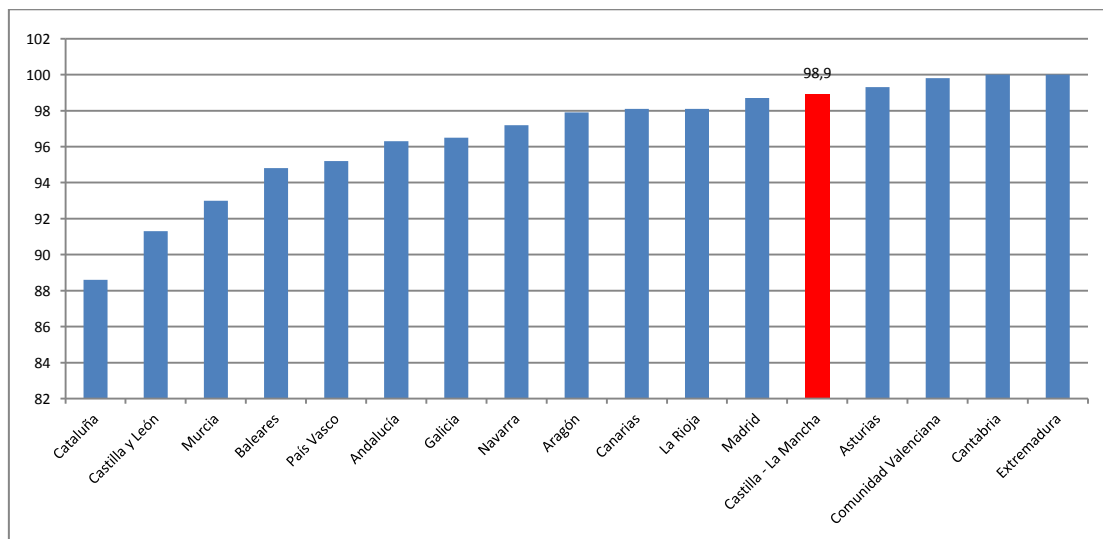


**Ilustración 473: Comparación por CCAA de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años) en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Extremadura y los peores a Cataluña.



En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años) en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Extremadura es la que presenta el mejor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,02 desviaciones estándar por encima de la media, con una mejora radical desde 2010. Cataluña ofrece los peores resultados, con valores de 2,5 desviaciones estándar por debajo de la media, todo debido a una caída muy pronunciada en 2009-2012. CLM se mueve en las 0,68 desviaciones estándar por encima de la media con una fuerte mejora en el periodo 2011-2013, y quedando cerca del mejor valor.

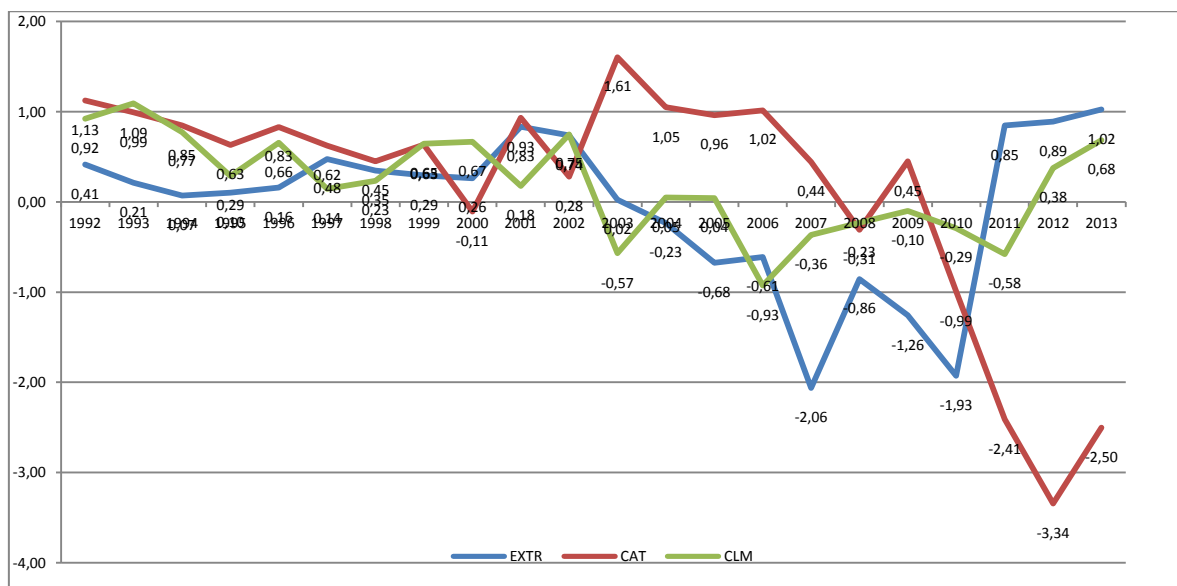


**Ilustración 474: Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años). Comparación de Extremadura, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución en Extremadura, Cataluña y Castilla-La Mancha de la cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años) de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de la comunidad a la que tiene mejor desempeño:

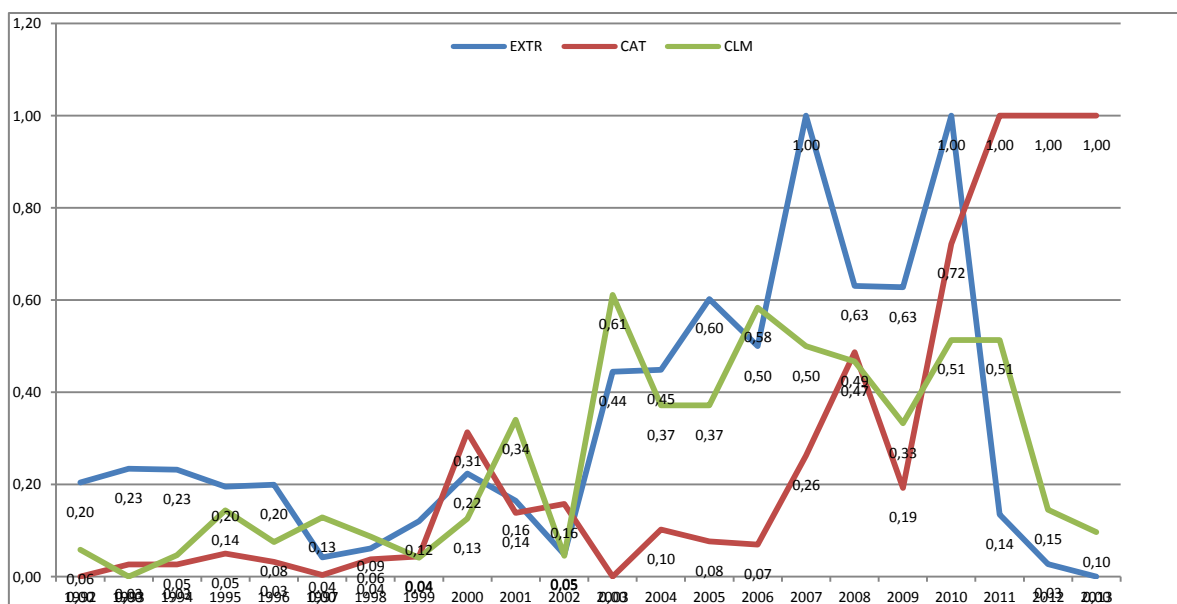


**Ilustración 475: Cobertura (%) de vacunación frente a la poliomielitis (refuerzo 1-2 años). Comparación de Extremadura, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Destaca el comportamiento de CLM, desde 2010 muy cerca del mejor desempeño y siempre con una evolución positiva. El gran descalabro de Cataluña habrá que estudiarlo en su evolución posterior, y se corresponde con los momentos más acusados de la crisis.

### II.3.3.3 Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe

En el entorno de la OCDE, España se sitúa por encima de la media en cobertura, y en sexta posición respecto a los países con mejores indicadores de cobertura. El país con mejor cobertura es el Reino Unido, con un 76%.

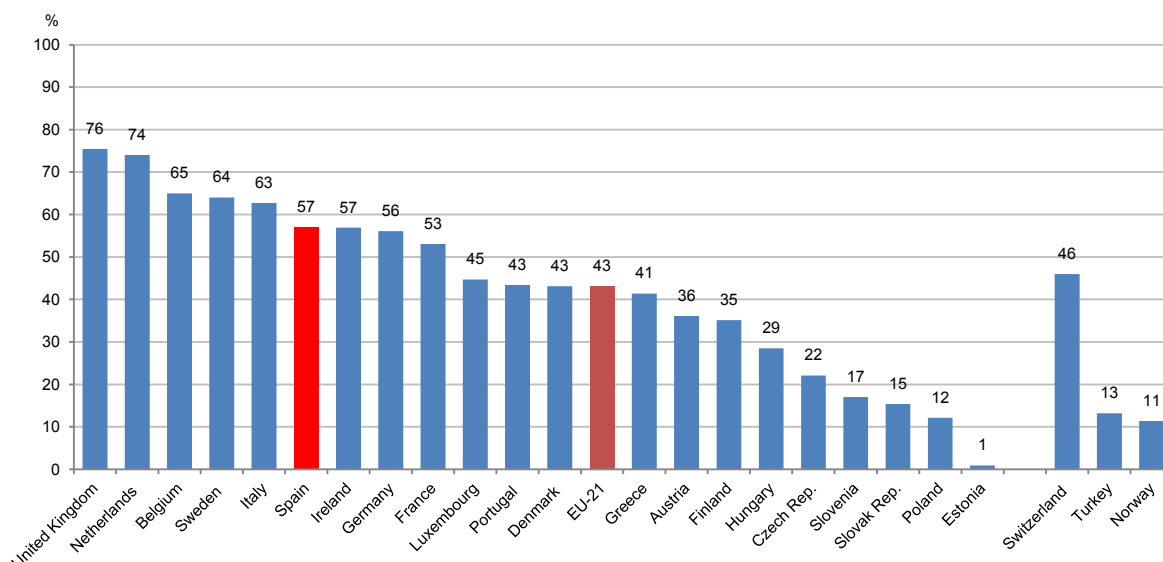


**Ilustración 476: Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe en países de la OCDE.**  
Fuente: Health at a glance OCDE 2014 y OCDE Statistics. Extraído en septiembre 2015

La cobertura de España baja entre 2002 y 2012 de forma significativa, al igual que en Holanda o en Francia, mientras que crece la de países como el Reino Unido, Bélgica o Italia.

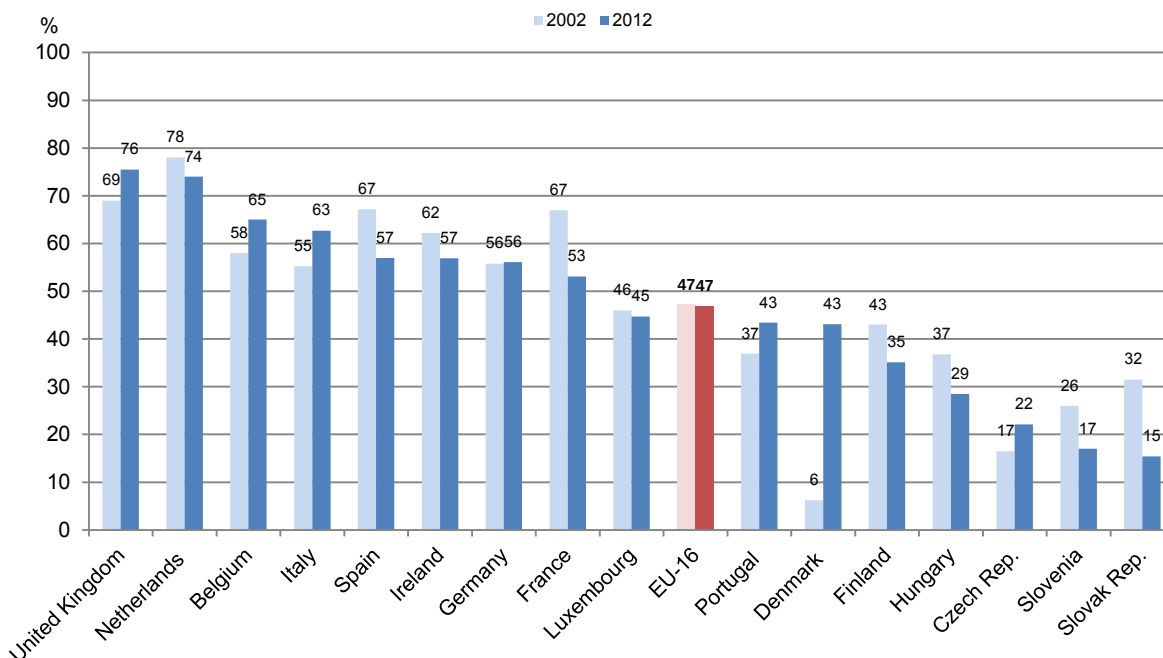


**Ilustración 477: Evolución de la cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe en países de la OCDE.** Fuente: Health at a glance OCDE 2014 y OCDE Statistics. Extraído en septiembre 2015

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, a lo largo de toda la serie los valores de CLM se mantienen cercanos al valor para España.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe es del 56,4% en 2013, con valores a la baja. CLM se mantiene en una línea casi idéntica, con una cobertura del 56%.

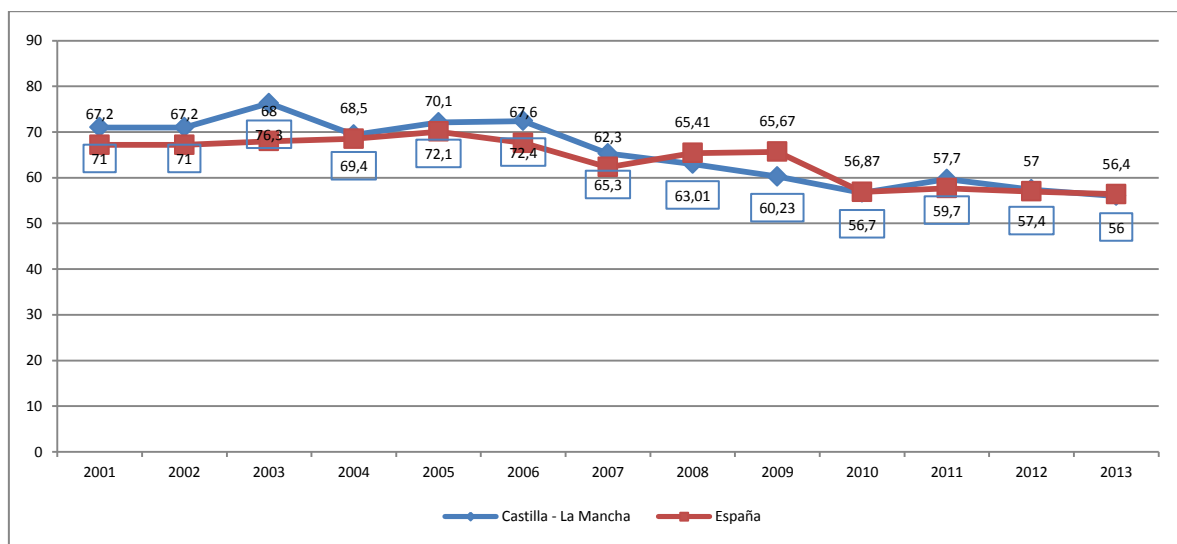


**Ilustración 478: Evolución de la Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe.**  
Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015

La Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe ha bajado entre 2010 y 2013 un 1,23%, al pasar de 56,7 a 56, y entre 2001 y 2010 bajó un 20,14%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores de 0,14 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa en la zona intermedia por CCAA, alcanzando el décimo mejor valor del conjunto de CCAA.

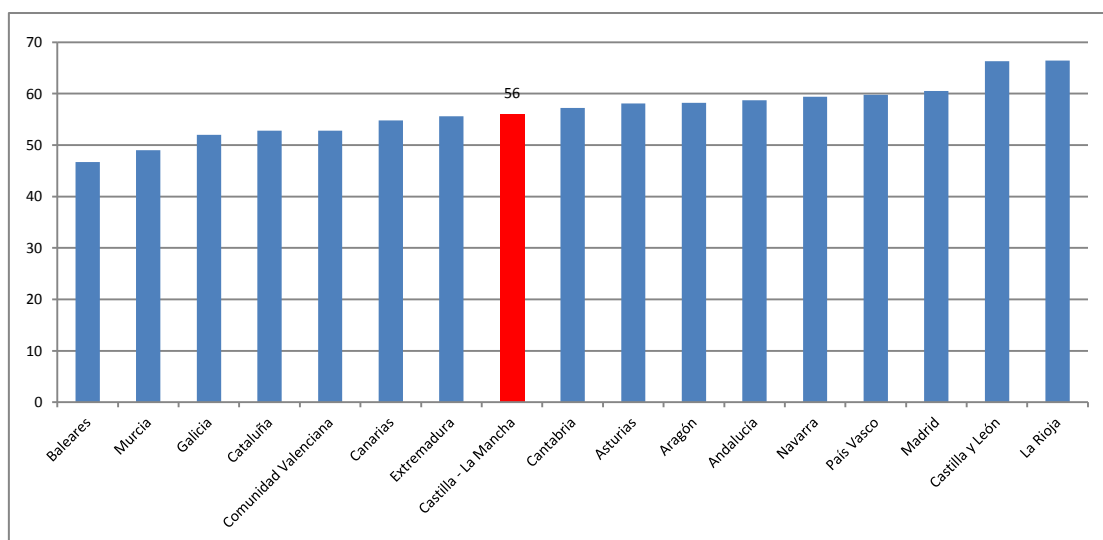


**Ilustración 479: Comparación por CCAA de la cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a La Rioja y los peores a Baleares.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. La Rioja es la que presenta el mejor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,84 desviaciones estándar por encima de la media, con una mejora suave desde 2010. Baleares ofrece los peores resultados, con valores de 1,91 desviaciones estándar por debajo de la media, cifras en las que oscila desde 2007, con un ligero empeoramiento en el año 2013. CLM se mueve en las 0,14 desviaciones estándar por debajo de la media con una mejora en el periodo 2010-2013.

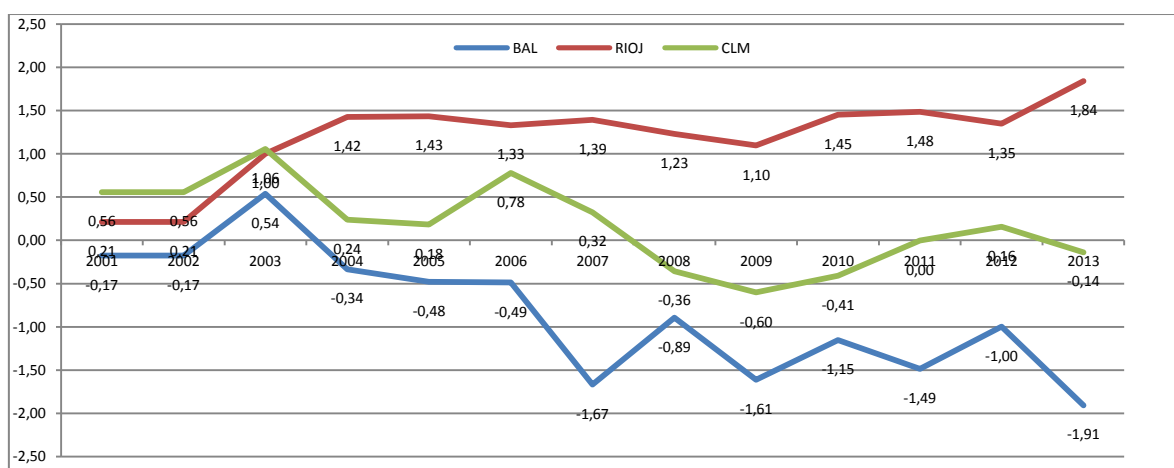


**Ilustración 480: Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe. Comparación de Baleares, Rioja y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución Baleares, Rioja y Castilla-La Mancha de la cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de la comunidad a la que tiene mejor desempeño:

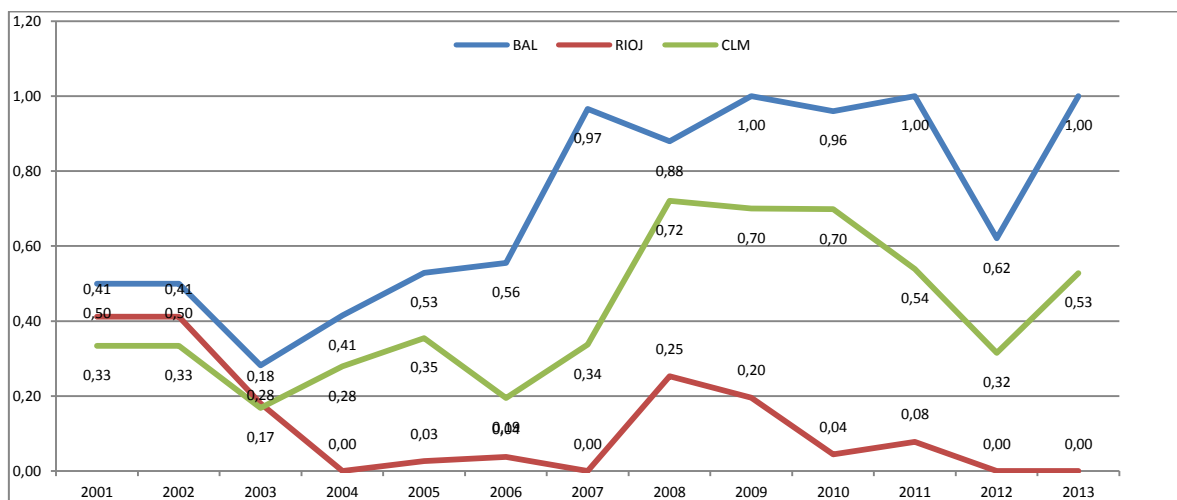


**Ilustración 481: Cobertura (%) de personas mayores de 65 años vacunadas frente a la gripe. Comparación de Baleares, Rioja y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

CLM, se mueve a lo largo de toda la serie en una posición intermedia. Desde 2010 ha mejorado la distancia al mejor desempeño. Las posiciones de las tres regiones analizadas se mantienen con cierta estabilidad en el tiempo.

#### II.3.3.4 Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años)

En el entorno de la UE, España se sitúa por encima de la media en cobertura, y en décima posición respecto a los países con mejores indicadores de cobertura. El país con mejor cobertura es Grecia, con un 99%, y el más bajo Austria, con un 76%.

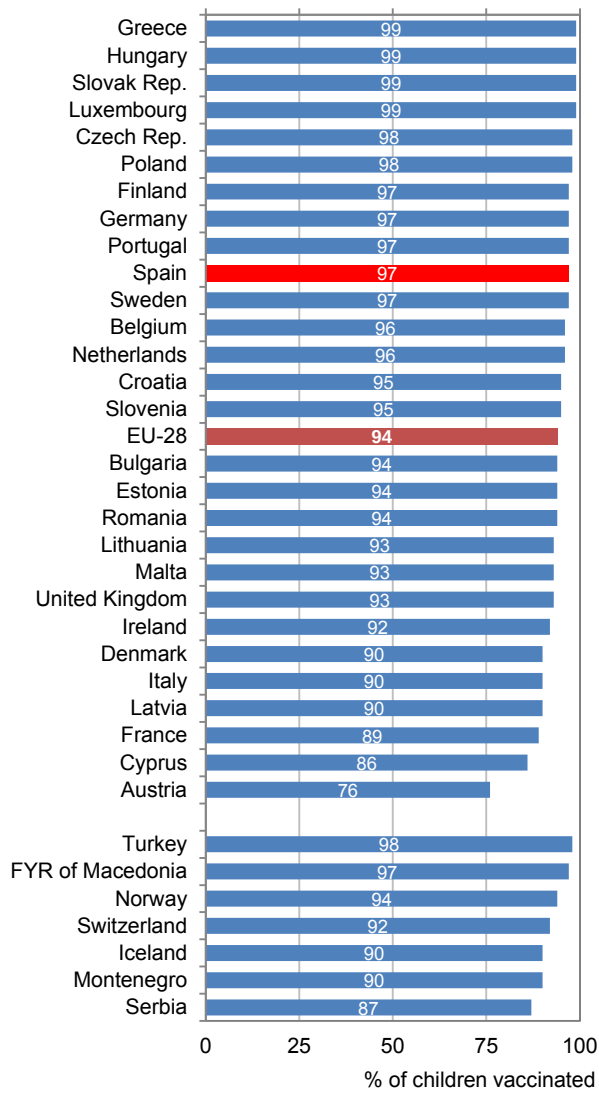


Ilustración 482: Vacunación en sarampión. Niños hasta un año en 2012. Fuente: WHO/UNICEF 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> y Health at a Glance 2014, OCDE. Extraído en septiembre 2015

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, a lo largo de toda la serie los valores de CLM se mantienen cercanos al valor para España, aunque por debajo desde 2002 a 2012, en 2013 CLM supera la cobertura nacional.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años) es del 95,3% en 2013, con valores a la baja. CLM mantiene desde 2010 una línea de mejora, alcanzando el 97,2%.

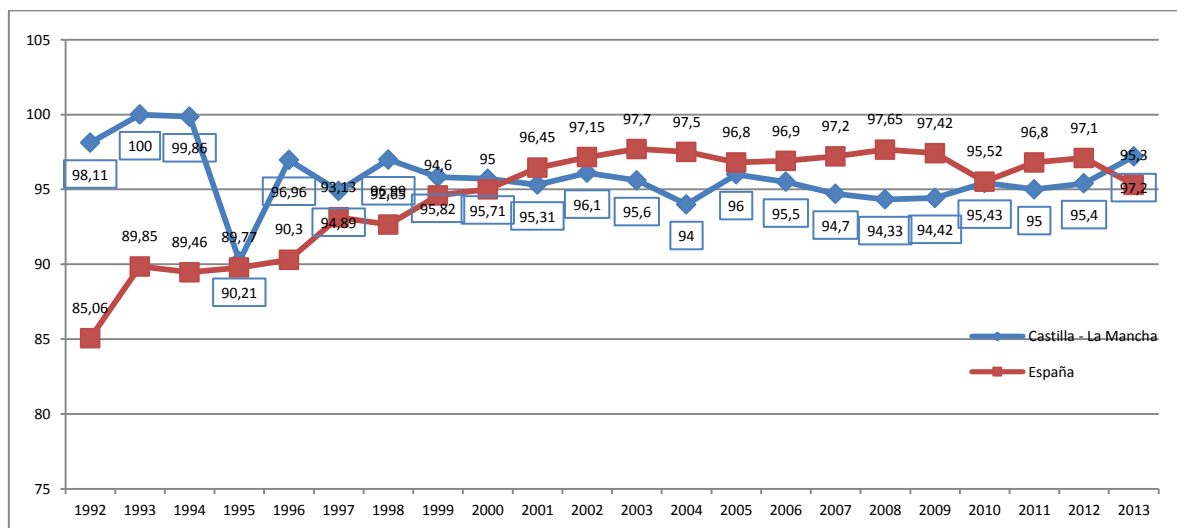


**Ilustración 483: Evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años). Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años) ha subido entre 2010 y 2013 un 1,77%, al pasar de 95,43 a 97,2%, y entre 2001 y 2010 subió un 0,12%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores de 0,43 desviaciones estándar por encima de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa en la zona intermedia por CCAA, con indicadores similares al grupo de los mejores.



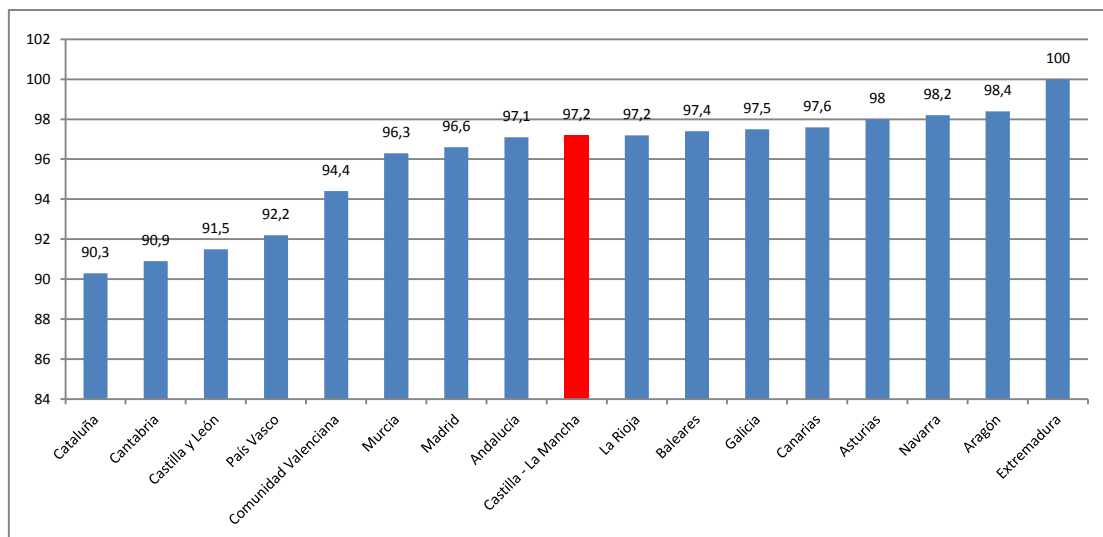


**Ilustración 484: Comparación por CCAA de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años) en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Extremadura y los peores a Cataluña.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años) en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Extremadura es la que presenta el mejor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,39 desviaciones estándar por encima de la media, con una mejora muy acusada desde 2007. Cataluña ofrece los peores resultados, con valores de 1,92 desviaciones estándar por debajo de la media, con un fuerte empeoramiento desde 2009. CLM se mueve en las 0,43 desviaciones estándar por encima de la media con una mejora en el periodo 2010-2013.

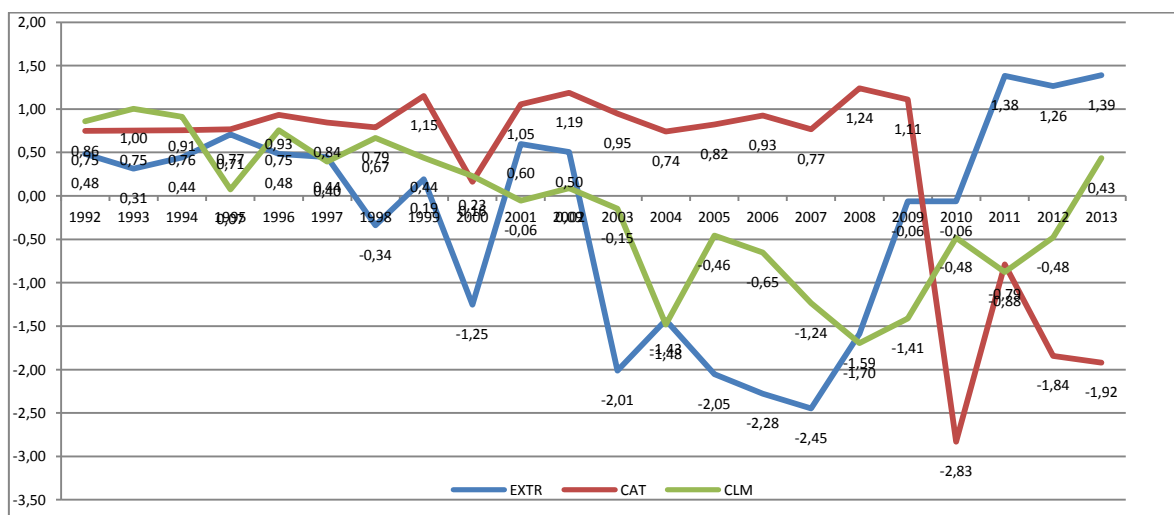


**Ilustración 485: Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años). Comparación de Extremadura, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución Baleares, Rioja y Castilla-La Mancha de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años) de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de la comunidad a la que tiene mejor desempeño:

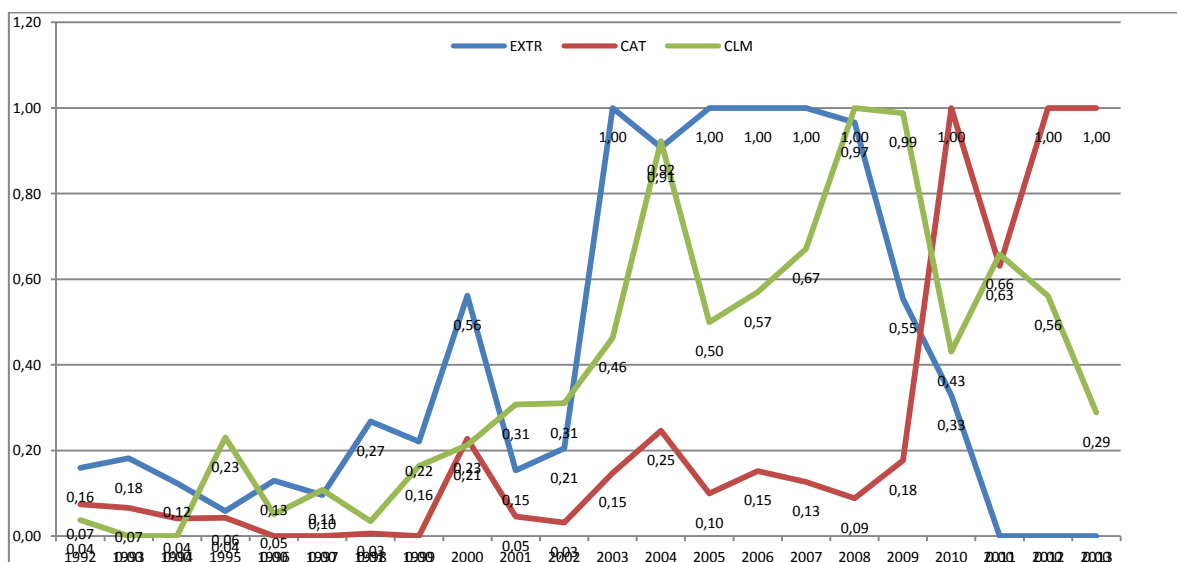


**Ilustración 486: Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (primovacunación 1-2 años). Comparación de Extremadura, Cataluña y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En los últimos años desde 2009 se ha producido un gran vuelco. Hasta entonces, Cataluña estaba a la cabeza del indicador, con valores muy cercanos a los mejores, y Extremadura en la peor posición. CLM, ha realizado igualmente un recorrido muy acusado desde las peores hasta las mejores posiciones. Desde 2010 ha mejorado de manera muy importante la distancia al mejor desempeño.

### II.3.3.5 Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años)

Si comparamos Castilla-La Mancha con el total nacional, a lo largo de toda la serie los valores de CLM se mantienen por encima al valor para España, salvo 2013 en el que CLM queda algo por debajo de la cobertura nacional.

Como podemos apreciar en el gráfico siguiente en España la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años) es del 90,7% en 2013, con valores a la baja. CLM ha empeorado sus valores desde 2011, alcanzando el 90,1%.

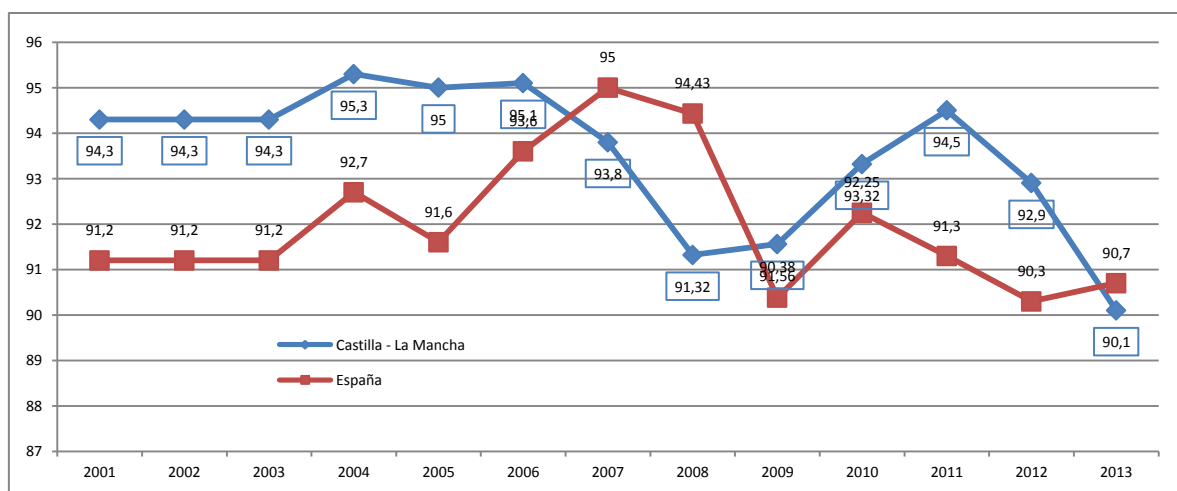


**Ilustración 487: Evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años). Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

La cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años) ha bajado entre 2010 y 2013 un 3,45%, al pasar de 93,32 a 90,1%, y entre 2001 y 2010 bajó un 1,04%. Dentro de España, CLM se sitúa en valores de 0,34 desviaciones estándar por debajo de la media de comunidades autónomas para 2013. Además, como podemos ver en el gráfico siguiente, el indicador en Castilla-La Mancha se sitúa en la zona baja por CCAA, en el cuarto puesto más bajo.

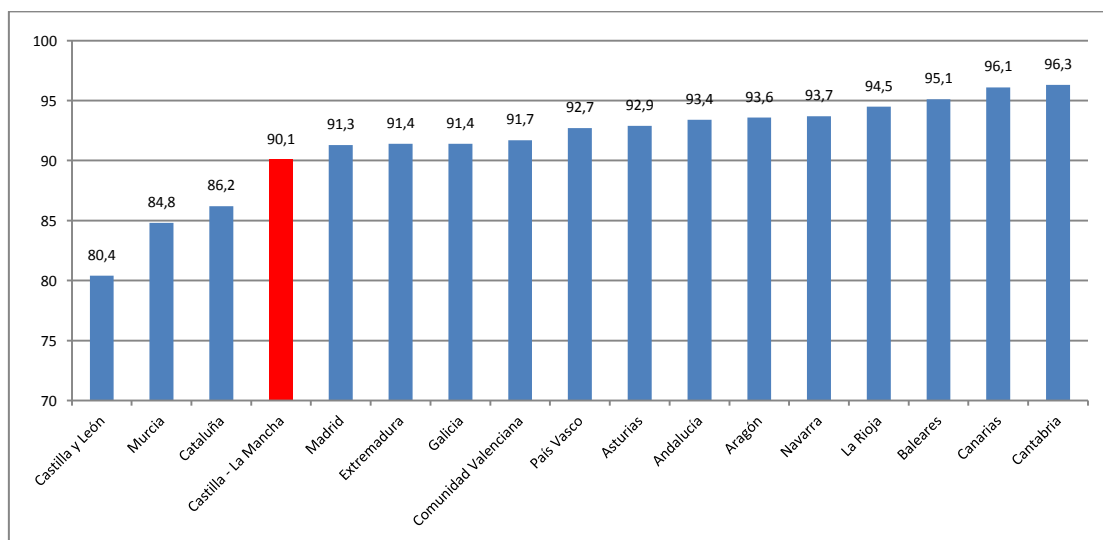


**Ilustración 488 Comparación por CCAA de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años) en 2013. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

Los mejores valores corresponden a Extremadura y los peores a Cataluña.

En el gráfico siguiente mostramos la evolución de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años) en tres regiones españolas una vez aplicada la normalización 1, esto es, estandarizada. Cantabria es la que presenta el mejor resultado, con un indicador que se mueve en torno a las 1,14 desviaciones estándar por encima de la media,

con una mejora en 2013. Castilla y León arroja los peores resultados, con valores de 2,65 desviaciones estándar por debajo de la media, con un fuerte empeoramiento en 2013. CLM se mueve en las 0,34 desviaciones estándar por encima de la media.

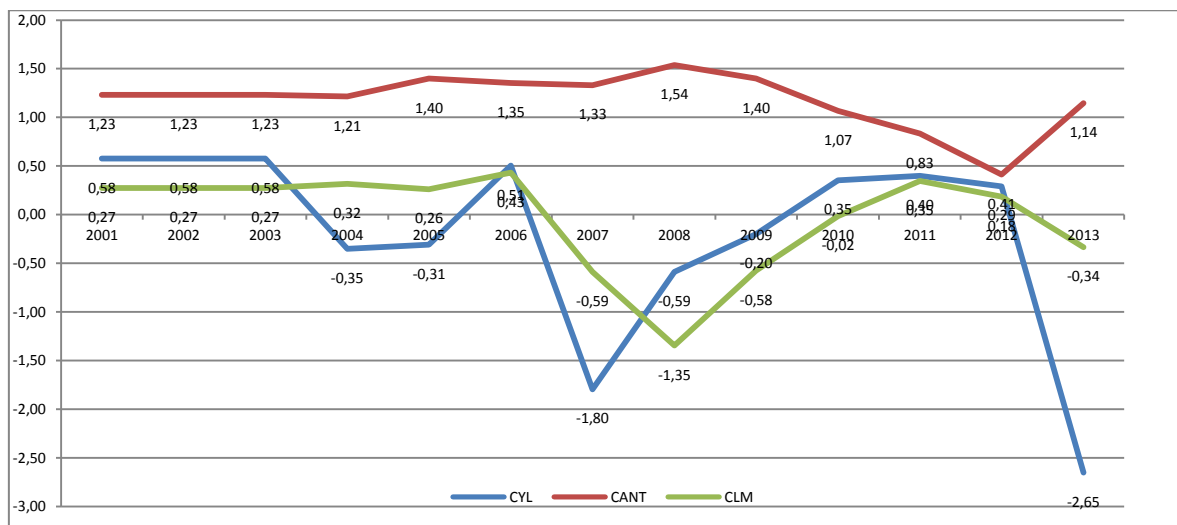


**Ilustración 489: Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años). Comparación de Castilla y León, Cantabria y Castilla-La Mancha en valores estandarizados según la normalización 1. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En el gráfico siguiente mostramos la evolución Baleares, Rioja y Castilla-La Mancha de la cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años) de acuerdo con la normalización 2, esto es, calculando las distancias relativas de la comunidad a la que tiene mejor desempeño:

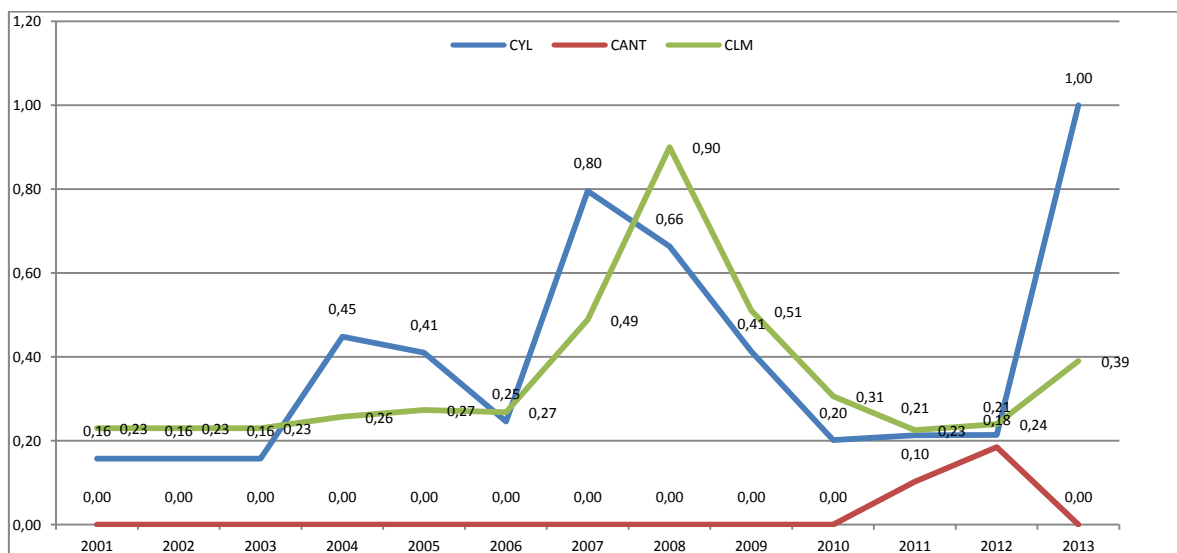


**Ilustración 490: Cobertura (%) de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (refuerzo 3-6 años). Comparación de Castilla y León, Cantabria y Castilla-La Mancha en valores normalizados según la normalización 2. Fuente: INCLASNS. Extraído en mayo 2015**

En los 2013 Castilla y León ha pasado de tener unos buenos datos a estar el peor, por lo que podemos interpretar que podría tratarse de un dato coyuntural, a confirmar con los datos de los próximos años. Cantabria en cambio mantiene establemente los mejores resultados a lo

largo de casi toda la serie. CLM, ha realizado igualmente leve repunte de reducción de cobertura en 2013.

---