



---

## JORNADA SOBRE HOSPITALES DE ALTA RESOLUCIÓN

Ante el anuncio de la Consejería de Salud del País Vasco de la construcción de varios “Hospitales de Alta Resolución” en Bizkaia, el **Grupo Hospitales de OSALDE** celebró una Jornada en Bilbao el 6 de octubre de 2.007, con el fin de promover el debate sobre estos nuevos centros. Para lo que contamos con las aportaciones de los ponentes **Marciano Sánchez-Bayle**, vicepresidente de la FADSP, Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública, **Pablo López Arbeloa**, Director Gerente de Innovasalud Asesores de Gestión Sanitaria, **Jorge Barrón Fernández**, coordinador del grupo hospitales de OSALDE, y las intervenciones de otros miembros del grupo Hospitales y un nutrido grupo de participantes, especialmente trabajadores sanitarios de Osakidetza. Unos y otros, cada cual desde su perspectiva personal y profesional aportaron sus conocimientos y experiencias con una sola finalidad: anteponer ante cualquier otro interés, el **Derecho a la Salud**, cuya defensa es la razón de ser de esta Asociación.



### PRESENTACIÓN: JORGE BARRÓN

En enero del 2005, Gabriel Inclán, consejero de sanidad del Gobierno Vasco, puso la primera piedra del que ha de ser “HOSPITAL DE GERNIKA”. Desde aquel día la consejería se ha referido a este centro de nueva construcción en diferentes términos. Denominaciones o características que le diferenciaban de la tipología de centros asistenciales conocidos: “Hospital sin camas”, “Centro u Hospital de Alta Resolución”, Centro “Pionero en España”, etc.

Con la denominación de “Alta Resolución” (Hospitales o Centros) se vienen proyectando y construyendo un número considerable de centros en otras Comunidades Autónomas, especialmente en la andaluza, donde ya funcionan 5 y se pretende construir hasta 20.

Existe por tanto cierta experiencia en lo que se pretende que sean y lo que están siendo estos nuevos centros donde ya funcionan, pero aun así, existe todavía considerable incertidumbre en muchos aspectos organizativos, funcionales, de gestión e integración en el conjunto de la red asistencial. Mucha más incertidumbre aún en la evaluación de sus resultados frente a los centros “tradicionales”, dado que se presentan como centros innovadores que vienen a aportar mejoras considerables.

La Junta Directiva de OSALDE ha creído conveniente celebrar este acto de información y discusión, porque en OSALDE pensamos que este proyecto plantea cuestiones importantes y de gran impacto en el Sistema de Salud. La incorporación de estos nuevos centros u hospitales requiere sin duda de considerables inversiones. Inversiones que son en principio bien venidas, pero que deseáramos en todo caso que fueran planificadas con todo rigor y resultaran verdaderamente en importantes mejoras colaborando a solucionar ciertos problemas asistenciales. Nos hacemos preguntas como ¿Están pensados para resolver los grandes temas pendientes en Atención Primaria y Especializada? ¿Tendremos con su incorporación unas listas de espera razonables sin tener que presionar los servicios de urgencias o derivar a centros privados? ¿Se hará una gestión integral y habrá la necesaria coordinación entre niveles asistenciales?, ¿Serán, como se pretende, centros mas accesibles y resolutivos?, ¿Se ocuparán de la Prevención y Promoción de la Salud?, ¿Tendrán Formación continuada e Investigación?, ¿Por fin Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica?, ¿Habrá más satisfacción de usuarios y profesionales?

Desde el año 2003 el Consejero viene refiriéndose al “Hospital de Gernika” como un “Hospital sin camas”, pero cuando se ha comprometido formal y públicamente a su construcción ha sido con ocasión de la presentación del *Plan de Modernización y Adecuación de Infraestructuras y Equipamientos de la Sanidad Pública Vasca*, que se acometerá entre los años 2007 y 2012. (Osanet: Plan de inversiones Osakidetza 2007 – 2012). En dicho plan se anuncia la construcción de tres “Centros de Alta Resolución” en Bizkaia: Gernika, Urduliz y Zalla.

Los tres Hospitales van a suponer una inversión de 45,3 millones de euros, siendo el de Gernika el de mayor presupuesto (18,7 millones). El Consejero Inclán presentó el Plan y se muestra públicamente dialogante. Pide un debate público sobre los temas mas relevantes de Sanidad y lanza una encuesta a la población (Encuesta de Salud del País Vasco - ESCAV'07)

En su invitación pública, el Consejero Gabriel Inclán se refiere, por ejemplo: “a la diversidad de intereses de nuestra compleja sociedad, y sus dudosas correlaciones con las necesidades de la población” Por su parte, “apunta humildemente cuales son los criterios y valores del modelo de Sanidad para Euskadi sin poner en riesgo su supervivencia”. Concluyendo: “Todo ello sin otra intención que suscitar la reflexión y el debate”

Compartiendo su planteamiento y respondiendo a su demanda OSALDE ha elaborado un completo y consensuado Informe sobre el estado de la Sanidad Vasca (Véase Opiniones/Eritziak N°6 Septiembre 2006). Y también por ello estamos aquí reflexionando sobre la Alta Resolución.

El Hospital de Gernika está diseñado para atender 70.000 usuarios de la Comarca Busturialdea y Lea Artibai evitando 40.000 desplazamientos al Hospital de Galdakao. Se estima en 36.000 las consultas y 1.500 pruebas lo que pueden asumir en un año. Disponiendo de quirófanos, laboratorios, rayos, y la mayoría de las especialidades, incluida diálisis y alta tecnología diagnóstica. El Hospital de Gernika será, como ya hemos dicho, solamente el primero de una serie de centros de similares características que se irán construyendo hasta el año 20012 y probablemente después.

Los Centros de esta denominación se anuncian y construyen desde hace cierto tiempo en diferentes comunidades autónomas del estado español.

Si atendemos a lo realizado en la Comunidad Andaluza que lleva adelantado este proyecto con ventaja temporal frente a las demás comunidades, diremos que se proyectaron construir 20 Centros de Alta Resolución (CHAR) entre 2003 y 2008. Se han anunciado por su consejera como Hospitales de Proximidad que mejoran la accesibilidad a la asistencia especializada de 975.000 habitantes de 165 municipios de Andalucía. Actualmente están en obra Sierra Segura (Jaén), El Toyo (Almería), Benalmádena (Málaga), Guadiz (Granada), Sierra Sur (Alcaudete, Jaén), Puente Genil (Córdoba), Utrera (Sevilla) y Sierra Norte (Constantina, Sevilla) y en proyecto: Loja (Granada), Valle del Guadiato (Córdoba) y Sierra Sur (Alcalá la Real, Jaén). Debemos recordar que, según el recientemente publicado **Catálogo de Hospitales, 2007** existen 788 hospitales en España.

La Comunidad Andaluza sitúa su proyecto en el contexto del Plan de Calidad dirigido a mejorar la Atención Especializada y la red de Atención Primaria y Comunitaria, dando un acceso adecuado y satisfactorio y cubriendo las necesidades del 80% de la población andaluza (Libro Blanco sobre la Atención Especializada Andaluza). Pretende aportar Mejoras Organizativas y funcionales, Nuevas formas de Gestión (Empresas Públicas, Estrategias de gestión de "alta resolución", Integración de áreas asistenciales, consultas especializadas de alta resolución de un solo día) y Tecnologías diagnósticas. Pretende resolver el 80% de las urgencias, aproximar a menos de 30 km los servicios y cirugía mayor ambulatoria, garantizando Plazos Máximos.

Respecto a las expectativas en Euskadi nos preguntamos si pueden responder a las debilidades de nuestros Hospitales. Nos preguntamos, por ejemplo, si van a aportar una mejor organización y funcionalidad, si van a romper el esquema hospitalo-centrista o si van a mejorar la calidad *"manteniendo los pilares básicos del Gran Hospital"*

Sería momento de tratar de forma participativa cuestiones importantes como la tipología de su Gestión, grado de autonomía y participación de los profesionales. No sabemos si la Gerencia va a ser profesional o mercantilista o si las nuevas formas de gestión van a integrar toda la organización o puede darse la emancipación de los proveedores de servicios, como ha ocurrido en otras experiencias, por ejemplo en el Reino Unido.

**OSALDE y la FADSP** reivindican los Hospitales de Area, descentralizando los grandes hospitales, atendiendo a poblaciones de menos de 250.000 habitantes, con cuidados médicos especializados, enfermería continuada, soporte tecnológico, emergencia e integración en el conjunto de servicios de la Comunidad, incluidos los sociales.

En definitiva, debemos construir, pero también mejorar el hospital. Construir hospitales no es cambiar el mobiliario. En este asunto se nos plantean todos los interrogantes que las Organizaciones de Defensa del Derecho a la Salud venimos manteniendo en nuestro análisis de la medicina Hospitalaria y Especializada desde hace muchos años, sin apenas progresos a pesar del desarrollo de los recursos. Hay mucho que corregir y mejorar en este ámbito, mucho que hacer. Pero también muchas formas de hacerlo. Es en este terreno en el que queremos aclarar nuestras ideas, con la ayuda de significados profesionales en el campo de la Asistencia Primaria y Especializada, la Gestión, Administración y Asesoría y con la participación de un apreciable grupo de trabajadores de la salud a los que preocupa el futuro de nuestro sistema de salud en un entorno lleno de perspectivas de mejora y desarrollo pero también de amenazas.

Tenemos listas de espera considerables, por ejemplo, 19.400 pacientes para cirugía (3.400 cataratas, 1.300 hernias, 745 varices) y 58.700 consultas especializadas (15.468 Oftalmología, 10.000 Traumatología y 6.000 Ginecología)

Un asunto importante a considerar son los recursos humanos con los que se pretende dotar a estos centros, dada la actual falta de profesionales, ciertos especialistas y enfermería, existiendo graves dificultades para cubrir plantillas en los nuevos centros que se están construyendo en el estado español. Todavía están pendientes graves problemas de personal, como el 12% de absentismo, el envejecimiento, la sobrecarga de trabajo, el burn out y el descontento, parcialmente oculto por las promesas de Carrera Profesional que amenaza cerrar en falso y convertirse en un simple aumento de sueldo. La Consejería adolece de una buena política de incentivos, las plazas de los nuevos centros de Alta Resolución son poco atractivas y se han calificado de “temporeros a destajo”.

El Consejo Económico y Social de Andalucía (Informe 2005) valoró “de forma muy positiva” la estrategia de implantación en Andalucía de la red de Centros Hospitalarios de Alta Resolución Especializada, calificado de elemento innovador que va a mejorar la asistencia sanitaria, accesibilidad, satisfacción de usuarios, pero criticando la ley de Empresa pública andaluza que “*distorsiona y adultera la Ley de Salud de Andalucía. Siendo figuras que pretenden escapar del ordenamiento jurídico administrativo hacia el marco jurídico privado*”. Señala que en 12 años de experiencia de estos centros no existen valoraciones válidas de este modelo (no hay evidencia de mayor eficiencia del sistema ni de mejora de los resultados asistenciales). Tampoco se cree que solucione los problemas de la sanidad andaluza: Demora quirúrgica, Financiación, Satisfacción usuario, calidad.., El modelo no afecta a cuestiones como la Calidad o a los tiempos de espera. El problema que parece más evidente es el déficit de recursos humanos, especialmente especialistas, que existe en el panorama sanitario con tendencia a agravarse. La oferta no es muy atractiva profesionalmente: Poblaciones pequeñas, procesos repetitivos, poca diversidad, dificultad de traslados a otros centros.., Y concluye que será preciso incrementar la oferta económica, lo que dificulta el pretendido ahorro, aconsejando integrar la Red de CHARES en el Servicio Andaluz de Salud.



Alexei Stajanov. Donetz, 1935 (102 toneladas de carbón.)

### **Y además, el riesgo de privatización**

La Sanidad es una mina, con enormes recursos muy apetecibles desde muchas perspectivas, tanto de los intereses económicos como de las necesidades sanitarias de la gente. Poniendo por delante estas últimas, el producto que interesa producir es salud y bienestar, ofreciendo unos servicios de calidad a los ciudadanos. Por otro lado, interesa producir más y mejor. No sabemos bien si se está produciendo con mas eficiencia, pero sí sabemos que la demanda es cada vez mayor y los nuevos modelos de gestión priorizan la eficiencia económica. Pero el sistema se muestra insuficiente y se generan listas de espera. Parece razonable buscar soluciones innovadoras. Se les ha llamado de muchas maneras a estos nuevos centros, pero

ese nombre de ALTA RESOLUCION puede sugerir una factoría para quemar las listas de espera. Lo cual es en principio bueno, pero un hospital o un centro de salud no es una mina stajanovista. Si su actividad y gestión se centra excesivamente en la producción a destajo de servicios o quema de listas de espera, se pierden las otras funciones que aportan excelencia a los centros y prestigio a nuestra medicina.

Los indicadores ya nos dicen que se está perdiendo. Y nuestros competidores del sector privado ya lo están utilizando en su publicidad. Juan Abarca, Director del Hospital Privado Madrid-Montepríncipe dijo recientemente: “*la sanidad pública no ha podido adaptarse al ritmo de una sociedad que exige ya ser atendida dentro de unos plazos y unos parámetros que difieren mucho de los de entonces...*”

Nos preocupa especialmente cuales aspectos de privatización pueden incorporar los Centros de Alta Resolución: ¿Financiación, construcción, gestión, equipamiento, externalización de Servicios? Por anteriores experiencias se conocen los riesgos de la privatización: Favores personales, económicos y políticos, costes más elevados (Beneficios, interés capital, gastos administrativos), peores condiciones laborales (Recortes de personal), fraude en empleo de fondos públicos, fragmentación del sistema, emancipación, incremento de las desigualdades. Y al final del recorrido, un Sistema Público Residual (Beneficiencia).



Tomado de ELA Euskal Sindikatua

No está de más recordar las experiencias del Reino Unido. En los 80 la Sra. Thacher externalizó los Servicios No Clínicos (Limpieza, cocina, celadores...). En los 90, National Health Service se fragmentó en más de 300 “pseudoempresas” (Hospitales, ambulancias, urgencias: venta del servicio). Se hicieron contratos sobre Número de intervenciones, tiempos, supervisión de cuentas. Los gestores piensan como hombres de negocios y vienen de la empresa privada. En el 97 nacen los PFI Iniciativas de Financiación Privada. Todos los hospitales nuevos se han construido por consorcios privados. Los contratos de alquiler son por 30 años prorrogables. Y por ultimo, se extiende también a Atención Primaria. Más cercanas están las experiencias de Valencia (La Ribera, Alzira) y los 8 hospitales de Madrid, ejemplos a imitar por la derecha pero que ya han acusado muchas de las consecuencias citadas (pérdidas económicas, explotación del personal, altas prematuras, financiación más cara, costes de rescate, etc.)

Recordemos algunas consecuencias de las PFI: Incrementos de costes sobre el presupuesto original. Endeudamiento. Reducción de camas; Peores condiciones laborales de personal estatutario y contratado; Rigidez estructural y funcional por 30 años; Déficit generalizado; Ahorro mediante recorte de servicios y personal.

En resumen, debo ser bienvenidas las iniciativas de construcción de nuevos centros que intentan mejorar la accesibilidad y la Atención Sanitaria en general de todos, superando las actuales deficiencias y suavizando las desigualdades. Pero no es suficiente con anunciar más

hospitales, es preciso claridad en relación al modelo de propiedad, financiación, gestión, organización, condiciones de trabajo, incentivos, etc. Mientras perseguimos el ideal de una medicina “basada en la evidencia” la evidencia nos dice que son otros los condicionamientos de la medicina real, especialmente los referentes a la progresiva mercantilización y clientelismo, que si bien produce beneficios económicos y políticos, dificulta enormemente la racionalización de la asistencia.

Jorge Barrón Fernández. OSALDE