



## EDITORIAL

*El ciudadano, eje central*

**E**n una sociedad en permanente situación de cambio de hábitos y roles sociales, favorecidos éstos por un acceso a la educación de manera universal, y a la cultura y al conocimiento, de forma extensiva a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, se hace cada vez más evidente un cambio de actitud del ciudadano en su relación con los servicios sanitarios en cuanto éste es plenamente consciente de su posición de usuario-cliente sujeto a derecho, y a opinar, optar y a decidir el "qué", "cuándo", "dónde" y "quién", y que expresa el deseo de intervenir en su proceso asumiendo un papel activo en la toma de decisiones que afectan a su salud, reclamando a su vez un trato personalizado, demandando una atención sanitaria de la mayor calidad, accesible, diligente, ágil y coordinada y con las últimas y mejores tecnologías.

Mantener el magnífico entramado sanitario público, del que dispone nuestro país y de igual modo nuestra comunidad, requiere realizar un gran esfuerzo de adaptación a estas necesidades sentidas por los ciudadanos. Dicho esfuerzo hay que realizarlo en dos vertientes, una en el aspecto inversor, destinado a lograr las mejores instalaciones, los más innovadores equipamientos, dispositivos e instrumentos. Estas acciones, que se están llevando a cabo en nuestra comunidad, suponen un colosal esfuerzo que permitirá cubrir estas necesidades y que nos colocarán en breve a la cabeza de nuestro país en cuanto a capacidad tecnológica. Pero éste aspecto solo, no es suficiente. Hay otro aspecto, posiblemente más crítico



co y difícil de conseguir y que nuestro sistema necesita solventar, como es el de modificar determinado aspecto del quehacer diario del profesional asistencial: romper la barrera de la incomunicación con los demás interlocutores del proceso asistencial del paciente. El actual sistema de gestión del proceso está basado en la microeficiencia y se hace preciso pasar a otro que esté basado en el trabajo en equipo, en la atención coordinada entre niveles, servicios y profesionales, en una concepción holística del individuo y su enfermedad, en una atención basada en la continuidad de cuidados, es decir, en la gestión clínica del proceso asistencial.

El Servicio Extremeño de Salud ha optado por este modelo de forma decidida. La apuesta por incorporar las mejores y más novedosas tecnologías de la comunicación y de la información que van implícitas en el Proyecto Jara facilitará la máxima coherencia del proceso asistencial, y aunque se pueda dar el caso de que algunos profesionales perciban temores de sentirse observados, e incluso de cierta pérdida de libertad, sin duda evidenciarán rápidamente la utilidad de estos instrumentos que le van a propiciar una gran ayuda en su práctica asistencial diaria, una gran capacidad de comunicación e información, y en definitiva, que el proceso asistencial sea ágil, simple y efectivo.

La realidad social nos debe llevar a otra realidad sanitaria, que supone otra cultura, la cultura de la comunicación, del intercambio, de la evidencia científica, del enfoque multidisciplinar, de la asunción de nuevos roles profesionales y de la búsqueda de nuevas estrategias, que sitúen definitivamente al ciudadano como eje central del sistema.

## TRIBUNA



Federico Delgado Mateos

Director General de Presupuestos del Servicio Extremeño de Salud

*Un nuevo modelo de financiación para las áreas de salud*

**C**ada día de un modo mas evidente, los sistemas sanitarios públicos se enfrentan a un proceso de aceleración del gasto, generado por la necesidad de dar respuesta a una cobertura asistencial cada vez mas compleja, con una estructura de financiación limitada, tanto en su cuantía actual, como en su capacidad de crecimiento futura.

Es por ello que, la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos, pasa necesariamente por la puesta en marcha de procesos de contención del gasto y mejora de la eficiencia en la asignación de los recursos existentes.

Los sistemas de financiación tradicionales, basados en la consolidación del gasto histórico, no solo no han sabido dar respuesta a esa necesidad de mejora en la eficiencia, sino que, mas bien al contrario, han actuado como elementos que perpetúan sistemas de gestión inadecuados, asignando los recursos allí donde mas gasto se produce, sin analizar la utilidad generada por dicho gasto.

El Servicio Extremeño de Salud no es ajeno a este proceso y por ello, transcurridos tres años de las transferencias, introducimos un cambio en la estructura financiera de las áreas de salud mediante la creación de un nuevo modelo. El mismo configura un presupuesto global y cerrado, con un sistema de pago prospectivo, diferenciando las funciones de provisión y compra de la actividad asistencial, que deberá ser definida previamente, y efectivamente realizada.

La introducción de este modelo pretende recuperar la utilidad del contrato programa, como instrumento de gestión, vinculando el presupuesto con la actividad, y cuantificando los ingresos a que tiene derecho el área de salud mediante la definición de cuatro bloques de financiación diferentes.

Así establece tres bloques directamente relacionados con los niveles asistenciales definidos por la Ley de Salud, (atención primaria, especializada y sociosanitaria), incorporando un cuarto bloque como cierre del sistema, que

compensa parcialmente la estructura de gasto actual de cada área.

La definición de los ingresos asignados varía en función del bloque de financiación de que se trate, dado que las características asistenciales de cada nivel de atención se configuran de un modo diferente. De este modo, para el caso de atención primaria, se establece un sistema de pago capitulo, que toma como referencia inicial la población protegida, corregida mediante coeficientes de dispersión poblacional, tamaño de población y tramos de edad por zona básica de salud.

En el caso de atención especializada, se define un modelo de financiación basado en la actividad realizada desde siete áreas de producción distintas, determinando para cada una de ellas un indicador de actividad diferente. El área de hospitalización asigna el mayor volumen de recursos, y lo hace tomando en consideración el número de unidades de complejidad hospitalaria. Completan la financiación la actividad realizada en



consultas externas, actividad ambulatoria, urgencias no ingresadas, actividad docente, y determinados procedimientos de alto coste con financiación singularizada.

Finalmente, el bloque de financiación correspondiente a atención socio-sanitaria toma como referencia un sistema mixto, entre capitulo y actividad, en función del carácter mas o menos hospitalario del área de producción de que se trate.

## LA VIÑETA

José Antonio Mateos Pombero

