

XXXIV

Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la
Sociedad Andaluza de
Medicina Interna (SADEMI)

21-23

Noviembre 2013

Palacio de Ferias y
Congresos de Málaga
Málaga



XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

Aspectos éticos de la gestión hospitalaria

XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

¿Ética y Gestión?

Cómo hacer una gestión justa

Ética y gestión hospitalaria

- Justicia y salud: Macro.
- Justicia y salud: Meso.
- Justicia y salud: Micro.

- ¿Es posible una gestión hospitalaria más justa?

Interpretaciones de la justicia

– JUSTICIA LIBERAL CLASICA

- Libertad de intercambio.
- Justo es lo que se consigue en un mercado libre.

– JUSTICIA SOCIALISTA

- Igualdad social (distribución igualitaria); Igualitarismo radical.

– JUSTICIA UTILITARISTA

- Utilidad pública.
- Distribuir de forma que se logre la máxima utilidad social.

– JUSTICIA CONTRACTUALISTA

- Contrato conveniente.
- Igualitarismo cualificado; permite desigualdades justificables por otras consideraciones.

Teoría de Rawls sobre la sociedad justa

- **Principio de libertad:**
 - Régimen de libertades básicas.
- **Principio de igualdad de oportunidades:**
 - Desigualdades sociales y económicas debe estar abiertas a todos en condiciones de igualdad de oportunidades.
- **Principio de la diferencia:**
 - Procurar el máximo beneficio para los más desfavorecidos por la “lotería de la vida”.



Niveles de asistencia sanitaria

- **Estado:**
 - Garante del Derecho a la Asistencia Sanitaria.
 - Limitador de las prestaciones.
- **Instituciones sanitarias:**
 - Gestoras de la asistencia.
 - Deben combinar eficiencia y equidad.
- **Profesionales:**
 - Distribuidores finales-directos de los recursos.
 - Excelencia y eficiencia.

Niveles de asistencia sanitaria

Sociedad	Contrato social. Justicia; Derechos.	MACRO
Economía	Coste; presupuestos.	
Aplicación a la salud	Qué incluir, qué cubrir; “PAQUETE BÁSICO” Equidad y eficiencia	
Empresas sanitarias (hospitales,...)	Objetivos de eficiencia	MESO
Profesional sanitario	Distribuir: Criterio clínico y racionalidad económica	MICRO

Ética y gestión hospitalaria

- Justicia y salud: Macro.
- Justicia y salud: Meso.
- Justicia y salud: Micro.

- ¿Es posible una gestión hospitalaria más justa?

Gasto sanitario

- EEUU 16%
- Francia 11%
- Reino Unido 8,4%
- España 8,5%

(incluye gasto público y privado)

- Nuevas tecnologías sanitarias y productos farmacéuticos
- Pacientes: Edad, patologías, expectativas,...



Aumento de
costes

Distribución de recursos

- **Limitación de recursos:**
 - ¿Sostenibilidad del Estado del Bienestar?
 - Racionalización económica.
 - Financiar actividades que a menor coste produzcan mayor beneficio.
 - ¿Exigibles en prestaciones con baja relación coste/beneficio?
- **Criterios:** Eficiencia, equidad y excelencia:
¿Complementarios?

xxx de octubre de 2010

Datos del Paciente

Nombre y Dirección

Estimado/a Sr/Sra xxx:

Hoy tiene su alta después de haber sido atendido de su problema de salud en este centro y esperamos que haya recibido un servicio sanitario de calidad y se haya sentido cómodo/a durante el tiempo que ha durado su ingreso.

Creemos importante que usted conozca, exclusivamente a título informativo, que los procedimientos y tratamientos que ha recibido en este centro hospitalario, así como el período de hospitalización que ha requerido para su recuperación, suponen un coste que en ningún caso tendrá que abonar ya que, como sabe, la sanidad en Andalucía se financia a través de los impuestos que todos aportamos. Pero queremos hacérselo saber desde el convencimiento de que es una información de su interés para que sea consciente de en qué se emplean los presupuestos de la comunidad autónoma.

Así, en su caso, la asistencia sanitaria prestada en este centro hospitalario con **fecha xx/10/2010** ha ocasionado un gasto por el siguiente concepto:

NOMBRE DE PROCESO/PRUEBA DIAGNÓSTICA

(Por ejemplo: Implantación de Prótesis de Cadera)

Una vez aplicados todos los recursos materiales y humanos dedicados a su tratamiento o proceso dicha asistencia ha tenido un coste estimado de **xxxxxx euros**, en este centro asistencial que, reiteramos, han sido financiados con los impuestos de todos los ciudadanos.

Un cordial saludo,

Empresa Pública Hospital Costa del Sol



Para más información: SaludResponde@juntadeandalucia.es

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Comunidad de Madrid		ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL		Sistema Nacional de Salud															
Producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma a administr., dosis por unidad, número unidades por envase). PRAZOL TARBIS FARMA 20 MG SULAS DURAS GASTORRESISTENTES, APSULAS G ORAL CAPSULAS PVP: 3,14 € EFG		Duración: 60 días / nacimiento Posología: Ver horario de medicación des / toma Cada _____ horas	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento, 11/04/1979 PRUSANMARTIN SANMARTIN, NASS: 28/03430344/30																
HORARIO DE MEDICACIÓN (Si procede). <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Desayuno</td> <td>Comida</td> <td>Cena</td> <td>Al Acostarse</td> </tr> <tr> <td>Posología</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Indicaciones</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Desayuno	Comida	Cena	Al Acostarse	Posología	1	0	0	0	Indicaciones					MÉDICO (Datos de identificación) Fecha: 07/09/2010 CIAS: 1611160102M / MATAIX SANJUAN ANGEL LUIS Col. 00/00000-0		INSTRUCCIONES DEL FARMACÉUTICO (Si procede). En caso de sustitución, indicar especialidad dispensada. Firma del farmacéutico
	Desayuno	Comida	Cena	Al Acostarse															
Posología	1	0	0	0															
Indicaciones																			
AVISO AL PACIENTE (Conserve este volante, puede serle útil). de su propia salud, cumpla adecuadamente el tratamiento hasta el final según ordene su médico. Si un médico o farmacéutico le indica que debe suspender o cambiar otros medicamentos por su cuenta, consulte a su médico o farmacéutico. No acumule en casa medicamentos no utilizados.		FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE LA RECETA MHO 000000 00																	

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES SOBRE LA APORTACIÓN DEL USUARIO EN MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

1. ¿En qué consiste el nuevo modelo de aportación del usuario para la adquisición de medicamentos en las oficinas de farmacia?

El RDL 16/2012 establece una modificación en la aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica, de tal forma que la aportación ya no se relaciona exclusivamente con su calificación como activo o pensionista.

A partir del 1 de julio de 2012 el nuevo modelo de aportación está relacionado con el nivel de renta del usuario, permitiendo la exención de aporte a colectivos como:

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- Personas perceptoras de rentas de integración social, según la acreditación facilitada por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- Los tratamientos derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Propuesta de exclusión de medicamentos de la financiación del SNS

Criterios:

- a) Cumplimiento de los motivos enunciados en el artículo 85ter, apartado I del RD Ley 16/2012,
- b) Confirmación de las indicaciones de estos medicamentos, Real Decreto – Ley, por si en ellas existiese alguna en la que se aconsejase mantener la financiación.
- c) Posibilidad de desplazamiento de prescripciones.
- d) Estado del conocimiento farmacológico
- e) Impacto para las empresas.



I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

- 10952** *Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.*

Preguntas Frecuentes sobre el euro por receta



PROFESIONALES

Ante la próxima aplicación de la tasa de un euro por receta dispensada y a fin de facilitar información a los profesionales sanitarios, previa a su publicación en el BOCM, se adelanta una versión provisional del Documento de Preguntas Frecuentes en relación a dicha tasa.

1. ¿Qué es la tasa del euro por receta?

Es una cantidad que deben abonar los usuarios de la Comunidad de Madrid cuando se les dispensa un producto a través de una receta oficial del Servicio Madrileño de Salud, en una oficina de farmacia de nuestra comunidad.

2. ¿Por qué se establece esta tasa en la Comunidad de Madrid?

La tasa de 1 euro por receta pretende promover una mayor responsabilidad de los ciudadanos en el uso de los recursos y un mejor uso de los medicamentos y productos sanitarios. No tiene un fin recaudatorio en sí mismo, sino que persigue que los usuarios solamente retiren de las farmacias aquellos medicamentos que necesiten y que vayan a utilizar, y no acumulen innecesariamente fármacos en su domicilio.

INSTRUCCIONES SOBRE LA ASISTENCIA SANITARIA A PRESTAR POR EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE NO TENGAN LA CONDICIÓN DE ASEGURADA O BENEFICIARIA

Estas Instrucciones tienen por **objeto** establecer las pautas de actuación en la asistencia sanitaria a prestar a partir del 1 de septiembre de 2012 por todos los centros del **Servicio Madrileño de Salud** a todas aquellas personas que, de acuerdo con lo recogido en el *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* (en adelante, RDL 16/2012) y del *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud* (en adelante, RD 1192/2012), no tengan la condición de asegurada¹ o beneficiaria².

“Les dejaré la tarjeta a mis amigos para que vayan al médico”

El préstamo de carnés de asegurados se plantea como solución entre los sin papeles. Los médicos temen el caos en los historiales.

[Javier García Pedraz](#) Madrid [30 AGO 2012 - 21:42 CET1379](#)



Joven inmigrante que sufre hepatitis C y se queda sin tarjeta sanitaria. / Santi Burgos

Los inmigrantes sin papeles que enfermen a partir de mañana no tendrán acceso a la Sanidad y harán lo que puedan para recibir atención médica.

Además, insiste en que es importante tener la certeza de que me “devuelvan” la tarjeta. Vive en España desde 1998, tiene permiso de residencia y mantendrá el acceso a la asistencia médica. Sanidad exigirá a partir de mañana a los inmigrantes sin papeles que adquieran un seguro médico por valor [de 710 euros al año para ser atendidos](#) como cualquier usuario de la Seguridad Social.

Menos gasto sanitario, más mortalidad por cáncer

En los países que gastan menos de 2.000 dólares per cápita en sanidad en torno al 60% de los pacientes muere tras el diagnóstico

28 de septiembre de 2013

<http://www.redaccionmedica.com>

Redacción. Amsterdam

Cuanto mayor es el gasto sanitario de un gobierno nacional de la Unión Europea (UE), menor es el número de muertes tras el diagnóstico de cáncer en ese país, según ha revelado una nueva investigación presentada en el Congreso Europeo del Cáncer 2013.

Los autores del estudio, publicado simultáneamente en la revista científica especializada 'Annals of Oncology', han indicado que una riqueza y un gasto sanitario mayores están asociados tanto con una mayor incidencia del cáncer como con una menor mortalidad por esta enfermedad, resaltando el caso específico del cáncer de mama.

En el estudio se ha analizado indicadores de riqueza y gasto sanitario tales como el producto interior bruto (PIB) de cada país, sus porcentajes del PIB invertidos en sanidad, los gastos sanitarios por persona y año, y los han comparado con sus estimaciones del porcentaje de personas que mueren tras un diagnóstico de cáncer. Mientras que la población de Europa occidental, con unos 500 millones de personas, casi cuadruplica la de Europa oriental, el PIB total de los países occidentales es más del doble que el de los orientales. Los investigadores también han encontrado una gran diferencia entre los gastos sanitarios de estos países. El punto de corte entre el gasto sanitario de Europa occidental y oriental está en unos 2.600 dólares por persona y año. Así, el país de Europa occidental con el menor gasto por cápita: 2.690 dólares, mientras que entre los países de Europa oriental el mayor: 2.551 dólares. En Europa oriental, Luxemburgo destina la mayor cantidad de dinero en sanidad (2.551 dólares por persona y año) y, en la oriental, Rumania destina la menor (818 dólares por persona y año).

Los investigadores han concluido que, en proporción, Europa oriental presenta una menor incidencia del cáncer y una menor mortalidad, y que ocurre lo contrario en la Europa occidental.

Así, en los países que gastan menos de 2.000 dólares per cápita en sanidad, como Rumanía, Polonia y Hungría, en torno al 60 por ciento de los pacientes muere tras el diagnóstico de cáncer. En países que destinan entre 2.500 y 3.500 dólares el porcentaje desciende hasta un 40 por ciento o 50 por ciento, como es el caso de Portugal, España y Reino Unido. Ya subiendo a los 4.000 dólares, muere menos del 40 por ciento de los pacientes, como en los casos de Francia, Bélgica y Alemania.

¿Cómo limitar prestaciones?
¿Quién? ¿Qué? ¿Por qué?

Distribución de recursos

- **Limitación de recursos:**
 - Catálogo explícito desde 1995 (RD 63/1995 Ordenación de prestaciones sanitarias del SNS).
 - Cambios posteriores:
 - el gasto sanitario,
 - población cubierta,
 - prestaciones,
 - la percepción de lo que es una “necesidad” sanitaria,
 - envejecimiento,...
 - Otros países
 - Debates públicos para formular criterios explícitos.
 - Revisión del catálogo de prestaciones.

Identificación y Priorización de Necesidades de Salud

Red sobre Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios

(2010)

Estrategia de búsqueda	Base de datos	Nº de estudios
("Health Priorities/classification"[MeSH] OR "Health Priorities/economics"[MeSH] OR "Health Priorities/ethics"[MeSH] OR "Health Priorities/history"[MeSH] OR "Health Priorities/legislation and jurisprudence"[MeSH] OR "Health Priorities/organization and administration"[MeSH] OR "Health Priorities/standards"[MeSH] OR "Health Priorities/statistics and numerical data"[MeSH] OR "Health Priorities/trends"[MeSH])	Medline	971
3.3. priority setting 3.4. health priorities 3.5. health economics	Cochrane Library	206
(Priority setting.mp) and (Health priorities.mp)	Best Evidence	256

Tabla 3. Categorías para priorizar servicios sanitarios en Oregón.

1	Proceso agudo fatal, el tratamiento impide la muerte y permite la total recuperación.
2	Atención maternal, incluidos las enfermedades de los recién nacidos.
3	Proceso agudo fatal, el tratamiento impide la muerte pero no permite la total recuperación
4	Atención preventiva para los niños
5	Enfermedad crónica fatal, el tratamiento alarga y mejora la calidad de vida.
6	Servicios de reproducción, se excluyen los servicios de maternidad y de infertilidad.
7	Cuidados paliativos.
8	Atención dental preventiva para niños y adultos.
9	Intervenciones preventivas en adultos.
10	Proceso agudo no fatal, el tratamiento permite la recuperación al estado de salud previo.
11	Enfermedad crónica no fatal, el tratamiento de una sola vez mejora la calidad de vida.
12	Proceso agudo no fatal, el tratamiento no permite la recuperación al estado de salud previo
13	Enfermedad crónica no fatal, el tratamiento repetido mejora la calidad de vida.
14	Proceso agudo no fatal, el tratamiento acelera la recuperación.
15	Servicios de infertilidad.
16	Intervenciones preventivas menos eficaces en adultos.
17	Procesos fatales o no, el tratamiento produce una mínima mejora en la calidad de vida.

Informe Dunning (Holanda)

- Salud valorada desde 3 puntos de vista: Individual, profesional y de la comunidad.
 - Posibilidad para todo miembro de la comunidad de participar en la vida social.
- Paquete básico: 95% de los servicios sanitarios.
- **Criterios de selección** de prestaciones para delimitar el paquete básico:
 - que la asistencia sea necesaria desde el punto de vista de la comunidad,
 - que sea efectiva,
 - que sea eficiente,
 - que no pueda dejarse a la responsabilidad individual.

Informe Dunning (Holanda)

Los cuatro "filtros" para los servicios sanitarios del Informe Dunning

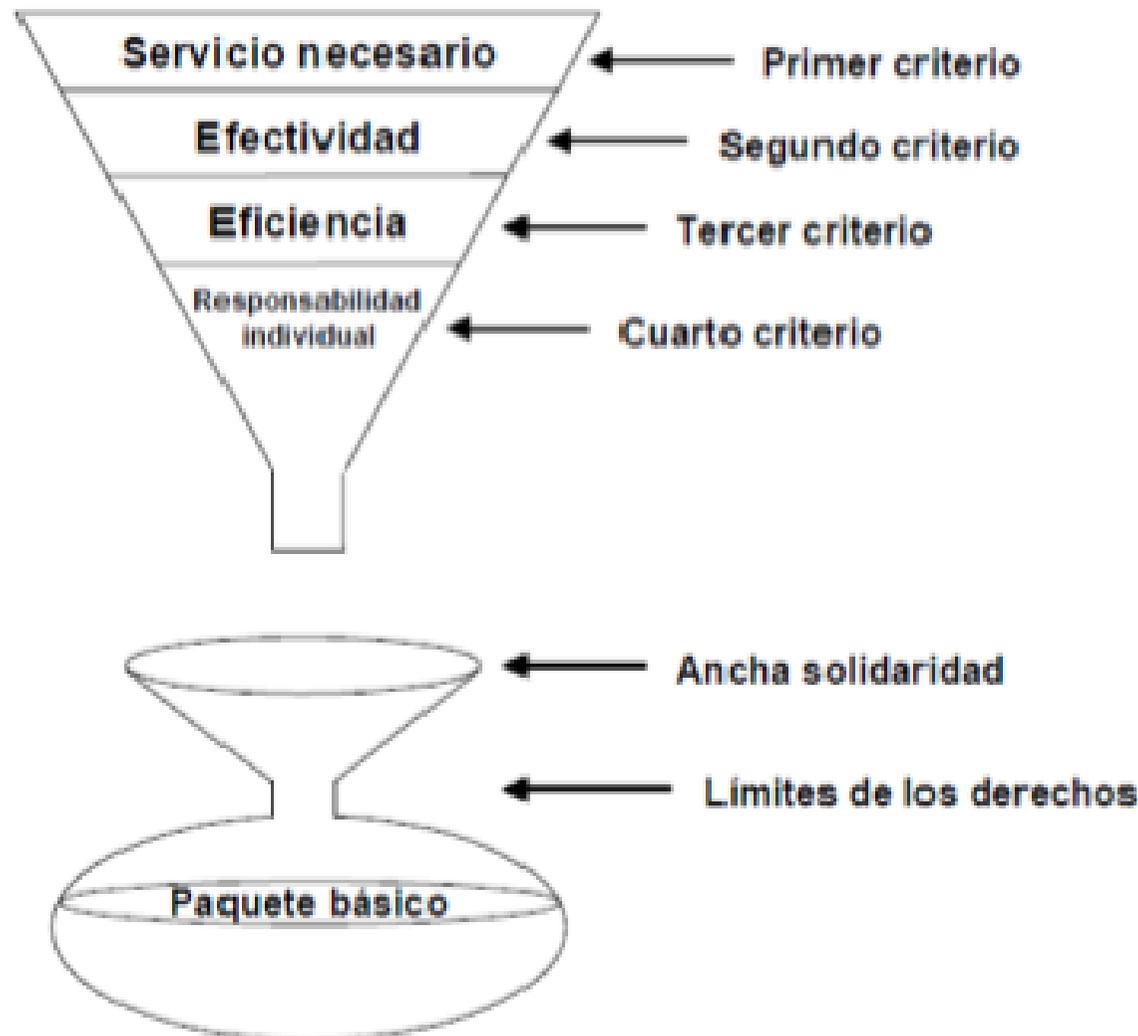


Tabla 4. Valores del proceso de priorización.

	NORUEGA	SUECIA	OREGÓN	HOLANDA	CANADÁ	REINO UNIDO	NUEVA ZELANDA	DINAMARCA
Principio de dignidad humana		X						
Principio de solidaridad		X						
Principio de coste-efectividad		X						
Valor para la sociedad			X	X				
Valor individual			X					
Justicia, legitimidad, aceptabilidad	X			X	X			
Equidad	X			X		X	X	
Transparencia								
Accesibilidad				X				X
Democracia								X
Cobertura universal			X	X		X	X	
Protección de colectivos especiales			X				X	

España

- REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
 - Artículo 11. Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.
 - **1. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.**
- <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/home.htm>

Ética y gestión hospitalaria

- Justicia y salud: Macro.
- Justicia y salud: Meso.
- Justicia y salud: Micro.

- ¿Es posible una gestión hospitalaria más justa?

Gestión mercantilista

- Gestión centrada en la reducción de **costes**:
 - Convertir los medios (la racionalidad económica) en su principal fin.
 - Sin tener presente que hay un mínimo de calidad.
- Gestión únicamente para la consecución de **objetivos**:
 - ¿Representan las expectativas de la sociedad?
 - Introducir en ellos incentivos por gastar menos sin considerar el criterio de indicación.
- Buscar la **satisfacción de los usuarios**, recurriendo a mejoras formales (ej. Hostelería).
 - ¿Y la comparación entre criterios de calidad clínica?

The Cost of Satisfaction

A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality

Joshua J. Fenton, MD, MPH; Anthony F. Jerant, MD; Klea D. Bertakis, MD, MPH; Peter Franks, MD

Background: Patient satisfaction is a widely used health care quality metric. However, the relationship between patient satisfaction and health care utilization, expenditures, and outcomes remains ill defined.

Methods: We conducted a prospective cohort study of adult respondents (N=51 946) to the 2000 through 2007 national Medical Expenditure Panel Survey, including 2 years of panel data for each patient and mortality follow-up data through December 31, 2006, for the 2000 through 2005 subsample (n=36 428). Year 1 patient satisfaction was assessed using 5 items from the Consumer Assessment of Health Plans Survey. We estimated the adjusted associations between year 1 patient satisfaction and year 2 health care utilization (any emergency department visits and any inpatient admissions), year 2 health care expenditures (total and for prescription drugs), and mortality during a mean follow-up duration of 3.9 years.

Results: Adjusting for sociodemographics, insurance status, availability of a usual source of care, chronic dis-

ease burden, health status, and year 1 utilization and expenditures, respondents in the highest patient satisfaction quartile (relative to the lowest patient satisfaction quartile) had lower odds of any emergency department visit (adjusted odds ratio [aOR], 0.92; 95% CI, 0.84-1.00), higher odds of any inpatient admission (aOR, 1.12; 95% CI, 1.02-1.23), 8.8% (95% CI, 1.6%-16.6%) greater total expenditures, 9.1% (95% CI, 2.3%-16.4%) greater prescription drug expenditures, and higher mortality (adjusted hazard ratio, 1.26; 95% CI, 1.05-1.53).

Conclusion: In a nationally representative sample, higher patient satisfaction was associated with less emergency department use but with greater inpatient use, higher overall health care and prescription drug expenditures, and increased mortality.

Arch Intern Med.

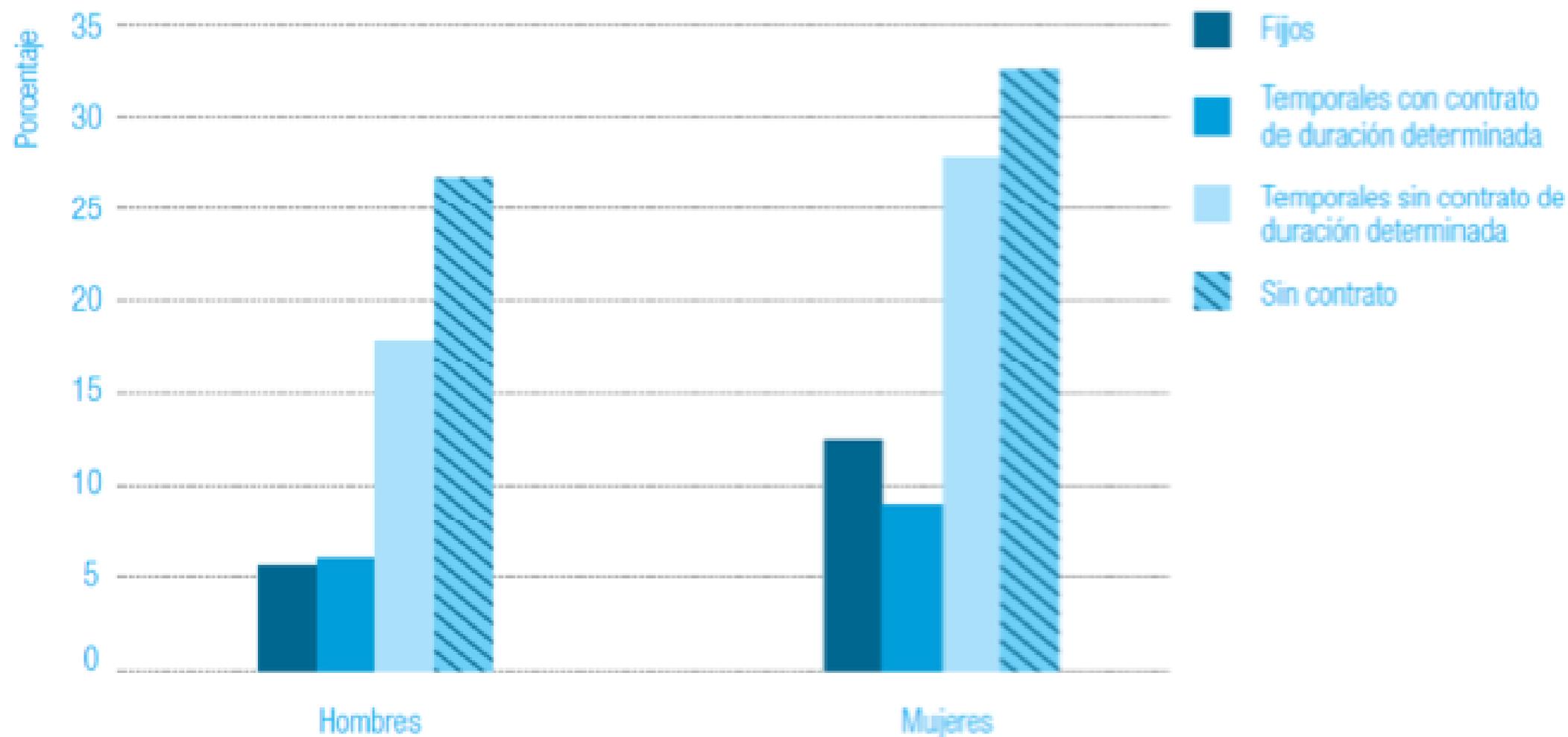
Published online February 13, 2012.

doi:10.1001/archinternmed.2011.1662

Profesional sanitario

- **Responsable** multi-nivel.
 - Incluye la gestión de recursos.
- Abordaje **economicista**:
 - Profesión sin ánimo de lucro:
 - Objetivo directo: Salud.
 - Desmoralización.
- **Objetivos.**
- **Condiciones laborales.**
 - ¿Profesionales o mercenarios?

Prevalencia de los problemas de salud mental entre trabajadores manuales en España en función del tipo de contrato.



Fuente: Artazcoz et al., 2005

Objetivos

- **Indicadores de calidad asistencial: 25-50%**
 - Actividad y rendimiento; Continuidad asistencial.
- **Perfil de prescripción farmacológico: 25-50%**
 - Calidad de prescripción y el dinero facturado.
- **Otros: 15-20%**
 - Calidad, Investigación, Docencia.

Objetivos

- ¿Quién? ¿Cómo?
- ¿Enfermedad como proceso integral?
 - Bajas, visitas, ingresos, otros tratamientos,...
- ¿Evaluaciones económicas?
- Consejo General de Colegios Médicos:
 - “podrán los médicos negarse a cumplir aquellas órdenes de contenido económico, impuestas por la autoridad sanitaria, si violentaran su conciencia y libertad, o pudieran causar perjuicio a los enfermos”
 - Posible la objeción de conciencia.

Clínicos afirman que la gestión sanitaria está coartando la libertad de prescripción

No coinciden en si el médico es responsable de los efectos negativos de una fármacos prescritos bajo “presión”

¿Está maniatada la libertad de prescripción de los médicos ante las sucesivas medidas de racionalización del medicamento, particularmente las ideadas por las regiones? Así parece ser. Es más, la responsabilidad parece recaer sobre una gestión sanitaria destinada casi exclusivamente a disminuir el impacto económico de la prescripción.

Estas son las principales conclusiones de los representantes de sociedades científicas y profesionales reunidos en la mesa redonda Límites en el acceso a los medicamentos: Transparencia versus opacidad. Efectos sobre la prescripción y sobre los derechos de los pacientes, que ha tenido lugar durante el XX Congreso Nacional de Derecho Sanitario este jueves. “Aunque estamos de acuerdo en el control del gasto, en ningún momento se puede ver comprometida la calidad de la prescripción médica”, critica José Manuel Bajo Arenas, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españoles (Facme).

Esta opinión la comparte Benjamín Abarca, presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), quien recuerda que “dar una prescripción adecuada es un derecho y un deber del médico, en el que también tienen que tener en cuenta la sostenibilidad del sistema”. Con todo, critica la “doble moral de la Administración, que financia unos productos que luego declara de baja utilidad terapéutica” para limitar su uso. Por eso le pide que “dicte un límite de eficiencia para no pagar un medicamento”.

Por todo esto, Eduardo Martín Serrano, presidente de la Asociación Andaluza de Derecho Sanitario, se pregunta si “la gestión es de salud o meramente económica”.

Actividad y rendimiento	Objetivo 2012	PONDERACION
Abrir agendas de acuerdo a normativa (meses)	≥ 12	30%
Estancia media (días)	$\leq 7,9$	
Índice sucesivas primeras	< 3	
Peso medio	$> 2,25$	
Porcentaje de reprogramacion consultas	$< 5\%$	

Continuidad asistencial

Gestión económica: medicamentos, productos sanitarios, pruebas diagnóstico

Coste medio en medicamentos por alta hospitalaria por UCH	Desv $< 15\%$ resp 2011
Coste tratamiento por paciente adulto VIH tratado con antirretrovirales	< 8.400
% pacientes con ABACAVIR respecto al total	$> 25\%$
% pacientes con DARUNAVIR respecto al total	$< 10\%$
% ARA II + asoc / total sistema renina - angiotensina en prescripción por receta	$< 30\%$
Importe envase estatinasn en prescripción por receta	< 15
Importe DDD IBP Omeprazol (€) en prescripción por receta	$< 0,20$

Calidad, Investigación y Docencia

Implantar programa de conciliacion en pacientes al alta	> 75 años	20%
Evaluar cumplimiento de protocolos	1/ semestre	
Gestionar las reclamaciones en $<$ de 10 días, analisis y propuestas de mejora	100%	
Realizar informe de alta cumpliendo la Orden Ministerial 6/9/1984 en los 15 días del alta	100%	
Notificar RAM / año	≥ 15	
Realizar publicaciones o comunicaciones (1 FEA / año)	16	
Realizar actas de las sesiones unidad (sesion/acta / periodo)	> 1	

Objetivos

Grado de cumplimiento	Nivel
> 90% del objetivo cumplido	100 % de lo pactado
80 % - 89 % del objetivo cumplido	95 %
70%- 79% del objetivo cumplido	90%
< 70 % del objetivo cumplido	0%

La firma y cumplimiento de objetivos lleva asociada un incentivo económico para cada uno de los facultativos de las Unidades. La cuantía de este incentivo dependerá del grado de cumplimiento del Pacto de Objetivos firmado y será responsabilidad del Jefe de Unidad realizar la distribución de dicho incentivo entre los miembros de su Unidad, atendiendo siempre a datos objetivos de implicación y participación de cada uno de ellos en la consecución de los objetivos pactados. La Dirección evaluará los Objetivos de la Unidad en su conjunto.

Objetivos

Artículo 23 CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

GUÍA DE ÉTICA MÉDICA

1.- El médico debe disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas, que le permita actuar con independencia y garantía de calidad.

3.- Los incentivos ligados a la prescripción tendentes a aliviar el gasto sanitario deberán tener presente la mejoría de la eficiencia salvaguardando la calidad asistencial y la libertad de prescripción.

4.- Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión de recursos actuarán siempre guiados por el bien colectivo y la equidad. Tienen un deber deontológico de honradez y ejemplaridad.

5.- El médico no puede aceptar una remuneración fundada en normas de productividad, de rendimiento horario ó cualquier otra disposición que atente objetivamente contra la calidad de su asistencia.

Políticas fundamentales para promover el uso racional de medicamentos (OMS 2002).

- I. Legislación.
- II. Financiación pública.
- III. Agencias nacionales interdisciplinarias.
- IV. Comisiones de farmacia.
- V. Lista de medicamentos esenciales (prioritarios).
- VI. Educación sanitaria de la población sobre medicamentos.
- VII. Rechazo de incentivos con efectos negativos.
- VIII. Elaboración de directrices clínicas.
- IX. Cursos de farmacoterapéutica basados en problemas concretos en los estudios universitarios.
- X. Formación médica continua.
- XI. Información independiente.
- XII. Evaluación del uso de medicamentos
- XIII. Farmacovigilancia.

Ética y gestión hospitalaria

- Justicia y salud: Macro.
- Justicia y salud: Meso.
- Justicia y salud: Micro.

- ¿Es posible una gestión hospitalaria más justa?

¿Es posible una gestión hospitalaria más justa?

- Macro:
 - Claridad.
 - Rigor.
 - Participación.
- Meso:
 - Hospital como “sujeto moral”.
 - Responsabilidad social.
 - Potenciar la excelencia profesional.
 - Educación / transparencia / análisis comparativos.
- Micro:
 - Criterios.

Prioridades en ética clínica

- Indicaciones para la intervención médica
 - Preferencias del paciente
 - Calidad de vida
 - Factores socioeconómicos
- } Mayor peso cuando los otros dos sean poco relevantes

Clinical Ethics, A. Jonsen, M. Siegler y W. Winslade .1986

Desde los 90 los aspectos socioeconómicos (justicia) cada vez mayor importancia, así como el papel de los profesionales sanitarios en la distribución de los recursos.

Profesional sanitario

- **Criterios de microdistribución:**
 - Indicaciones para la intervención médica.
 - Actividad pública:
 - Criterio de indicación.
 - Actividad privada:
 - Criterio de indicación y de no indicación.
 - Toda actividad:
 - Prohibido la contraindicación.
 - Preferencias del paciente.
 - Calidad de vida.
 - Factores socioeconómicos.

* Decisión racional al menor coste: Riesgo, incomodidad, sufrimiento, uso de recursos y tiempo.

Objetivos

- **Requisitos:**

- Buena práctica: Aumentar la calidad y la seguridad.
 - Buena medicina: Barata.
 - Introducir prácticas/eliminar otras obsoletas.
- No coarten la libertad.
- Alcanzables.

- **Participación activa:**

- Acordes a criterios de indicación
- Visión global de la enfermedad.
- Considerando los recursos.

Objetivos

- Coste tratamiento por paciente adulto VIH tratado con antirretrovirales < 8.400 (CAM):
 - Nada que comentar (salvo que este probablemente debiera ser el único indicador relacionado con el tratamiento antirretroviral; de acuerdo con los comentarios que haremos en los dos siguientes).
- % pacientes con ABACAVIR respecto al total > 25 % (CAM):
 - Este objetivo tiene algún año desde que se incluyó y ha quedado obsoleto: en estos momentos este fármaco YA NO ESTÁ EN PRIMERA LÍNEA de elección en la Guías de Tratamiento nacionales e internacionales; por lo que no es defendible.
- % pacientes con RALTEGRAVIR respecto al total < 10% (CAM):
 - El control sobre este fármaco estaba basado en un coste superior al de otras alternativas de primera línea. Este año, se ha rebajado su coste, por lo que este indicador debería quedar relajado al menos en un porcentaje equivalente al de la minoración del coste.

Objetivos

- **Aceptable:**

- Incentivar la eficiencia en la buena práctica y gestión.

- **Inaceptable:**

- Malas prácticas.
- Proporcionales al % de ahorro o gasto:
 - Ahorro: Mercantilización
 - Conflicto de intereses: Pérdida de confianza.

Profesional sanitario

- ¿Libertad completa con recursos limitados?
 - Escasez / Coste.
 - Transparencia:
 - Protocolos administrativos.
 - Informar de la cartera y de las limitaciones.
 - No las limita el profesional.

¿Es posible una gestión hospitalaria más justa?

- Macro:
 - Claridad.
 - Rigor.
 - Participación.
- Meso:
 - Hospital como “sujeto moral”.
 - Responsabilidad social.
 - Potenciar la excelencia profesional.
 - Educación / transparencia / análisis comparativos.
- Micro:
 - Criterios.

XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

Muchas gracias