

José Augusto García: "Me gustaría que la ministra visitase Cataluña para conocer de primera mano su modelo"

El director general del CSC insta a Mónica García a poner en marcha un estudio que compare la gestión directa con otras formas de gestión.



José Augusto García Navarro es el director general del Consorcio Sanitario y Social de Cataluña (CSC). Foto: DIARIO MÉDICO.



Carmen Fernández | Barcelona Actualizado Mar, 05/03/2024 - 16:00

Los agentes del sector concertado catalán están a la espera de que el Gobierno de detalles sobre cómo pretende "blindar" la gestión sanitaria directa (o administrativa) en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), donde ya es mayoritaria, de acuerdo con lo recogido en el pacto de gobierno de PSOE y Sumar para esta legislatura y lo anunciado por la ministra de Sanidad, Mónica García, en una comparecencia en el Congreso de los Diputados.

Ese blindaje ya se intentó en la anterior legislatura con el proyecto de Ley que modifica diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del SNS, que no acabó su trámite por la convocatoria anticipada de las elecciones generales.

Si un nuevo proyecto de ley con el mismo objetivo llegase a aprobarse en esta legislatura, pondría patas arriba al llamado modelo sanitario catalán, en el que un 65% de su provisión asistencial está en manos de centros públicos con gestión empresarial (no directa) y de privados sin afán de lucro (órdenes religiosas, mutualidades, fundaciones), que forman parte de la red Siscat (Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña) y están concertados con el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).

"ESTÁ TODO PARADO", A LA ESPERA DE QUE HAYA UN TEXTO

José Augusto García Navarro, director general del Consorcio Sanitario y Social de Cataluña (CSC), que representa a consorcios, empresas públicas y fundaciones sanitarias de la comunidad autónoma, ha explicado a este diario que "está todo parado", porque sin conocer los detalles (texto) del anteproyecto legislativo es pronto para ponerse en contacto, tal y como hicieron en la pasada legislatura, con los grupos del Parlamento autonómico, para que a su vez se pongan en contacto con los del Congreso de los Diputados y allí actúen en defensa del modelo catalán.

Activar a la cámara legislativa autonómica no costaría mucho puesto que, tal y como comprobó este diario días atrás, sus grupos políticos conocen la intención del Gobierno PSOE-Sumar de elaborar una ley específica para "garantizar y blindar la gestión directa" en todo el SNS y, incluido el PSC, cierran filas en torno a las competencias sanitarias autonómicas y un modelo sanitario en el que históricamente (desde antes de las transferencias sanitarias a la comunidad autónoma) han venido coexistiendo la gestión pública directa y la empresarial.

Tampoco puede ahora mismo el CSC, ha apuntado, tratar de ponerse de acuerdo con la Unión Catalana de Hospitales (La Unió) y la Agrupación Catalana de Establecimientos Sanitarios (ACES) para coordinar sus actuaciones al respecto; las tres entidades son las que negocian el convenio colectivo en la mesa del Siscat (personal laboral de centros públicos y privados concertados con el CatSalut).

García Navarro dice que, mientras tanto, le gustaría que "la ministra visitase Cataluña para conocer de primera mano lo que es el modelo sanitario catalán, en el que conviven sin problemas la gestión directa en los centros del Instituto Catalán de la Salud (ICS) con la de los centros igualmente públicos pero con gestión empresarial como es, por ejemplo, el Hospital Clínic de Barcelona".

CONTENIDOS RELACIONADOS

García anuncia un pleno del CI sobre primaria el 9 de febrero y la aprobación inminente de la Agencia Estatal de Salud Pública

Cataluña: el Parlamento cierra filas en torno a las competencias autonómicas

¿Podrá García articular una ley de gestión directa del Sistema Nacional de Salud? "Imposible"

El director general del CSC ve en el objetivo del Gobierno una "colisión importante" entre lo que es la sanidad pública, financiada con impuestos y sometida a presupuestos que pasan por los parlamentos autonómicos, universal y gratuita con las diferentes modalidades de gestión".

Recuerda que los centros públicos con gestión empresarial tienen que cumplir también con la normativa de contratación y licitación pública, el mismo sistema de contabilidad público (SEC95) y someterse a auditorías, la intervención de la administración y la Sindicatura de Cuentas.

¿QUÉ DIFERENCIA HAY ENTRE CLÍNICA Y VALL D'HEBRON?

Defiende el modelo catalán porque, a su juicio, funciona y no crea distorsión en la provisión de servicios: "¿Qué diferencia hay entre un cáncer atendido en el Clínic de Barcelona (gestión empresarial, Siscat) y uno en el Valle de Hebrón (del ICS, gestión directa)?: Las dos redes (Siscat/ICS), recuerda, al margen de su fórmula de gestión, "están perfectamente integradas y el usuario no percibe ninguna diferencia".

Intuye que fuera de Cataluña hay quienes "oyen hablar de concierto y lo consideran como algo complementario, para cubrir asistencia a la que no llega el sistema público", pero en esta comunidad, destaca, "el concertado presta toda la atención" en un territorio concreto en el que el ICS (gestión directa) no lo hace.

PONER YA EN MARCHA UN ESTUDIO COMPARATIVO

También cree García Navarro que, además de intentar conocer bien el modelo catalán, la ministra debería de poner ya en marcha la realización de un estudio sobre gestión de hospitales y de atención primaria (en Cataluña esta red está gestionada por el ICS, consorcios y entidades de base asociativa de profesionales para autogestión) que mida y compare la eficiencia en la actualidad, porque los que hay tienen unos años.

Recomienda, mientras tanto, la lectura de éstos:

-Evaluación de la eficiencia técnica de los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud, de la Universidad de Granada, la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Universidad de Jaén. Concluye que solo el 12,17% de los hospitales pueden ser considerados eficientes en términos globales; existe un amplio margen de mejora en la eficiencia técnica hospitalaria, aunque con diferencias notables entre comunidades autónomas, y los Servicios de Salud del País Vasco, Cataluña y Madrid son los que presentan un mayor porcentaje de hospitales eficientes. Y también que "la personalidad jurídica del hospital, con independencia de su propiedad pública o privada, está relacionada con un aumento de la eficiencia técnica en aproximadamente 11 puntos en relación con los hospitales públicos tradicionales sin personalidad jurídica propia. La condición de adoptar modelos de concesión sanitaria (modelo Alzira) o empresas públicas sanitarias con PFI asociado o sin él, así como la configuración de hospitales como centros privados (tanto lucrativos como no lucrativos) y consorcios explican porcentajes no despreciables de la eficiencia técnica hospitalaria".

-Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión, de Iasist, empresa del grupo IQVIA especializada en gestión hospitalaria, sobre diferentes modelos de gestión hospitalaria existentes en España. Indica que los hospitales del SNS con formas de gestión diferentes a la gestión directa administrativa tradicional muestran unos mejores resultados en indicadores de eficiencia funcional (gestión de camas, mayor tasa de cirugía sin ingreso), económica (coste de producción) y productividad de sus plantillas, siendo hospitales de menor tamaño y plantilla. La mayor eficiencia no condiciona la calidad científico-técnica. Los hospitales con otras formas de gestión muestran resultados en calidad científico-técnica (mortalidad, complicaciones y readmisiones ajustadas por riesgo) iguales o superiores a los centros de gestión directa administrativa. No hay diferencias significativas entre los dos modelos de gestión en cuanto a la edad y complejidad de los pacientes hospitalizados. Y hay hospitales del modelo de gestión administrativa directa que consiguen unos resultados notables en cuanto a eficiencia.

-Management in Healthcare: Why good practice really matters, de McKinsey & Company y la London School of Economics, que llegó a la conclusión de que existe una variación significativa en la calidad de las prácticas de gestión hospitalaria dentro de un país, y que hay una fuerte relación entre una serie de factores y las prácticas de gestión eficaces. En particular: la competencia ayuda a mejorar los estándares gerenciales; los hospitales con administradores clínicamente calificados se asocian con una gestión mucho mejor, y los hospitales con puntuaciones más altas otorgan a los gerentes mayores niveles de autonomía que los de menor rendimiento. En lo que respecta a la propiedad, los hospitales privados (incluidos los sin fines de lucro) logran mayores puntuaciones de gestión que los hospitales públicos en todos los países.

MAS DE 200 expertos en VIH y 8 sedes simultáneas comparten el primer año de Vocabria - Rekamby [1,2] Ofrecido por VIV

¿Cuánto sabes del pasado y del presente de Vicks? Ofrecido por Vicks

Estamos decididos a explorar nuevos límites científicos con el objetivo de dar esperanza a los pacientes oncológicos Ofrecido por Boehringer Ingelheim

Potencial de las sustancias de origen vegetal en el tratamiento de la tos y el resfriado ¿Pueden marcar la diferencia? Ofrecido por P&G

Nuevo proyecto para la formación de profesionales sanitarios en simulación cardiovascular Ofrecido por Altadis

OTRAS WEBS DE UNIDAD EDITORIAL

- Unidad Editorial: Unidad Editorial, Noticias-El Mundo, Economía - Expansión, Conferencias y Formación, Información - Orbyt
- Ocio: Deportivo - Marcia.Com, Viajes - Ocholeguas.Com, Moda - Telva, Música - Tótemnia, Ocio - Tramitius, Logintegral, Lotería de Navidad, BUHO Magazine
- Salud: Correo Farmacéutico, CuidatePlus, Masters - Escuela Unidad Editorial

© Julio 2018 Unidad Editorial Revistas, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La información que figura en esta página web, está dirigida exclusivamente al profesional destinado a prescribir o dispensar medicamentos por lo que requiere una formación especializada para su correcta interpretación. S.V.P. Nº 01/20-W-CM concedida por la Comunidad de Madrid, autoridad competente en la materia, el 26 de febrero de 2020.

Contacto Política de privacidad Publicidad Términos y condiciones de uso Política de Cookies

Prescribir medicamentos, administrar suero intravenoso y realizar y valorar electrocardiogramas son competencias de los facultativos médicos, menos para un enfermero en Aldeanueva de la Vera (Cáceres) que realizó dichas funciones y para quien la Fiscalía pide cinco años de prisión.

En su escrito de conclusiones provisionales, el Ministerio Público consigna que este enfermero cometió un delito de intrusismo profesional y otro de falsedad en documento oficial, pues, además, se hizo pasar por una de las médicas de la localidad para prescribir y firmar recetas de su puño y letra.

El Ministerio Fiscal relata que el acusado, entre los meses de febrero de 2015 y 2016, expidió una receta de un antibiótico a un paciente, en otras recetas simuló la firma de la doctora y atendió en su consulta de enfermería del centro de salud a un paciente con dolor en un gemelo.

SIN SUPERVISIÓN FACULTATIVA

Asimismo, y a raíz de un aviso domiciliario, valoró al paciente de una "disona de reposo" y edemas y realizó un electrocardiograma, el cual interpretó y valoró como "fibrilación auricular crónica", todo, según remarca la Fiscalía, "sin la supervisión facultativa".

En una ocasión, el acusado procedió a suturar y aplicar