

Diez temas
candentes
de la
Sanidad
española
para 2017

¿'Pacto de
Estado' o
reformas
posibilistas?



Título: DIEZ TEMAS CANDENTES DE LA SANIDAD ESPAÑOLA PARA 2017
¿'PACTO DE ESTADO' O REFORMAS POSIBILISTAS?

Coordinación y Diseño: Diario Médico
Edita: Unidad Editorial Revistas

Depósito Legal NÚMERO M-1194-2017

Diez temas candentes de la Sanidad española para 2017

¿'Pacto de Estado' o reformas posibilistas?

Índice

Presentación	5
Introducción	6
Participantes	7
Resumen ejecutivo	8
Los temas candentes	10
1: Sacudir al Sistema Nacional de Salud	10
2: Un tema eterno: la financiación	16
3: El dolor crónico del Sistema Nacional de Salud. La gestión de recursos humanos y sus achaques continuos	20
4: Fármacos y tecnologías innovadoras, ¿cómo incorporarlos?	26
5: Comprar de forma más eficaz, comprar mejor	30
6: Provisión privada. Un nuevo fantasma recorre la sanidad española: el 'paleoprogresismo'	34
7: El paciente en el centro: pasar del eslogan publicitario a la realidad	40
8: Medir para comparar resultados y mejorar	46
9: La transformación digital del sistema sanitario: más allá de la historia y la receta electrónicas	52
10: ¿Gobernanza madura o 'mareas blancas'?	58
Índice de figuras	67
Índice de tablas	68
Índice de casos	69
Patrocinadores y contactos	70

Presentación

Cuando se habla de los problemas del sistema sanitario en España no es infrecuente referirse a la necesidad de un *Pacto de Estado por la Sanidad*, como la panacea universal de todos sus males.

El problema es que nos da la impresión de que cada proponente piensa algo distinto -si no contrapuesto- en cuanto al alcance del mencionado *Pacto*. Posiblemente, algunos piensen en *un acuerdo para que nada cambie*, mientras otros parecen referirse a un *big-bang* que cuestione todos los componentes del sistema y permita empezar de cero.

El espíritu que inspira este documento dista mucho de ambas posiciones, más bien creemos en un conjunto de reformas posibilistas que den respuesta a ciertos retos que el sistema español -como el resto de los europeos- no tenía cuando nació, pero que ahora están muy presentes:

- El gran envejecimiento de la población, consecuencia de un aumento acelerado de la esperanza de vida;
- Las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, que permiten solucionar problemas hasta ahora no abordables por la Humanidad;
- Las tecnologías de la información, que abren perspectivas para dar asistencia en condiciones muy distintas a las tradicionales;
- Las nuevas demandas sociales, muy exigentes ante los sistemas sanitarios y que piden servicios personalizados y no estandarizados, y
- La gran tendencia al alza del gasto sanitario, que coexiste con un sistema fiscal menos progresivo, lo que plantea retos de priorización del gasto, en el marco del Estado del Bienestar.

La consideración de estos retos, junto con una actitud de comprensión para la labor de las Administraciones sanitarias; de respeto a los profesionales; de interés ante la experiencia de los pacientes; y, *business friendly* ante las empresas que operan en el sector es lo que está detrás de todas las propuestas del documento.

Julián García Vargas
Raimon Belenes
Ignacio Riesgo

Introducción

Los *Temas candentes de la Sanidad española* aparecen por quinta vez. Las cuatro primeras ediciones lo fueron en años consecutivos del 2010 al 2013. Tras un paréntesis de tres años, presentamos ahora los *10 Temas candentes de la Sanidad española para 2017*.

El documento mantiene las señas de identidad de los años anteriores y quiere huir de cualquier enfoque sistemático. Pretende poner el foco en los temas considerados más candentes para este año, entendiendo por candentes no necesariamente de los que más habla la prensa, sino asuntos de preocupación común en el sector, especialmente si existe alguna *ventana de oportunidad* para su abordaje.

Manteniendo el enfoque participativo de años anteriores, el pasado 2 de noviembre de 2016 se celebró una reunión de expertos y destacadas personalidades del sector sanitario. Las opiniones emitidas fueron muchas, en gran medida coincidentes, y muchas de ellas se utilizaron para redactar el documento.

En la elaboración del documento de este año, hay algunas novedades organizativas. En primer lugar, el **equipo redactor**, constituido por Julián García Vargas, Ignacio Riesgo y Raimon Belenes, todos ellos participantes en la elaboración de los documentos anteriores. El equipo redactor es el responsable último del documento. Por otra parte, se llegó a un acuerdo con **DIARIO MÉDICO**, para dar difusión a la iniciativa. También por primera vez el documento tiene unos **patrocinadores**, entidades que apoyan el proyecto y se implican en su elaboración en el seno del grupo de trabajo, aunque sin condicionar el resultado del texto final. Dichos patrocinadores son:

- Celgene
- Medtronic
- Quirónsalud
- Ribera Salud
- Unilabs
- Siemens Healthcare

Por último, destacar que, de acuerdo con nuestra visión del sector, se han tenido en consideración los problemas de la sanidad en su conjunto, no sólo de las Administraciones sanitarias, sino de un amplio espectro de instituciones, asociaciones, empresas públicas y privadas, cuya actuación de forma armónica en el marco de una estrategia global es clave para el cumplimiento de la misión de servicio a los ciudadanos por parte del sistema sanitario.

Participantes

El presente documento es el resultado de las aportaciones realizadas por un grupo de trabajo formado por una panel de expertos y representantes de diferentes sectores del ámbito sanitario. Durante la sesión de trabajo celebrada se recogieron comentarios, puntos de vista, opiniones y datos que han sido claves para la redacción de este documento.

El panel de expertos es muy plural y agrupa a personas con diferentes sensibilidades. Por este motivo, queremos hacer constar que probablemente no todos los participantes se sientan identificados con las opiniones vertidas en el documento, con la literalidad del texto final, ni con la elección final de temas seleccionados como candentes para este año.

Relación de participantes (por orden alfabético del primer apellido):

- **María Teresa Angulo Romero**, Portavoz del PP Comisión Sanidad del Congreso de los Diputados
- **César Antón**, Director General del Imsero
- **Bienvenido de Arriba**, Diputado, miembro de la Comisión de Sanidad del Congreso, Grupo Popular
- **Daniel Álvarez Cabo**, Diputado Asamblea de Madrid, Grupo Parlamentario Ciudadanos
- **Raimon Belenes**, consultor en salud
- **Manel del Castillo**, Director Gerente, Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona
- **Javier Colás**, Medtronic España, Presidente
- **Luis Cortina**, Director General, Siemens Healthcare
- **Alejandro Cuartero**, Unilabs, CEO, España
- **Carmen Fernández**, Directora Diario Médico
- **Jesús María Fernández**, Portavoz PSOE Comisión de Sanidad Congreso de los Diputados ⁽¹⁾
- **María Gálvez**, Plataforma de Organizaciones de Pacientes
- **Julián García Vargas**, VPR consultores
- **Máximo González Jurado**, Presidente, Consejo General de Colegios de Enfermería
- **Juan Carlos González**, Director General, Quirón Salud
- **Mariano Guerrero**, Ribera Salud, Director Estrategia
- **Juan del Llano**, Fundación Gaspar Casal, Director General
- **Juan Antonio Marqués Espí**, Director Gerente, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia
- **Jordi Martí**, Celgene, Director General
- **José Luis Monteagudo**, Ingeniero de Telecomunicaciones, Director del Master de TI en Salud de la Escuela Nacional de Sanidad
- **Emilio Moraleda**, Talento Farmacéutico
- **María Dolores Navarro**, Universidad Internacional de Cataluña
- **Manuel Peiró**, Profesor, Esade
- **Ignacio Riesgo**, VPR consultores
- **Pedro Luis Sánchez**, Farmaindustria
- **Pere Vallribera**, Presidente Sociedad Catalana Gestión Sanitaria

Tanto desde el equipo redactor como desde DIARIO MÉDICO nos sentimos privilegiados al haber podido contar con un panel de excepción que ha querido compartir con nosotros su amplia experiencia y profundo conocimiento de la sanidad española.

¹Aunque invitado, por razones de problemas de tráfico aéreo, Jesús María Fernández no pudo asistir a la reunión de trabajo, si bien posteriormente participó con sus aportaciones en la elaboración del documento

Resumen ejecutivo

1. Sacudir al Sistema Nacional de Salud

- El Sistema Nacional de Salud siempre ha sido muy reacio a los cambios.
- Se considera que el débil liderazgo del Ministerio de Sanidad y una alianza conservadora del *statu quo* esté en el origen de esta ausencia de reformas.
- Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud tiene gran vitalidad, con numerosas iniciativas *de abajo arriba*.
- La nueva situación política podría permitir un acuerdo de ambición limitada pero efectivo, que habría que compatibilizar con iniciativas del propio Sistema Nacional de Salud *desde abajo*.

2. Un tema eterno: la financiación

- En 2009, como consecuencia de la crisis económica, se quebró la tendencia al alza del gasto sanitario público en España, que bajó de forma significativa hasta 2014.
- Las previsiones del Programa de Estabilidad (hasta 2019) siguen siendo restrictivas, ya que sólo se recuperará el gasto de 2009 en 2019, pero sin tener en cuenta la previsible inflación acumulada en ese período (14,7%).
- Hay diferencias muy notables y mantenidas en el gasto sanitario per cápita de unas comunidades a otras.
- La búsqueda de una suficiencia financiera para el Sistema Nacional de Salud es una labor ardua y que choca con el inmovilismo y falta de cohesión del sector.

3. El dolor crónico del Sistema Nacional de Salud: la gestión de recursos humanos y sus achaques continuos

- La gestión de los recursos humanos es uno de los grandes retos del Sistema Nacional de Salud, y tiene implicaciones en herramientas de gestión, cambios culturales y modificaciones jurídicas.
- La temporalidad en el sector sanitario, sobre todo en el ámbito público, constituye un auténtico drama personal, profesional y de eficiencia, lo que ha sido puesto más de manifiesto tras la reciente Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea.
- Las profesiones sanitarias experimentarán cambios muy profundos a corto y medio plazo con modificaciones sustanciales de ciertos roles profesionales.
- La aprobación acordada de la prescripción enfermera es una demanda que es preciso abordar y una muestra de los roles profesionales cambiantes, que precisa un amplio acuerdo entre los mismos con la participación decidida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

4. Fármacos y tecnologías innovadoras, ¿cómo incorporarlos?

- El acceso a los nuevos medicamentos es uno de los retos más importantes del sistema sanitario. *Habrà que hacerles sitio*, lo cual significa revisar toda la estructura de gasto de nuestro sistema.
- Se han superado los retrasos en la incorporación a España de ciertos medicamentos, pero las desigualdades de acceso entre comunidades autónomas son muy notorias.
- En equipos tecnológicos hay una gran

obsolescencia, como consecuencia de la crisis económica.

- Es necesario un Plan de Adquisiciones Públicas de tecnología, coordinado con las adquisiciones del sector privado concertado.

5. Comprar de forma más eficaz, comprar mejor

- El modelo de compra pública es lento, poco flexible y demasiado centrado en el precio.
- La trasposición de la Directiva Europea 2014/24/UE significa una oportunidad para la mejora de la compra pública en el sector sanitario.
- Se pueden preparar marcos para compra de *soluciones*, no de producto; pliegos-tipo para compra de resultados; concursos con enfoque *value-based healthcare*, etc.
- El reciente concurso del Hospital Sant Pau para la adquisición de desfibriladores es un ejemplo de las posibilidades del marco legal actual.

6. Provisión privada: un nuevo fantasma recorre la sanidad española. El 'paleoprogresismo'

- El Sistema Nacional de Salud, si entendemos por ello la parte de gestión pública del sistema, es muy sólido y goza de un gran respaldo social, si bien tiene problemas de sostenibilidad, desigualdades territoriales y escasa presencia del paciente en el centro del sistema.
- Coexistiendo con este sistema público,

la provisión privada ha jugado un rol sustitutivo y/o complementario a lo largo de su existencia en todas las comunidades autónomas y con volúmenes de actividad bastante estables.

- La colaboración del sector privado con el público es muy transversal y se extiende a todas las comunidades, por encima del signo político de los gobiernos.
- Recientemente estamos asistiendo a un discurso de crítica del sector privado y de su colaboración con el sector público, en algunos casos desde algunos gobiernos autonómicos, y ello no basándose en resultados ni análisis rigurosos.
- La Directiva de la UE 2014/24, sobre contratación del sector público, puede introducir distorsiones en la competencia con posible afectación del sector sanitario privado. Faltará ver cómo se traspone en el Estado español, y si las comunidades autónomas, a su vez, añaden restricciones a la libre competencia.
- El sector sanitario privado es una buena plataforma para la innovación, como se pone de manifiesto en múltiples casos.
- Una estrategia de internacionalización utilizando la *marca España Sanitaria* puede tener sentido, especialmente en Latinoamérica.
- La concentración y el desarrollo del sector provisor privado obligará a repensar las relaciones con las aseguradoras sanitarias.

7. El paciente en el centro: pasar del eslogan publicitario a la realidad

- *Poner al paciente en el centro* no debe ser solo un eslogan que se resuelve con planes de humanización o enumeración de los derechos de los pacientes, sino que debe tener una formulación práctica.
- El acceso de los pacientes a un *portal de salud* es una condición previa para aumentar su papel.
- El énfasis en la toma de decisiones compartidas es otro aspecto central, lo que obliga a cambiar la práctica clínica, desarrollar una metodología y reformar las guías clínicas.

- Debe definirse un conjunto de indicadores de lo que realmente aporta valor al paciente por condiciones clínicas, en la línea de la iniciativa ICHOM.
- Escuchar e implicar a las asociaciones de pacientes es parte fundamental de *poner al paciente en el centro*.

8. Medir para comparar resultados y mejorar

- Ni la información publicada por las distintas comunidades autónomas ni la del Ministerio de Sanidad permiten un análisis de los datos suministrados, desagregado por territorios y centros asistenciales en el conjunto del territorio nacional.
- Lo anterior está dificultando extraer una virtualidad de las transferencias: el análisis comparativo y la emulación en un sistema políticamente descentralizado.
- Se propone constituir una Agencia de Información Sanitaria, organismo público dependiente del Ministerio de Sanidad, pero con una buena gobernanza que garantice su independencia y la participación en el mismo de las distintas comunidades autónomas y otras instituciones públicas y privadas.

9. La transformación digital del sistema sanitario: más allá de la historia y receta electrónicas

- Todas las comunidades autónomas han hecho un gran esfuerzo en la informatización del sistema sanitario, principalmente en procesos de soporte tanto a las organizaciones sanitarias como a la propia actividad clínica, aunque sin resolver los problemas de interoperabilidad.
- Dicho esfuerzo quedó en parte truncado por la crisis económica y las restricción de inversiones en tecnologías de la información en salud.
- Es el momento de introducir un cambio disruptivo en el sistema, ofreciendo servicios *on line* al paciente/usuario, como han hecho otros sectores.
- Los servicios que proponemos ofrecer, tanto por parte del sistema sanitario

público como del privado, son:

- Abordaje de la cronicidad y envejecimiento
- Mensajería segura entre profesionales y pacientes
- Consulta médica no presencial

10. ¿Gobernanza madura o 'mareas blancas'?

- Tanto en Madrid como en Andalucía recientemente se ha producido el fenómeno que simplícidamente llamaremos *mareas blancas*.
- Dichos fenómenos se caracterizan por manifestaciones reiteradas, huelgas intermitentes, aparición de líderes profesionales de perfiles radicales, en algunos casos la aparición de nuevos sindicatos o plataformas reivindicativas y con unos planteamientos llenos de demagogia y populismo de los que no pueden esperarse propuestas positivas para el sistema.
- En ambos casos los movimientos fueron sumamente exitosos, al lograr paralizar o modificar planes de política sanitaria de largo alcance de gobiernos autonómicos.
- Consideramos este movimiento algo claramente negativo e inmovilista, desde una perspectiva reformista del sistema sanitario.
- No obstante, el sistema sanitario público español puede ofrecer debilidades y tener elementos que representen un caldo de cultivo para la aparición de estos estallidos conflictivos.
- El éxito de las mareas puede ser un signo indirecto de *fatiga* del sistema: el cansancio de los profesionales por las condiciones laborales inadecuadas, de los ciudadanos por los recortes, por la rigidez del sistema, etc. Pueden ser signos de que el lento deterioro del sistema empieza a tener consecuencias en la opinión pública.
- Sólo una gobernanza madura tanto a nivel de sistema como de cada una de las instituciones sanitarias -y la solución de algunos de los problemas que alimentan los conflictos- permitirá plantear determinados problemas de una forma realista, positiva y posibilista.



Sacudir al Sistema Nacional de Salud

Resulta chocante que el Sistema Nacional de Salud, con 30 años de antigüedad, no haya experimentado cambios estratégicos y de calado como consecuencia del desgaste natural, de los avances de la Medicina y de nuevas condiciones sociales, económicas y políticas.

Rápidos recambios ministeriales y falta de voluntad política (probablemente derivada de la percepción de que cualquier cambio tendría una negativa relación entre coste político y posibles realizaciones y triunfos políticos) explican el inmovilismo del Sistema Nacional de Salud, reforzado por los intereses sindicales, corporativos y de las comunidades autónomas.

En cambio, de la misma forma que no han existido procesos transformadores *de arriba abajo*, el Sistema Nacional de Salud ha generado en los niveles meso y micro abundantes cambios, innovaciones clínicas y organizativas que muestran gran vitalidad.

Propiciar en la nueva situación política española acuerdos para transformar el Sistema Nacional de Salud y adaptarlo a nuevas condiciones y retos futuros es hoy más posible y necesario que nunca.

Liderazgos débiles y alianza conservadora para mantener el statu quo y el estancamiento del Sistema Nacional de Salud

A diferencia de lo ocurrido en otros sistemas sanitarios (como, por ejemplo, en el Reino Unido u Holanda), el Sistema Nacional de Salud no ha experimentado desde su

Tabla 1. Ministros de Sanidad 1979-2016⁽³⁾



- **20 Ministros en 37 años (incluido nuevo titular noviembre 2016).**
- **Permanencia media en el cargo: menos de 2 años.**
- **Mayor duración: Julián García Vargas, del 25 de julio 1986 al 12 de marzo de 1991.**
- **Menor duración: Alberto Oliart Saussol, del 8 de septiembre de 1980 al 26 de febrero de 1981.**

creación por la Ley General de Sanidad de 1986 y sus modificaciones coyunturales sino escasas reformas estratégicas, incluyendo las contenidas en el discutible Real Decreto-ley de 2012 sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud⁽²⁾.

Tampoco ha habido intentos serios de transformarlo *desde arriba*, si exceptuamos el *Informe Abril* de 1991, hoy también puesto en cuestión por parte de opciones que entonces lo defendieron e impulsaron. Sin embargo, los *males* del Sistema Nacional de Salud están diagnosticados hasta la saciedad. Sería un ejercicio sencillo y revelador analizar comparativamente los estudios y propuestas realizados por sociedades científicas, líderes profesionales, consultoras y grupos de expertos; se verificarían las elevadas coincidencias sobre el diag-

nóstico del Sistema Nacional de Salud y las propuestas para sus posibles reformas.

¿A qué se debe este carácter rocoso e inamovible del Sistema Nacional de Salud? Probablemente a dos razones principales que se potencian entre sí.

Por un lado, el Ministerio de Sanidad ha padecido históricamente un liderazgo débil, lo que se evidencia en parte porque por él han pasado, desde 1979 hasta el 2016, 20 ministros, con una permanencia media en el cargo inferior a los dos años (**Tabla 1**).

Salvo en dos casos, la gran mayoría de los ministros/as han sido ajenos, por su profesión y/o experiencia política, al mundo sanitario, aunque ni el conocimiento sectorial previo es garantía de brillante acción política, ni el desconocimiento un obstáculo absoluto para una buena acción de gobierno. Hay ejemplos que así lo demuestran. Quizás resulte más relevante constatar la escasa atención que los sucesivos presidentes del Gobierno de España han venido prestando a un sistema sanitario que representa el 10% del PIB, nombrando a ministros de Sanidad con escaso peso político y presencia marginal en sus gobiernos, muchas veces como consecuencia de equilibrios y carambolas, en vez de buscar a los mejores para el cargo. Aparentemente, ningún presidente de Gobierno ha estado preocupado por las necesidades de cambio del Sistema Nacional de Salud, ni que sea un asunto de alta relevancia política, y en consecuencia, los nominados lo han sido con bajo perfil y sin tareas urgentes o importantes que acometer.

²Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones.

³https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_los_ministerios_de_Sanidad_de_Espa%C3%B1a

1 Sacudir al Sistema Nacional de Salud

Todo ello explica que, en general, la huella dejada por los diferentes ministros haya sido de muy escasa entidad y, en consecuencia, con poco o nulo desgaste político. Tampoco ha ayudado el papel bastante marginal de la sanidad en los programas de los partidos políticos toda vez que se ha instalado un mensaje autocomplaciente en la sociedad española: puesto que tenemos uno de los mejores Sistemas Sanitarios del mundo, ¿por qué necesitaría cambios? Algo muy diferente ocurre, por ejemplo, con la Educación, siempre rodeada de intensas polémicas.

Por otro lado, en el sector sanitario ha operado con eficacia una alianza conservadora, integrada por los sindicatos, corporaciones, profesionales y comunidades autónomas, con intereses contrarios entre sí, con un resultado de parálisis y esterilidad transformadora. Se ha instalado así, en amplios sectores e instituciones sociales relacionadas con la sanidad, una sensación de fatiga, duda y desconfianza ante toda perspectiva de cambio relevante. Lo cual explica que frente a intensos y generalizados deseos de promover cambios en el Sistema Nacional de Salud, los pronósticos y expectativas sobre la viabilidad de los mismos sean extraordinariamente negativos⁽⁴⁾.

Una gobernanza del Sistema Nacional de Salud débil y desdibujada

Una de las debilidades con que nació la Ley General de Sanidad fue un esquema de gobernanza del Sistema Nacional de Salud insuficiente. El papel del Consejo Interterritorial ha sido poco lucido. En la **Tabla 2** se observa cómo el consejo se ha reunido un promedio de cinco veces al año, frecuencia más que aceptable si no fuera su desigual

Tabla 2. Reuniones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud 1987-2016⁽⁵⁾



- 113 reuniones en 20 años
- 5-6 reuniones/año (mínimo previsto 6/año)
- Año con más reuniones: 2009, con 9 reuniones
- Año con menos reuniones: 2016, con 1 reunión

distribución en el tiempo. Resulta especialmente preocupante que en el período de la peor crisis económica de España desde la recuperación de la democracia, entre 2011 y 2015, el Consejo Interterritorial sólo se reunió entre una y tres veces al año, salvo cinco veces en el 2012, y en todo el año 2016 sólo una vez, aunque con el Gobierno en funciones!

La conclusión compartida es que el Consejo no ha sido un instrumento potente de dirección y coordinación efectiva del Sistema Nacional de Salud. Ha sido más un foro de debate político interterritorial.

A falta de cambios desde arriba, el Sistema Nacional de Salud tiene una gran vitalidad, con multitud de cambios desde abajo

La ausencia de programas de cambios estratégicos en el Sistema Nacional de Salud, con contenidos de cierta radicalidad, no significan en absoluto que el sistema esté esclerosado; muy al contrario, presenta en su seno un gran dinamismo y vitalidad con abundantes ejemplos en la microgestión o mesogestión. Las **Tablas 3 y 4** refieren, a

modo de ejemplo, una relación de cambios o innovaciones a nivel de centro o servicio, y a nivel de comunidades autónomas. Ello significa que el propio Sistema Nacional de Salud parece compensar la falta de cambios estratégicos con cambios de alcance más limitado, pero operativos.

Los cambios del tipo *radicalismo selectivo* (concepto felizmente acuñado por el profesor Vicente Ortún) tienen la ventaja de que son fáciles de diseñar y ejecutar, dependiendo en gran parte de clínicos emprendedores, gestores inquietos y directivos ambiciosos en alguna comunidad autónoma. Pero presentan la innegable desventaja de que no son evaluados, al menos una gran parte de los mismos, y en ausencia de organismo político reconocido que los impulse y difunda difícilmente pueden extenderse por el Sistema Nacional de Salud, perdiendo en consecuencia su capacidad de contagio positivo o replicación, lo que es inherente al concepto de radicalismo selectivo.

Por otro lado, de la misma forma que los efectos de la reciente crisis económica están siendo evaluados, y parece que no han supuesto merma apreciable en los grandes indicadores sanitarios del Sistema Nacional de Salud (aunque obviamente sí sobre salarios, recursos humanos disponibles, motivación, listas de espera, inversiones,...)⁽⁶⁾, es más difícil precisar si la *lluvia fina* y constante de cambios e innovaciones registrada en el Sistema Nacional de Salud antes de la crisis se ha visto afectada, ya que no existe un censo y seguimiento de la misma y bien podría ser que uno de los efectos menos aparentes pero más insidiosos de la crisis fuera precisamente la interrupción del flujo de mejoras en el Sistema Nacional de Salud.

⁽⁴⁾Sistema Nacional de Salud: Escenarios de regeneración 2016-2021. Consultar Delphi. Fundación Salud, Innovación, Sociedad. Barcelona. 2016

⁽⁵⁾Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2016

⁽⁶⁾Declaración de Beatriz López Valcárcel, presidenta de Sespas. Diario Médico, 21-11-2016

Tabla 3
Experiencias innovadoras relacionadas con la gestión en el ámbito asistencial

1. Cooperativa de atención primaria del Pirineo⁽⁷⁾

A partir del encargo del CatSalut al Hospital Sant Joan de Deu de hacerse cargo de la Pediatría de la zona de la Seo de Urgell, se crea una cooperativa con pediatras de la zona y participada en un 25% por el propio Hospital Sant Joan de Deu, que se hace cargo de toda la atención pediátrica, tanto del hospital como de la primaria. La experiencia lleva cinco años de recorrido y ahora se ha ampliado al área de Obstetricia y Ginecología y, recientemente, a otro valle del Pirineo. Resultados muy satisfactorios y numerosos premios y reconocimientos.

2. Programa Acude y Ayuda⁽⁸⁾

El programa Acude y Ayuda, está dirigido a la atención precoz de la parada cardiorrespiratoria (PCR) en lugares públicos, realizada por voluntarios acreditados.

3. Atención al alta con video llamada⁽⁹⁾

El Hospital La Zarzuela, en Madrid, del grupo hospitalario Sanitas, aprovecha las nuevas tecnologías con su nuevo sistema de atención al alta postquirúrgica mediante video llamada.

4. Gestión y consulta de la historia en el móvil⁽¹⁰⁾

Un conjunto de aplicaciones desarrolladas por la empresa tecnológica Atos e integradas en su aplicación Pocket mHealth, convierte al paciente en impulsor del cambio de paradigma de una atención sanitaria centrada en la persona.

5. Reto HAD 2020: el domicilio tercer nivel asistencial⁽¹¹⁾

La Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (Sehad) ha creado una estrategia para homogeneizar el modelo, cuyo principal objetivo a cuatro años es llevar la HAD a todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud. El objetivo es convertir a la HAD en una alternativa real, que “reduzca el alto porcentaje de hospitalizaciones inadecuadas-entre el 20 y el 30 por ciento”.

6. Kids Barcelona: Empoderamiento de pacientes pediátricos⁽¹²⁾

El Hospital y La fundación San Juan de Dios, de Barcelona, han puesto en marcha el programa *Kids Barcelona*, que trata de incorporar las perspectivas y necesidades de los pacientes pediátricos a los proyectos de investigación clínica.

7. Valencia. Sistema digital gestión de pacientes⁽¹³⁾

El Hospital Universitario de la Ribera (Alzira, Valencia) ha comenzado la implementación de un sistema digital para realizar la gestión de los pacientes que acuden a Consultas Externas, a la zona de pruebas de Radiología y a la de Urgencias, y reducir así esperas innecesarias.

8. Atención integral a niños y niñas con inmunodeficiencias primarias. Hospital Universitario Valle de Hebrón⁽¹⁴⁾

Proyecto de atención integral que ofrece soporte psicosocial a pacientes pediátricos con una inmunodeficiencia primaria (IDP) y a su entorno familiar, que por su enfermedad se ven afectados a nivel emocional y en su calidad de vida.

9. El desarrollo de un modelo de atención comunitaria en salud mental y adicciones que cierra el hospital psiquiátrico⁽¹⁵⁾

La Red de Salud Mental y Adicciones de la Región Sanitaria de Girona ha completado la reforma psiquiátrica, logrando ser la única región sanitaria que cierra el hospital psiquiátrico y la larga estancia, con una hospitalización orientada a la inserción comunitaria.

10. Unidad de esclerosis múltiple. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto⁽¹⁶⁾

La principal innovación de esta Unidad es su estructura organizativa multidisciplinar que está basada no tanto en disponer de una estructura *propia* muy dimensionada (con todos los riesgos que ello implica en términos de ineficiencia y desarrollo profesional de los integrantes), sino en la participación funcional de todos los integrantes de diferentes especialidades.

⁷<http://www.gss.cat/ca/node/22140>

⁸<http://redaccionmedica.com/autonomias/cardiologia/galicia-agiliza-agiliza-la-atencion-urgente-de-la-parada-cardiaca-con-voluntarios-8829>

⁹<http://www.diariomedico.com/especial/mejores-ideas-2016/atencion-al-alta-con-videollamada>

¹⁰<http://www.diariomedico.com/especial/mejores-ideas-2016/gestion-y-consulta-de-la-historia-clinica-en-el-movil>

¹¹<http://www.diariomedico.com/especial/mejores-ideas-2016/reto-had-2020-el-domicilio-tercer-nivel-asistencial>

¹²www.lavanguardia.com/ciencia/ciencia-cultura/20160629/402839136006/consejos-asesores-ninos-adolescentes-equipos-cientificos-kids-sant-joan-de-deu.html

¹³<http://www.redaccionmedica.com/autonomias/valencia/el-hospital-de-la-ribera-agiliza-la-citacion-en-varios-departamentos-8074>

¹⁴<http://premiosbic.com/pdf/GuiaBiC2016.pdf>

¹⁵<http://oigs.gencat.cat/pages/viewexperience.aspx?id=449>

¹⁶<http://premiobic.com/pdf/GuiaBiC2016.pdf>

Tabla 4
Experiencias innovadoras en el ámbito sanitario por comunidades autónomas

1. Madrid. Plan de Urgencias⁽¹⁷⁾

“El objetivo de este plan es el de actuar con protocolos conjuntos, como el que han hecho el Samur y el Summa, sin importar los distintos colores políticos”, ha destacado el consejero. En su elaboración han participado 100 profesionales de los distintos niveles asistenciales y servicios de urgencias.

2. Madrid. Primer plan de humanización de la sanidad madrileña⁽¹⁸⁾

La consejería madrileña ha puesto en marcha este año su primer Plan de Humanización de la Sanidad. El proyecto está estructurado en 10 líneas estratégicas, divididas en 27 programas de actuación.

3. Galicia. Plan Código 100 llamada⁽¹⁹⁾

El programa *Código 100* se dirige al envejecimiento poblacional para adecuar la respuesta del sistema sanitario público a la demanda de los usuarios. *Código 100* pretende captar ideas de pacientes, profesionales y empresas privadas del sector agrupadas alrededor de líneas principales, según añade la Xunta, en relación al “empoderamiento de los pacientes, terapias avanzadas y gestión del conocimiento”.

4. Navarra. Turismo sanitario en el centro de sus planes de crecimiento⁽²⁰⁾

El Gobierno foral e instituciones privadas ponen en marcha el Clúster de Salud de Navarra para trabajar en este ámbito. Agentes públicos y privados están colaborando en la puesta en marcha de esta estrategia, bautizada como *Navarra Health Tourism* dentro del llamado Clúster de Salud de Navarra.

5. Modelo de apoyo a la meso-gestión y calidad asistencial del Hospital General Parc Sanitari Sant Joan de Deu⁽²¹⁾

Con la voluntad de fomentar el liderazgo de los jefes de servicio en la gestión y la calidad asistenciales y facilitarles la toma de decisiones el centro elaboró un Plan de Gestión de la Información. La iniciativa consiste en presentar mensualmente a los mandos intermedios información que combine indicadores de gestión asistencial, de calidad y de eficiencia.

6. País Vasco. Sin fronteras entre primaria y hospital⁽²²⁾

El País Vasco completó este año la implantación de su modelo de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) para mejorar la atención integral. El objetivo de las OSI supone, por tanto, tratar de superar la fragmentación asistencial entre niveles para mejorar el abordaje del envejecimiento y la atención del enfermo crónico y a la dependencia.

7. Ámbito estatal⁽²³⁾

La receta electrónica interoperable se extiende a otras dos CCAA. Extremadura, Canarias, Navarra, Castilla-La Mancha -y pronto Galicia- ya pueden prescribir recetas compatibles. El objetivo es ahora que todos los ciudadanos puedan moverse por todo el territorio nacional y obtener sus medicamentos prescritos en cualquier oficina de farmacia del país.

8. Andalucía: reconocen al complejo hospitalario de Granada por un sistema de patología digital⁽²⁴⁾

La Unidad provincial intercentros de Anatomía Patológica de Granada, ubicada en el Hospital del Campus de la Salud, ha digitalizado todos los procedimientos que realiza, convirtiéndose así en la primera de Europa en no requerir de microscopio.

9. Andalucía. Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía⁽²⁵⁾

La apuesta del servicio Andaluz de Salud (SAS) por las unidades de gestión clínica ha supuesto una mejora significativa de la estructura organizativa. La medida ha permitido fortalecer la conexión entre diferentes centros o niveles asistenciales. Este modelo ha logrado una mayor implicación de los profesionales en las decisiones del sistema sanitario y fomenta la transparencia dentro del sistema.

10. Extremadura recibe el premio a la sanidad más innovadora de la revista *New Medical Economics*⁽²⁶⁾

Por su “potente sistema de información JARA”, o por tener el cien por cien de la receta electrónica, entre otras medidas. El premio reconoce innovaciones de la comunidad autónoma como la gestión de la información clínica “en el potente sistema de información JARA”.

¹⁷<http://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/madrid-homogeneiza-todos-los-recursos-de-urgencias-para-actuar-mas-rapido-1224>

¹⁸<http://www.diariomedico.com/especial/mejores-ideas-2016/primer-plan-de-humanizacion-de-la-sanidad-madrilena>

¹⁹<http://acis.sergas.es/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtx&idLista=3&idContido=25&migtab=25&idTax=15527&idioma=es>

²⁰<http://www.redaccionmedica.com/autonomias/navarra/navarra-pone-el-turismo-sanitario-en-el-centro-de-sus-planes-de-crecimiento-5768>

²¹<http://oigs.gencat.cat/pages/viewexperience.aspx?id=443>

²²<http://www.diariomedico.com/especial/mejores-ideas-2016/pais-vasco-sin-fronteras-entre-primaria-y-hospital>

²³<http://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-receta-electronica-interoperable-se-extiende-a-otras-dos-ccaa-7866>

²⁴<http://www.europapress.es/esandalucia/granada/noticia-reconocen-complejo-hospitalario-granada-sistema-patologia-digital-20161111174551.html>

²⁵<http://premiosbic.com/pdf/GuiaBIC2016.pdf>

²⁶<http://www.expansion.com/extremadura/2016/11/04/581c6dd0e2704ece508b4598.html>

Oportunidades

La nueva situación política, ocasión inédita para propiciar cambios de consenso en el Sistema Nacional de Salud: por un acuerdo de ambición limitada, pero efectivo.

Esta ocasión política estará condicionada a que el Ministerio de Sanidad asuma un papel activo en la conformación de acuerdos para transformar el Sistema Nacional de Salud. Esta vía es más fácil que dotar al Consejo Interterritorial de nuevas capacidades ejecutivas, lo que obligaría a complejas operaciones de reingeniería política. No es osado pensar en que un puñado de acuerdos de ambición limitada (reforma limitada del Estatuto Marco, gobernanza de instituciones sanitarias, profesionalización directiva, mejora de la transparencia del sistema y del fondo de cohesión, medidas para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, creación de un NICE español, etc.) puede ser objeto de pactos de amplia base parlamentaria, que luego sería más fácil trasladar al Consejo Interterritorial para su diseño fino y ejecución consensuada.

Una *mayoría centrista* de la sociedad y grupos políticos avalaría ese paquete reformista, alejándose de los extremos, presumiblemente minoritarios (estos, por la derecha apoyarían privatizaciones intensivas y ruptura del aseguramiento público; por la izquierda favorecerían una *renacionalización* total del Sistema Nacional de Salud).

En ese sentido, la disposición del Minis-

terio de Sanidad de una partida presupuestaria, quizás un **Fondo para la mejora y transformación del Sistema Nacional de Salud**, para impulsar selectivos programas de mejoras transversales en todo el Sistema Nacional de Salud le permitiría abandonar su tradicional posición de debilidad política, ganando influencia al incentivar a las comunidades autónomas a adherirse a esos programas. También podría contribuir a ajustar indirectamente las diferencias interterritoriales en cuanto a resultados.

Hay que seguir estimulando la creatividad del Sistema Nacional de Salud desde abajo, la lluvia fina de cambios, innovaciones y mejoras debe continuar

Es responsabilidad de clínicos, directivos y políticos sanitarios apoyar y estimular que la actividad existente en el Sistema Nacional de Salud produzca a nivel micro -centros sanitarios- y meso -servicios regionales de salud- cambios, innovaciones y mejoras. Esta estrategia de impulsos renovadores nacida *desde abajo* es desde luego complementaria a las grandes operaciones de transformación y cambios que puedan generarse *desde arriba*, mediante acuerdos entre fuerzas políticas en sede parlamentaria o de gobierno.

El potencial de mejora con este tipo de cambios es inmenso y descansa, en buena parte, en una nueva generación de clínicos y gestores menos esclerosados y más abiertos a la experimentación e innovación. Lo ideal sería que se creara un banco de ex-

periencias innovadoras, que incluyera a las más potentes y prometedoras. Evaluarlas y estimular su amplia difusión sería probablemente una medida que gozaría de un gran consenso político, con un altísimo potencial de mejora en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. También frenaría notablemente la existencia de mercados endogámicos regionales estancados y volcados hacia sí mismos. Las sociedades científicas podrían y deberían tener aquí un papel fundamental.

IMPLICACIONES

- El Sistema Nacional de Salud siempre ha sido muy reacio a los cambios.
- Se considera que el débil liderazgo político del Ministerio de Sanidad y una alianza conservadora no expresa del *statu quo* esté en el origen de esta ausencia de reformas.
- Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud tiene gran vitalidad, con numerosas iniciativas *de abajo arriba*.
- La nueva situación política podría permitir un acuerdo de ambición limitada pero efectivo, que habría que compatibilizar con iniciativas del Sistema Nacional de Salud *desde abajo*.



Un tema 'eterno': la financiación

¿Hubo algún tiempo en el que la financiación no fuera un problema del sistema sanitario? No; ni en España ni en otros países. Desde los años ochenta hemos vivido con sobresaltos por las desviaciones presupuestarias, los saneamientos, los retrasos en el pago a proveedores y deudas variadas. Tal como ha estado planteado, el gasto sanitario ha sufrido siempre una insuficiencia estructural.

Sin embargo, el gasto sanitario público anual siempre crecía más que el PIB, por encima de la economía, especialmente en los alegres años 2000. Esa tendencia se quebró en 2009, el ejercicio de máximo gasto histórico (**Figura 1**).

Tampoco sabíamos exactamente lo que se gastaba cada año, según incluyeran cuidados de larga duración, costes de servicios centrales y otros conceptos. Ha habido cifras divergentes del Ministerio de Sanidad, Hacienda y comunidades autónomas.

Disminuciones de gasto por primera vez

En los últimos siete años se han producido disminuciones de gasto real, algo inédito y traumático. Utilizando datos de Eurostat, entre 2009 y 2015 el gasto se redujo en 6.300 m€ de gasto, un 8,6%; la cifra agregada de esos años es impresionante. Otros grandes capítulos del gasto social, como educación, sufrieron una suerte semejante.

Los presupuestos venideros no serán tampoco generosos. Ya se conoce su orden



Tabla 5. Gasto sanitario público 2009-2014 y previsiones del Programa de Estabilidad 2015-18 (PERE)

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016p	2017p	2018p	2019p
72,9	72,5	69,2	64,6	63,1	63,3	66,7	66	68,4	70,2	72,4
6,75	6,70	6,47	6,20	6,12	6,08	6,17	5,95	5,89	5,81	5,74

Fuente: Programa de Estabilidad del RE 2015-2018

de magnitud, incluido el documento *Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2016-2019*⁽²⁷⁾.

Las cifras de ese programa que recoge la **Tabla 5** son en apariencia tranquilizadoras. En 2019 se recuperará el gasto público sanitario de 2009, el mayor de nuestra historia. Pero son cifras de gasto real realizado y previsto en euros de cada año y los euros de cada ejercicio no son iguales por efecto de la inflación. La subida de precios en España fue modesta en los últimos cuatro años, pero no en los anteriores (en 2009-

2012 se elevó al 8,5%; en 2017-2019 se prevé 4,5%). En el decenio 2009-2019, la inflación acumulada será el 14,7% y esa será la capacidad de gasto real que se perderá por la crisis.

Es la misma proporción, casi el 15 %, que retrocederá el gasto público sanitario con respecto al PIB: desde el 6,75 al 5,74%. Es una caída muy fuerte, teniendo en cuenta que el sector sanitario está sometido, por su naturaleza, a tensiones inflacionistas internas por nuevas y más caras tecnologías y medicamentos, mayor utilización, más altas

²⁷Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España, 2016-2019

2 Un tema 'eterno': la financiación

exigencias de calidad, nuevas prestaciones y otros factores.

En la UE el gasto sanitario se ha moderado mucho, pero no ha retrocedido. La excepción ha sido el grupo de países rescatados (Portugal, Grecia, Irlanda) entre los que nos encontramos aunque nuestro rescate haya sido solo bancario.

Aunque España se haya mantenido cerca de la media de UE en gasto total, público y privado, sobre PIB (9,4% frente a 9,6% en UE, datos 2015) ha sido gracias al aumento del gasto privado. Nuestra proporción de gasto privado (30% del gasto total) es superior a la de todos los países euro, exceptuando Portugal. El gasto público sanitario sobre PIB ha caído notablemente (ver **Tabla 5**) y estamos por detrás de todos los países del euro, solo por delante de Portugal y Grecia. Seguirá cayendo, colocándonos en una cierta *segunda división* europea.

¿Quién ha sufrido los recortes?

Como es bien conocido, el capítulo de gasto que más ha disminuido es el de gasto farmacéutico por recetas, aunque la industria lo ha recuperado en parte por el fuerte incremento del gasto farmacéutico hospitalario, ligado a la llegada de nuevos tratamientos muy específicos, que exigen un control especializado.

A continuación se han visto afectados los servicios de atención primaria, que han perdido personal, y los gastos de capital en inversiones. Más adelante veremos que esto se ha traducido en retrasos notables en la renovación de equipos y en mantenimientos menos exigentes.

Llama la atención que los servicios de salud pública, tradicionalmente muy mal tratados en nuestra política sanitaria, hayan perdido casi la mitad de sus recursos. Es un síntoma preocupante de falta de visión de futuro, que se viene repitiendo desde hace mucho tiempo.

Figura 2. Declaraciones del Comisario de Sanidad de la UE

"En España, bajar gastos y costes no ha dañado calidad y acceso"

Creo que el sistema sanitario en España es "con poco nivel de gasto, efectivo y accesible" | Admite consecuencias negativas como lista de espera, pero ve solución a corto plazo



Más evaluación del desempeño sanitario de cada país

El objetivo de la Comisión Europea, según el Comisario de Sanidad, es "desarrollar mecanismos para mejorar los países a través de la cooperación y el intercambio de buenas prácticas".

Un riesgo cierto: Sanidad "aguanta todo", comisario de Sanidad UE (30-11-15) DIARIO MÉDICO.

canismo y la cuantía. Malas noticias para sanidad, que va detrás.

Por otro lado también son competidores la dependencia y la pobreza. Son asuntos de cuantía más limitada, pero lo que absorban no irá a sanidad.

La meritoria resistencia del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud ha resistido muy bien la bajada presupuestaria. Su actividad se resintió en 2012-2013, pero después ha recuperado unas cotas de actividad similar e incluso mejor que antes de la crisis. El reciente *Barómetro Sanitario 2016*, del Ministerio de Sanidad, refleja una opinión de los ciudadanos muy positiva a pesar de los anuncios pesimistas que se vienen realizando desde hace años, ligados a los recortes. Las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas ya venían anunciando estos resultados dado que sanidad figuraba entre las preocupaciones de los encuestados con porcentajes modestos.

Es un grandísimo mérito de sus profesionales y gestores, que no se pone de relieve como merece: el Sistema Nacional de Salud ha llevado a cabo la misma actividad (consultas, ingresos, intervenciones quirúrgicas, pruebas, etc.) e incluso más con menos recursos, según las estadísticas agregadas del Sistema Nacional de Salud-Ministerio de Sanidad. ¿Por qué no se destaca más un resultado tan positivo, del que podrían aprender otros grandes servicios públicos?

Este buen comportamiento entraña, paradójicamente, un gran riesgo: creer que se puede reducir o congelar el gasto sin consecuencias serias. Es falso aunque lo afirme el mismísimo Comisario de Sanidad de la UE (ver sus declaraciones en **DIARIO MÉDICO** de 30 noviembre 2015, **Figura 2**).

El Sistema Nacional de Salud, exhausto, soporta ahora una gran presión, expre-

sada en listas de espera, obsolescencia tecnológica y pérdida de calidad en diagnóstico, fatiga profesional y resultados.

Buscando nuevos recursos

¿Dónde obtener nuevos recursos? Es una pregunta que no sabemos responder sin interferencias ideológicas. Se puede elevar los ingresos fiscales simplificando exenciones y bonificaciones, recaudando mejor todos los impuestos y revisando el de sociedades, pero llevará tiempo. Se debe reducir el fraude (Fedea lo estimó en 90.000 m€ en 2014).

Las comunidades autónomas podrían ser menos generosas en deducciones y bonificaciones de los impuestos que tienen cedidos, especialmente el impuesto de sucesiones y el 50% del IRPF, y tener menos miedo a la impopularidad de recaudar.

Se puede pedir que los usuarios del Sistema Nacional de Salud más pudientes paguen algo en función de su renta, aunque esto chocará con resistencias atávicas, incluidos los que dicen defender a los débiles.

Es posible articular el gasto público y el privado. En comparación con otros países europeos, el peso del gasto privado sobre el PIB es elevado y el aseguramiento privado está más difundido y ha crecido en los años de crisis. Pero esta propuesta chocará con el inmovilismo del sector.

Algo habrá que hacer, aparte de esperar que la situación fiscal de España mejore sustancialmente. Entretanto, la situación actual es de gran disparidad en el gasto sanitario público entre unas comunidades y otras (**Tabla 6**).

A corto plazo, no podemos esperar una recuperación rápida del gasto sanitario público real. No obstante, puede haber esperanza. La Conferencia de Presidentes de 16 enero 2017 ha creado, dentro de su Comisión para la Reforma de la Financiación autonómica, una línea de trabajo para la financiación sanitaria. Deberán estudiar las

Tabla 6. Gasto per cápita, por comunidades autónomas, 2010 y 2014

	2010		2014
Baleares	1.066	Andalucía	980
Madrid	1.108	Baleares	1.048
C. Valenciana	1.123	Murcia	1.079
Andalucía	1.180	C. Valenciana	1.079
Canarias	1.295	Madrid	1.087
Cataluña	1.299	Cataluña	1.091
Galicia	1.333	Aragón	1.120
Murcia	1.334	Castilla-La Mancha	1.123
Castilla-La Mancha	1.346	Galicia	1.227
Cantabria	1.347	Canarias	1.229
Castilla y León	1.360	La Rioja	1.242
Aragón	1.419	Castilla y León	1.267
La Rioja	1.444	Extremadura	1.279
Asturias	1.507	Cantabria	1.333
Extremadura	1.509	Asturias	1.383
Navarra	1.543	Navarra	1.398
País Vasco	1.623	País Vasco	1.541

Fuente: Estadísticas de Gasto Sanitario Público (información expresada en euros/año)

grandes diferencias de gasto sanitario por territorio, agravadas en los años de crisis, su justificación y la manera de reducirlas.

Como sugerencias de solución, se pueden mencionar:

- Garantizar un mínimo de gasto por persona o limitar la diferencia entre los primeros y los últimos territorios.
- Recuperación del Fondo de Cohesión establecido en 2006.
- Establecer un mínimo de suficiencia financiera de la sanidad en el modelo global de financiación.

IMPLICACIONES

- En 2009, como consecuencia de la crisis económica, se quebró la tendencia al alza del gasto sanitario en España, que bajó de forma significativa hasta 2014.
- Las previsiones del Programa de Estabilidad no son muy halagüeñas, ya que sólo se recuperará el gasto de 2009 en 2019, pero sin tener en cuenta la inflación acumulada en ese período (14,7%).
- Hay diferencias muy notables y mantenidas en el gasto sanitario per cápita de unas comunidades a otras.
- La búsqueda de una suficiencia financiera para el Sistema Nacional de Salud es una labor ardua que debe hacerse en el marco global del Estado de Bienestar en España y que choca con el inmovilismo del sector.



El dolor crónico del Sistema Nacional de Salud

La gestión de Recursos Humanos y sus achaques continuos

Los dos temas claves del Sistema Nacional de Salud, que marcan los debates políticos y técnicos desde hace dos décadas, son sin duda alguna la sostenibilidad y la gestión de los recursos humanos.

Sobre qué hacer con los recursos humanos, para introducir nuevos instrumentos de gestión (gestión por competencias, esquemas de incentivación, participación efectiva de los profesionales...) y para actualizar su organización y modelo jurídico, se ha debatido hasta la saciedad, a veces con propuestas demasiado simples y esquemáticas (modelo estatutario *versus* laboral). En esta cuestión, la realidad es extremadamente compleja.

La reciente sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea ha puesto de relieve la existencia de prácticas de contratación inadmisibles, y tendrá efectos positivos en cuanto a estabilizar plantillas y, quizás, propiciará una cadena de cambios pragmáticos en el Estatuto Marco.

Además de los problemas crónicos relacionados con sus recursos humanos, el Sistema Nacional de Salud comienza a acusar los cambios, a veces disruptivos, que tienen lugar en las funciones y competencias de muchas de las profesiones sanitarias. Las existentes están cambiando y aparecerán otras nuevas. En un entorno muy conservador como el sistema sanitario español, las profesiones en transición generarán conflictividad acusada, como se ha demostrado con la prescripción de enfermería.

El eterno dilema: estatutarios o laborales. Conviene ser cautos

Con frecuencia se utiliza la expresión, algo despectiva y simplificadora, “superación del modelo estatutario funcional”. Esta afirmación se ha convertido en una especie de *mantra* que es continuamente repetido. De manera casi milagrosa y sin necesidad de demostración, la mayor parte de los problemas se resolverían de forma sencilla y fácil cambiando la vinculación de los profesionales, dejando de ser *funcionarios* e iniciando una nueva y esperanzadora vida laboral. Pero no es tan sencillo.

Ya en el año 1991 el conocido como *Informe Abril Martorell* afirmaba que: “El marco laboral estatutario no responde a las necesidades actuales y no encauza los conflictos que plantean las relaciones del personal en el ámbito sanitario, especialmente si se pretende incorporar criterios exigentes de productividad y eficiencia, por ello algunos profesionales se encuentran lógicamente desmotivados”.

El *Informe Abril* tenía el propósito, en relación con el personal, de “obtener el mayor grado de participación activa, vinculación al proyecto y motivación del personal sanitario” y “una mayor flexibilidad”.

Algunas de esas recomendaciones, aunque no se reconozca suficientemente, se pusieron al alcance del sistema sanitario con el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud de 2003⁽²⁸⁾. Este Estatuto ha permitido que los diferentes sistemas de salud de las comunidades autónomas dispongan del instrumento legal

necesario para afrontar algunas de las reformas planteadas por el *Informe Abril*.

Por ejemplo, el Estatuto Marco de 2003 ha reforzado las competencias organizativas de la dirección, ha roto el igualitarismo salarial introduciendo la posibilidad de la carrera profesional horizontal y la retribución variable vinculada a objetivos anuales y ha aportado una mayor flexibilidad a la gestión de personas en aspectos tan relevantes como la cobertura temporal de las necesidades del servicio, la movilidad interna voluntaria o forzosa o los sistemas de selección.

De cualquier manera, el Estatuto Marco no es más que un instrumento, pero que ha demostrado que está dotado de la suficiente flexibilidad, tampoco reconocida, como para ser utilizado en los años de crecimiento de los recursos como en los años de recortes presupuestarios.

También en lo que se llama “capacidad de los órganos de gobierno de las administraciones públicas de determinar unilateralmente las condiciones de trabajo” o la posibilidad de, excepcionalmente, y por causa grave de interés público derivada de una alteración sustancial de las circunstancias económicas, suspender o modificar el cumplimiento de los pactos y acuerdos firmados.

Esas posibilidades se han utilizado cuando se han tomado decisiones orientadas al cumplimiento de los objetivos presupuestarios en decisiones como la reducción salarial del 5%, el incremento de la jornada anual, la congelación de compromisos en

²⁸Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud

3 El dolor crónico del Sistema Nacional de Salud

relación a la carrera profesional, la eliminación de pagas extras, la reducción de las cantidades a pagar por la consecución de objetivos,...

Otro punto a destacar, y mucho, es el sometimiento a la Jurisdicción Contencioso-administrativa de sus decisiones y de las reclamaciones del personal. A diferencia de la Jurisdicción Social-Laboral, presidida por el principio de protección del trabajador, en la Contencioso-administrativa el principio inspirador es la protección de las decisiones de la Administración -siempre que no incurra en arbitrariedad- y la prevalencia del interés general sobre el interés particular. Los juzgados y tribunales, en general, han confirmado la actuación de los gobiernos en relación con los recortes y la suspensión o modificación de los acuerdos y pactos suscritos con las organizaciones sindicales.

Seguramente es un buen momento para evaluar el funcionamiento de los diversos mecanismos utilizados, hacer un balance de los daños y aciertos y diseñar los próximos movimientos. Es muy probable que sin el Estatuto Marco de 2003 los años de recortes del Sistema Nacional de Salud habrían sido de mayor conflictividad.

Algunas amenazas se deben afrontar. Una de ellas es la necesidad de restablecer el contrato psicológico del sistema con los profesionales. No se debería responsablemente pasar página de la historia de estos años sin hacer una reflexión y sin que los profesionales, que en general han tenido un buen comportamiento, vean claro el futuro y mantengan su compromiso con las instituciones. La rapidez en la toma de decisiones que requería la situación, la sorpresa que significó y la dureza de las decisiones tomadas, no permitieron que los profesionales participaran mínimamente en la adopción de las decisiones. Ahora existe la oportunidad de recuperar su confianza solicitando su participación y no debe desa-

Tabla 7. Algunos datos sobre el drama de la temporalidad en el Sistema Nacional de Salud

• Empleo en el Sistema Nacional de Salud	611.000 personas ⁽¹⁾
• Estimación de temporalidad en el Sistema Nacional de Salud (interinos+eventuales)	193.000 personas ⁽¹⁾ 31,6% del total 49,8% del total ⁽²⁾ 30% del total ⁽³⁾
• Estimación de temporalidad en la sanidad privada	20% ⁽¹⁾
• Media de contratos anuales de médicos no propietarios de plaza fija	5.373 contratos/año ⁽²⁾
• Temporalidad por CCAA, algunos ejemplos ⁽²⁾	17,7% La Rioja 25% Extremadura 36,9% Baleares 59,7% Canarias

⁽¹⁾Informe Fundación 1 de Mayo. CCOO diciembre 2016.
⁽²⁾Tercer sondeo situación laboral de los médicos en España. OMC-CESM febrero 2017.
⁽³⁾Comisión de RRHH del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Enero 2017 (datos provisionales).

provecharse en modo alguno.

La polémica sobre estaturización o laboralización continuará. Conviene afinar mejor los argumentos técnicos, a favor y en contra, y también los políticos: anular el modelo estatutario es arriesgado por su conflictividad segura. Congelarlo y, a partir de un determinado momento, iniciar la laboralización es posible, aunque obliga a una costosa y compleja coexistencia de modelos.

Quizás la vía más pragmática, eficaz y realista sea la de introducir algunas modificaciones en el Estatuto Marco actual. Entre ellas puede figurar un concepto de la *plaza en propiedad* menos rígido.

Precariedad sanitaria: novedades importantes, soluciones urgentes

La temporalidad constituye un auténtico drama, teniendo en cuenta que afecta a profesionales altamente cualificados que desarrollan un trabajo muy especializado y sensible, incompatible con el encadenamiento de contratos de días o semanas, que

sin duda se vería beneficiado por la estabilidad.

Destaca en primer lugar la ausencia de datos oficiales, suplida por estudios realizados por organizaciones profesionales y sindicatos, que deben evaluarse con ciertas reservas.

La Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial está realizando un estudio con datos oficiales de las propias comunidades autónomas (febrero 2017).

En cualquier caso, los datos de temporalidad son preocupantes sin paliativos como refleja la **Tabla 7**, y es consecuencia en parte de una desidia de las comunidades autónomas en la gestión de sus recursos humanos y de una inacción crónica del propio Ministerio de Sanidad.

De hecho, la trascendencia del problema ya era patente antes de la sentencia del Tribunal de Justicia de la UE (que en realidad sólo afecta a eventuales), y no por el redactado normativo del Estatuto Marco, sino por su aplicación, al cubrir necesidades estructurales o coyunturales con contratos

temporales. Pero esta sentencia (**Tabla 8**) pone de relieve la gravedad del problema de la estabilidad de los recursos humanos, y no solamente del Sistema Nacional de Salud, sino también del sector privado (que presenta una tasa de temporalidad del 20%, notablemente inferior a la de la sanidad pública).

Urge pues una solución práctica y efectiva al problema, que debe pasar forzosamente por volver a tasas de reposición del 100% en el Sistema Nacional de Salud, añadiendo ofertas públicas de empleo suficientes para absorber razonablemente la bolsa de contratos temporales acumulados durante los últimos años y ello en un entorno presupuestario exigente.

Profesiones en transición: prescripción enfermera, una negación de la evidencia

Si bien es cierto que el principal problema de los recursos humanos es indudablemente la gestión de las modalidades de contratación, la rigidez del marco estatutario y la temporalidad-precariedad a medio plazo eclosionarán otros problemas.

En todos los sistemas sanitarios desarrollados y maduros las profesiones sanitarias experimentarán cambios muy profundos. Basta mirar a EEUU, país en el que siempre apuntan temporalmente las tendencias de cambio más disruptivas. La aparición de la figura del médico hospitalista, o la creación de nuevas profesiones: *physician assistant*, *nurse practitioner*, etc. En este último caso, se trata de enfermeras tituladas con el grado de máster, que pueden realizar un amplísimo catálogo, sin supervisión médica, de actos terapéuticos y diagnósticos. También en algunos países europeos existen nuevos tipos de profesionales de enfermería con competencias asistenciales intensificadas y ampliadas. El fenómeno de la cronicidad puede encontrar en los profesionales de enfermería con nue-

Tabla 8. Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) de 14 septiembre de 2016

- La utilización de nombramientos de duración determinada sucesivos para atender necesidades permanentes en el sector de los servicios de salud es contraria al Derecho de la Unión. No se pueden renovar indefinidamente nombramientos temporales para atender necesidades permanentes, lo cual parece bastante obvio.
- La sentencia no concluye que la regulación del artículo 9 del Estatuto Marco sea contraria a la Directiva 1999/70/CE, sobre el trabajo de duración determinada. Lo que dice es que se ha aplicado indebidamente esta normativa y que no se han fijado límites. Compara esta regulación con la del Estatuto de los Trabajadores, afirmando que éste si cumple ya que se fija una indemnización para el trabajador una vez finalizado el contrato temporal y se incluye una cláusula de garantía, consistente en que los contratos temporales celebrados en fraude de ley se presumirán celebrados por tiempo indefinido.
- La sentencia del TJUE obliga a cesar de inmediato en estas maneras de cubrir necesidades de personal estructurales, analizar de manera cuidadosa todas las situaciones para sustituir estos nombramientos por interinos, si es lo que procede y autorizar, de forma urgente, la publicación de Ofertas de Empleo Público suficientes para regularizar las necesidades de personal de los servicios de salud. Seguramente deberán revisarse el párrafo tercero del artículo 9.3.c) del Estatuto Marco con la finalidad de evitar que en el futuro se vuelvan a producir estos nombramientos abusivos que son contrarios a la normativa europea y al propio Estatuto Marco.



vas competencias una ayuda de gran valor. Pero además de cambios en funciones y competencias que experimentarán muchas profesiones sanitarias, aparecerán otras nuevas, hoy desconocidas o en fase embrionaria; por ejemplo, en el campo de las tecnologías de la información (informáticos clínicos, gestores de información médica) o de la ingeniería (bioingenieros de materiales, médicos-ingenieros). El resultado será un incremento de la diversidad de per-

files profesionales, con trabajo en equipo de nuevo tipo.

Las profesiones sanitarias van a cambiar, por encima de planteamientos conservadores y de resistencia. Mercados de trabajo rápidamente cambiantes y dinámicos, aprovechamiento mejor de titulaciones universitarias relacionadas con la salud; dificultad y coste de formar médicos especialistas, y posibilidad real de especialización rápida y eficiente en determinadas prácticas médicas muy estandarizables son algunas de las causas que impulsarán cambios disruptivos en las profesiones sanitarias.

En cambio, en España, todavía no se ha superado la polémica sobre la prescripción de enfermería, primer y tímido paso para dar a esas profesionales nuevas funciones y competencias, en línea con lo que ocurre en numerosos países que no han experimen-

3 El dolor crónico del Sistema Nacional de Salud



tado la notoria polémica que ha existido en España.

Oportunidades

Un debate sereno sobre los recursos humanos es necesario, pero hay que tomar medidas efectivas

El debate debe sopesar las alternativas a las parálisis actual en la que se encuentra la organización y gestión de los recursos humanos. Si acabar con el modelo estatutario, con sus ventajas e inconvenientes, es política y jurídicamente muy complejo, debe abordarse un programa de cambios en el actual Estatuto Marco, que entre otras cosas debe resolver definitivamente el intolerable nivel de precariedad existente.

No parece difícil llegar a acuerdos con una base de consenso entre partidos políticos, comunidades autónomas, sindicatos y organizaciones profesionales sobre un programa de cambios limitados en el actual Estatuto Marco, porque nadie quiere, por ejemplo, mantener el actual nivel de temporalidad.

Pero como en otros temas, sin un liderazgo potente, claro y efectivo del Ministerio de Sanidad, será difícil, por no decir imposible, acometer ese tan necesario programa de cambios.

Las profesiones sanitarias están cambiando: sí rotundo a la prescripción de enfermería

Ya está ocurriendo en muchos países con sistemas sanitarios desarrollados, en Europa y Estados Unidos. No querer aceptarlo es empeñarse en mantener una situación que será desbordada por la realidad.

La prescripción de enfermería debe aprobarse, por encima de conservadurismos difíciles de aceptar, a la luz de lo que ocurre en países de nuestro entorno, que no pueden estar todos equivocados.

También en este tema el liderazgo del Ministerio de Sanidad es de vital importancia. Sin duda alguna, impulsar una función de reforma y cambios en las profesiones sanitarias le permitirían recuperar un liderazgo necesario y prestigioso que ha perdido por inacción.

IMPLICACIONES

- La gestión de los recursos humanos es uno de los grandes retos del Sistema Nacional de Salud, y tiene implicaciones en herramientas de gestión, cambios culturales y modificaciones jurídicas.
- La temporalidad en el sector sanitario, sobre todo en el ámbito público, constituye un auténtico drama personal, profesional y de eficiencia, lo que ha sido puesto más de manifiesto tras la reciente Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea.
- Las profesiones sanitarias experimentarán cambios muy profundos a corto y medio plazo con modificaciones sustanciales de ciertos roles profesionales.
- La aprobación acordada de la prescripción enfermera es una demanda que es preciso abordar y una muestra de los roles profesionales cambiantes, que precisa un amplio acuerdo entre los mismos con la participación decidida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Fármacos y tecnologías innovadoras

¿Cómo incorporarlos?

El acceso a los nuevos medicamentos que están llegando de la mano de la biotecnología de patente, moléculas complejas o biosimilares es uno de los retos más importantes que tiene el sistema sanitario. Su irrupción es imparable y hay una gran cantidad de ellos en camino. Su eficacia está contrastada en ensayos clínicos cada vez más exigentes pero su coste demostrado es elevado, lo que dificulta su financiación con presupuestos sanitarios que no van a crecer.

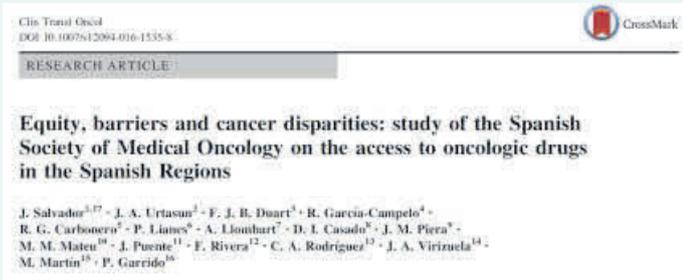
El convenio de colaboración entre Farmindustria y el Gobierno de España sobre el gasto farmacéutico público limita su crecimiento al ritmo del PIB nominal. Equivale en gran medida al *marco financiero estable* que siempre demanda la industria, pero establece un límite estrecho. Supone que a esos nuevos medicamentos habrá que *hacerles sitio* dentro de ese tope. Esto chocará con actitudes retrógradas como el imposible *todo para todos y gratis*.

Garantizar un acceso igual a los nuevos fármacos

Hay mecanismos para conseguir ese objetivo y algunos ya están siendo probados satisfactoriamente, como los techos de gasto por producto, el pago por paciente curado, los precios decrecientes en virtud del número de pacientes o una combinación que asegure compartir los riesgos entre el Sistema Nacional de Salud y las compañías.

Hay que registrar, medir y estratificar por tipo de paciente. Valorar el resultado teniendo en cuenta todo el proceso de la enferme-

Tabla 9. Ejemplo de barreras de acceso. El estudio de la Federación de Sociedades Españolas de Oncología



Conclusiones:

- Existe retraso (actualmente superado) entre la aprobación por la EMA y el precio y reembolso en España, que es un prerrequisito para la prescripción.
- Hay una gran variabilidad entre regiones y entre centros de la misma región, en cuanto al retraso entre el establecimiento del precio y la primera prescripción.
- En el acceso se produce una heterogeneidad de criterios de valoración por parte de las distintas Comisiones de especialistas.
- Los autores recogen una lista práctica de medidas para corregir esta situación y homogeneizar el acceso en todos los centros y territorios.

dad y pagar en función de ellos. Ver *beyond the pill*, más allá del tratamiento con un medicamento concreto, evaluando los ahorros que produce. También aplicar un *benchmarking* de resultados, comparando entre centros y servicios.

En España, los medicamentos novedosos se solían incorporar al Sistema Nacional de Salud más tarde que los países de la eurozona y bastante más tarde que en Estados Unidos. Sin embargo, este retraso se está superando y actualmente estamos en la media de la UE. Es un esfuerzo meritatorio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Sin embargo, el acceso no es idéntico en todos los territorios y en todos los centros. Hay graves diferencias de acceso entre ellos. El Defensor del Pueblo lo ha recogido en varias ocasiones, a propósito de los medicamentos oncológicos⁽²⁹⁾.

Las Sociedades Españolas de Oncología Médica (SEOM)⁽³⁰⁾ y de Farmacia Hospitalaria (SEFH)⁽³¹⁾ también han hecho llamamientos sobre el mismo asunto. IMS ha elaborado un *benchmarking* europeo sobre los procedimientos y tiempos de aprobación de nuevos medicamentos⁽³²⁾.

Un ejemplo práctico de las barreras de acceso se presenta en la **Tabla 9**.

²⁹Informe Anual del Defensor del Pueblo 2014, pág. 316 y siguientes

³⁰SEOM. *Declaración de Madrid*, de 9-11-2012. Defiende un acceso no discriminatorio e igualitario a tratamientos aprobados y financiados por el Sistema Nacional de Salud.

³¹SEFH. Posicionamiento sobre acceso a nuevos fármacos antineoplásicos. 29-6-2015.

³²IMS. *Procedimientos y tiempos de aprobación en España: Benchmarking europeo*. 15-3-2016.

4 Fármacos y tecnologías innovadoras

Tabla 10. Reglas de oro del COCIR



1. Al menos el 60% de la base instalada del equipamiento debería tener una antigüedad inferior a los cinco años

2. Los equipos entre seis y diez años de antigüedad no deberían representar más del 30%

3. Los equipos de más de diez años de antigüedad no deberían representar más del 10%

Equipos tecnológicos: grandes retrasos de las inversiones públicas

En tecnología de equipos de diagnóstico y tratamiento de los centros públicos es visible una obsolescencia y antigüedad de los equipos disponibles. En los últimos años apenas ha habido inversiones. En muchas comunidades autónomas el parque instalado es el más antiguo de las últimas dos décadas con muchos equipos de una edad superior a los diez años e incluso hay pérdidas de trazabilidad en el mantenimiento. Se está llegando a un punto crítico en la protección del paciente ante la radiación, del que se habla poco y forma parte destacada de la calidad de las prestaciones.

No se han cumplido las recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) sobre

mantenimiento preventivo y correctivo y calibración. Tampoco se han seguido las *Reglas de Oro* del European Committee of Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry (Cocir), que se presentan en la **Tabla 10**.

Las diferencias entre los territorios son también acusadas en este campo. Hay discrepancias en antigüedad muy grandes, como muestra el ejemplo siguiente de los equipos TAC: el 38% de equipos con más de diez años en Aragón, frente al 15% en Canarias (**Figura 3**). En otras tecnologías el orden cambia; no hay un perfil repetido de territorios con todo tipo de equipos más envejecido que en las demás. En realidad,

las comunidades autónomas han ido renovando lo que era imprescindible, caso a caso.

En cuanto a la disponibilidad total de equipos, se ha venido produciendo un aumento de los privados, frente al estancamiento de los públicos. En muchas áreas el parque privado es más numeroso que el público y está concertado, lo que salva las necesidades del Sistema Nacional de Salud. Eso ocurre en ecografía (57% privado), TAC (53%) y resonancia magnética (76%). Lógicamente, la situación es la inversa en monitorización y salas de intervencionismo, ligadas más directamente a la actividad quirúrgica.

Figura 3. Perfil TC por comunidades autónomas (Fenin, 2014)

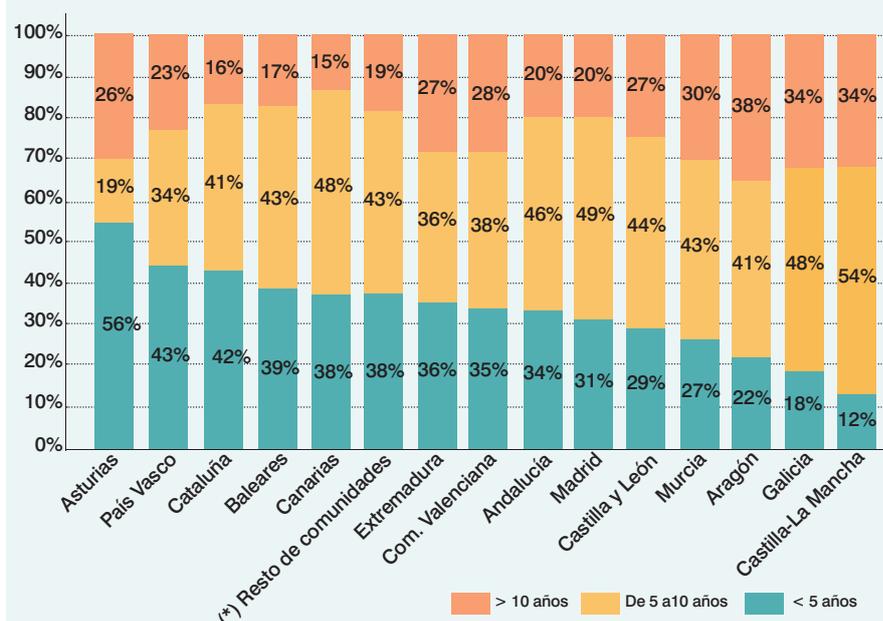


Tabla 11. Recomendaciones de Fenin para la actualización tecnológica



1. Abordar un plan de actualización tecnológica
2. Establecer criterios de valor
3. Establecer criterios de valoración de las inversiones en tecnología
4. Evaluar el impacto de las nuevas

tecnologías

5. Aplicar criterios de renovación
6. Asegurar un proceso de mantenimiento adecuado y cualificado
7. Reforzar las funciones del responsable de vigilancia
8. Técnico especialista en electromedicina, cada cierto número de camas
9. Formación continua de profesionales
10. Implicar a los profesionales en el proceso de decisión

IMPLICACIONES

- El acceso a los nuevos medicamentos es uno de los retos más importantes del sistema sanitario. *Habrá que hacerles sitio*, lo cual significa revisar toda la estructura de gasto de nuestro sistema.
- Se han superado los retrasos en la incorporación a España de ciertos medicamentos, pero las desigualdades de acceso entre comunidades autónomas son muy notorias.
- En equipos tecnológicos hay una gran obsolescencia, como consecuencia de la crisis económica.
- Es necesario un Plan de Adquisiciones Públicas de tecnología, coordinado con las adquisiciones del sector privado concertado.

Un necesario plan de renovación

Para los próximos años se hace necesario un *Plan de Adquisiciones públicas* (Tabla 11), teniendo en cuenta las inversiones realizadas y previstas por el sector privado; no deben repetirse inversiones muy costosas por la incapacidad de coordinarse con la parte privada del sistema sanitario.

Hay muchas fórmulas: se pueden comprar equipos únicamente, servicios o una combinación; ya lo vimos en el ejemplo del punto anterior. Se pueden financiar de muchas maneras adaptadas a la situación de cada adquirente público.

La nueva tecnología abre una posibilidad poco explorada: que el suministrador participe en su utilización, ayudando a gestionar la demanda. Puede contribuir a una *petición inteligente de pruebas*; sabemos que, a veces, hay *sobreprescripción* de pruebas y que también es necesario un uso racional de diagnóstico. También sabemos que se tiende a la fragmentación de servicios de diagnóstico complejos (como la Anatomía Patológica) algo que no ocurre solo en ese campo sino en otras aplicaciones de tecnología. Concentrar puede elevar la calidad y la eficacia, con la participación de los suministradores en la gestión.

El concepto *pago por resultados* no es di-

fícil de instrumentar, de acuerdo con las unidades de gestión clínica y con un enfoque multidisciplinar. Hay ejemplos en este sentido que funcionan bien. El objetivo del futuro es invertir en tecnología para ser más precisos y eficaces y reducir gastos generales de hospitalización.

Conclusión

Como conclusión: la relación entre el Sistema Nacional de Salud y la industria siempre ha sido compleja pero la irrupción acelerada de tecnología obliga a revisarla, basándola en mayor transparencia y agilidad. Las compañías deben comprometerse con la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud a largo plazo sin aprovecharse de ventajas circunstanciales.

El Sistema Nacional de Salud debe dejarse ayudar, evaluando con inteligencia lo que la industria le propone y aprovechando lo experimentado en otros lugares. La sostenibilidad del sistema público es razón de peso para superar suspicacias mutuas.

Los nuevos medicamentos y los nuevos equipos entrarán en el Sistema Nacional de Salud antes o después. Mejor que lo hagan a tiempo, utilizados eficazmente y a un coste asumible, en beneficio de los pacientes.



Comprar de forma más eficaz, comprar mejor

La Medicina cambia a gran velocidad y gestionar un hospital o un área de salud es más difícil que muchas empresas, pero la inercia en la forma de comprar en el Sistema Nacional de Salud es propia de hace varias décadas. El modelo de compra pública sanitaria es lento, inflexible y demasiado centrado en el precio, sean productos o servicios. El reto es comprar más eficientemente: obtener mayor rendimiento del presupuesto que tengamos.

En general, hay mucho margen para mejorar los sistemas de compra pública y hacerlos más eficientes, articulando los intereses de los pacientes, que son los esenciales, con los de las compañías y con los techos presupuestarios. Fórmulas como el diálogo competitivo se han aplicado en pocos casos; lo mismo ha ocurrido con el *renting*, el pago por utilización, la compra simultánea de equipos y servicios, la compra innovadora y otras muchas fórmulas, ofrecidas por el mercado, de las que se ha beneficiado poco el sector público sanitario. El vigente *Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público*⁽³³⁾ no es flexible pero contiene posibilidades que se han utilizado escasamente por comodidad y abuso del criterio precio, que se ha impuesto a los servicios sanitarios desde los departamentos financieros. Algo grave en un sector, como el sanitario, que demanda agilidad y estar al día.

En parte, la obsolescencia tecnológica del Sistema Nacional de Salud se debe a esta falta de flexibilidad. Apenas se han

ensayado fórmulas para una renovación gradual y coste asumible.

Una oportunidad para mejorar la compra pública

La Directiva Europea 2.014/24/UE⁽³⁴⁾, de adjudicación de los contratos públicos de obras, suministros y servicios ayudará a cambiar esta situación, al imponer dos grandes principios: la transparencia y una asignación de los recursos públicos más eficiente.

Debía haberse traspuesto antes de 16 de abril de 2016 y España está fuera de plazo, aunque existe un proyecto de una nueva Ley de Contratos del Sector Público, adaptada a aquella y en trámite de aprobación parlamentaria⁽³⁵⁾.

El nuevo texto simplifica la contratación y establece la uniformidad jurídica en todos los contratos públicos, reduciendo su dispersión, enfatizando la flexibilidad y la transparencia. Mantiene el procedimiento restringido, que no se modifica sustancialmente, pero facilita el procedimiento abierto para aumentar dicha transparencia. Tien de a disminuir el peso del precio y aumentar el de la oferta técnica. En definitiva, es-

timulará a los gestores a trabajar mejor los pliegos y a no descansar sobre la comodidad del precio más bajo.

Lo más importante es que se aplique en España como una reforma que nos conviene para que nuestro sector público sea más eficiente y no como una imposición de la UE. En ese nuevo marco puede valorarse mejor el I+D y las ofertas de *paquetes* de productos y servicios asociados. Al estimular el uso de la negociación, valorando las soluciones innovadoras, las circunstancias del centro usuario (personal, medios, tipo de pacientes) y la especificidad del servicio o del producto, el sector sanitario puede mejorar todos sus sistemas de compra.

La trasposición de la Directiva UE 2014/24 se ha demorado demasiado. Las comunidades autónomas la están aplicando con normas dispersas y es urgente que el trámite parlamentario de aprobación de la nueva Ley de Contratos del Sector Público no se alargue y no desvirtúe algunos aspectos.

Su aplicación debería ser rápida, pero no se aprecia que las Administraciones se están preparando para su rápida implementación. Ahora mismo se debería estar trabajando en la redacción de borradores de nuevos contratos para comprar mejor y en planes de compras con esos criterios.

Se deben potenciar los contratos mixtos de producto y servicios (*paquetes* completos), compra de resultados, compra de productos en fase de ensayo, compra de tratamientos y otras fórmulas aun poco utilizadas, siempre en relación con la deman-

³³Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por la que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (BOE nº 276, 16/11/2011)

³⁴Directiva 2014/24/ UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública

³⁵Proyecto de Ley de Contratos del Sector Público, por la que se traspone al ordenamiento jurídico español la Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 (Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, Serie A, Proyectos de Ley, 2 de diciembre de 2016)

5 Comprar de forma más eficaz, comprar mejor

da existente y prevista.

A continuación (**Caso 1**) se recoge un ejemplo que ilustra las consideraciones anteriores. Es un modelo de compra racional utilizando el vigente Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (Trlcsp) donde el precio juega un papel menor frente a exigencias de calidad y servicio. Asimismo, en el **Caso 2** se presenta un ejemplo de colaboración de una empresa y una organización sanitaria en la búsqueda de eficiencias.

Preparar las compras de la innovación que viene

Hay mucha información disponible sobre el I+D aplicado que está a punto de llegar y nos podemos preparar con antelación para utilizarlo de la forma más eficiente. Esto es especialmente importante en medicamentos innovadores.

En los próximos años habrá que renovar equipos tecnológicos y adquirir nuevos medicamentos. Para que sean eficaces

Caso 1. Concurso de desfibriladores del Hospital Sant Pau, Barcelona



Cuadro de características relativo al contrato que tiene por objeto el servicio de abordaje integral del procedimiento asistencial, mejorado con las tecnologías digitales, de pacientes con desfibriladores automáticos implantados (DAI), incluyendo la resincronización cardíaca, para la fundación de gestión sanitaria del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, de Barcelona.

OBJETO: eficiencia asistencial utilizando tecnologías digitales

CONTENIDO: todos los aspectos del ciclo asistencial del paciente

- Aprovechamiento y gestión del material DAI (desfibriladores automáticos implantados)
- Asistencia técnica
- Gestión de incidencias y complicaciones
- Servicios de monitorización domiciliaria
- Formación de médicos, enfermería, pacientes y familiares
- Sistemas de información, control presencial y remoto de pacientes
- Renovación tecnológica e incorporación de nuevas tecnologías durante la duración del contrato

DURACIÓN: 4 años

desde el principio y no haya una utilización indebida, conviene elaborar anticipadamente registros de pacientes y criterios de acceso. Se pueden preparar marcos para compra de *soluciones*, no de producto; pliegos-tipo para compra de resultados; concursos con enfoque *value based health care*.

Como no tendremos mucho presupuesto habrá que tener ideas claras: comprar mejor es adquirir lo que de verdad se necesita, lo que los profesionales saben usar, lo que va a ser utilizado con toda seguridad y no lo más novedoso, sofisticado, de moda o que *no tenemos*.

Comprar mejor supone prepararse para un uso racional del nuevo recurso, sin exagerar su utilización. Eso facilita comprar la capacidad adecuada, no la más potente que estimula un uso a veces excesivo. El caso siguiente ilustra la cultura de la sabia elección del *No Hacer* que conduce a *peticiones inteligentes* y a la adquisición del recurso que responde a lo que realmente es necesario.

Caso 2. Ejemplo de colaboración empresa-organización sanitaria en busca de la eficiencia



Eficiencia en el gasto. Elegir sabiamente el No Hacer. Peticiones Inteligentes

Actualmente más del 70% de las decisiones clínicas que afectan al cuidado de los pacientes están soportadas en información del laboratorio clínico. Dado que el laboratorio es un servicio central, transversal a la organización, el uso adecuado del laboratorio no sólo es un indicador de eficiencia sino también de calidad.

En este sentido, el proceso de solicitud analítica cobra especial relevancia, tanto es así que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con sociedades científicas, promovió el proyecto *Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España* (www.msssi.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/cal_sscc.htm), enmarcado en las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Este proyecto comparte objetivos similares a otras iniciativas internacionales como la *Choosing Wisely* en Estados Unidos, o las del NICE (National Institute for Health and Care Excellence) de Reino Unido.

Unas 50 sociedades científicas han hecho recomendaciones (5 cada sociedad), sobre qué no

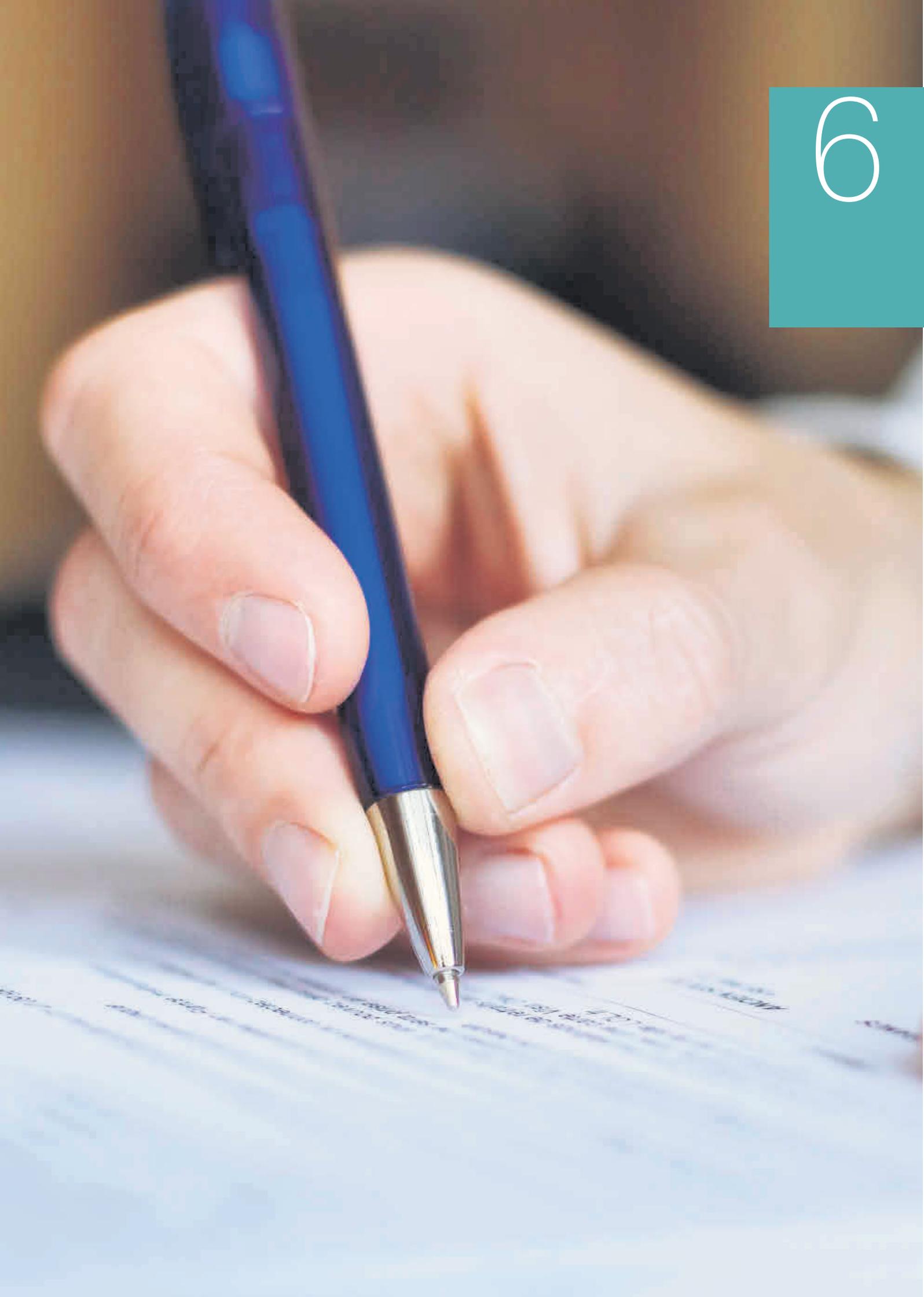
hacer para favorecer un uso adecuado.

En el proyecto han participado dos sociedades de Laboratorio, la Asociación Española de Biopatología Médica-Medicina de Laboratorio (AEBM-ML), y la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQC-ML). Incluso en el caso de la AEBM, a partir de todas las propuestas recibidas, se editó posteriormente una monografía titulada *Decisiones Inteligentes desde el Laboratorio: de Elegir Sabiamente a No Hacer* (www.aebm.org/images/activos/publicaciones/DecisionesInteligentesdesdelLaboratorio.pdf).

Como ejemplo de colaboración de una empresa con las instituciones sanitarias, desde Unilabs se potencia esta forma de trabajo promoviendo la *petición inteligente*. En vez de solicitar de forma tradicional una batería de pruebas en las que algunas podrían ser innecesarias, se crea un estudio en el que, sobre la base de algoritmos de decisión propios desarrollados y guías clínicas, se van generando o no nuevas pruebas realmente necesarias en función de los resultados previos, de forma que al final y con una única petición se proporcione la mayor y más útil información para el cuidado del paciente. Ejemplo de esta forma de proceder son nuestros propios desarrollos sobre el estudio de la anemia, de la enfermedad tiroidea, de hepatitis infecciosas, etc.

IMPLICACIONES

- El modelo de compra pública es lento, inflexible y demasiado centrado en el precio.
- El reciente concurso del Hospital de Sant Pau, de Barcelona para la adquisición de desfibriladores es un ejemplo de las posibilidades del marco legal actual, que no han sido bien aprovechadas.
- La trasposición de la Directiva Europea 2014/24/UE se está demostrando demasiado y las comunidades autónomas la están aplicando ya de forma dispersa. Significa una oportunidad para la mejora de la compra pública en el sector sanitario.
- Se pueden preparar marcos para la compra de *soluciones*, no de producto; pliegos-tipo para la compra de resultados; concursos con enfoque *value-based healthcare*, etc.
- Comprar mejor es adquirir lo que de verdad se necesita, los profesionales saben usar y va a ser utilizado racionalmente, en una cultura de *petición inteligente*.



Provisión privada

Un nuevo fantasma recorre la sanidad española: el 'paleoprogresismo'

Coexistiendo con un Sistema Nacional de Salud muy sólido por sus rasgos esenciales (universal, amplias prestaciones, generación de conocimiento, desarrollo de innovaciones, etc.), la provisión privada ha jugado un rol sustitutivo y/o complementario a lo largo de su existencia en todas las comunidades autónomas y con volúmenes de actividad bastantes estables.

La irrupción de fuerzas nuevas políticas con un discurso muy enfrentado al sector privado, con pocos argumentos no ideológicos, cuestiona su existencia, añadiendo un momento de tensión e inestabilidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que podría debilitar un valioso aliado que goza de ventajas apreciables en términos de eficiencia, flexibilidad y capacidad de generar experiencias innovadoras.

Como en otros países desarrollados, el actual proceso de concentración en la provisión privada cambiará el panorama actual de forma muy apreciable, con grupos potentes que dispondrán de nuevas capacidades.

Las *reglas de juego* tradicionales entre aseguramiento y provisión privadas también deberán adaptarse al nuevo entorno, existiendo un terreno muy fértil para desarrollar nuevos modelos relacionales, tipo *win-win*.

La consolidación de grupos sanitarios privados también intensificará la internacionalización de las empresas, sobre todo en Latinoamérica, donde el prestigio de la sanidad privada y pública española es muy remarkable.

El Sistema Nacional de Salud es muy sólido, y la colaboración del sector privado, muy útil

A pesar de los severos recortes aplicados durante la crisis, el Sistema Nacional de Salud goza de razonable buena salud, incluso sin haber recuperado los niveles de financiación anteriores al año 2009.

El Sistema Nacional de Salud es un buen sistema, de cobertura universal, buenas y amplias prestaciones, muy inclusivo, y con un gasto público en la media de los países de la UE, aunque inferior a los del eu-

rogrupo. Existe un amplísimo consenso social y político sobre la bondad global del Sistema Nacional de Salud, que a veces hace olvidar sus graves problemas de sostenibilidad, sus desigualdades territoriales o la escasa presencia del paciente en el centro del sistema. Sin embargo, pocas veces se cuestiona la existencia y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La *parte pública* del Sistema Nacional de Salud ocupa un papel central en la sanidad española:

- La red de centenares de centros de atención primaria es abrumadoramente pública, con presencia muy marginal de la provisión privada.

- La red de grandes hospitales universitarios, académicos y terciarios es también esencialmente pública, salvo contadas excepciones, y en la misma se genera el conocimiento médico más innovador y se forman la mayoría de MIR, y otros profesionales sanitarios.

- La investigación biomédica clínica tiene lugar mayoritariamente en los hospitales públicos, y de los 29 Institutos de Investigación Sanitaria acreditados por el Instituto de Salud Carlos III, sólo uno no es público (la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid).

- Tanto los centros de referencia como los programas de trasplantes se desarrollan casi exclusivamente en los centros públicos.

Ante esta realidad incontestable, que pueda afirmarse que el sector privado parasita o pone en peligro la existencia del Sistema Nacional de Salud es, sencillamente, inexacto y desproporcionado.

6 Provisión privada

Tabla 12 Intensidad de la presencia del sector privado en el Sistema Nacional de Salud

ÁREAS DE ACTIVIDAD	MODALIDAD		INTENSIDAD
	COMPLETA	SUSTITUYE	
Provisión en AP ⁽¹⁾		X	●
Provisión en AH ⁽²⁾	X	X	● / ●
Provisión en servicios intermedios ⁽³⁾	X	X	● ● / ● ●
Provisión en servicios asistenciales no agudos ⁽⁴⁾	X	X	● ● / ● ●
Provisión en servicios auxiliares no clínicos ⁽⁵⁾		X	● ● ● ● ● ● ● ●

⁽¹⁾Centros de atención primaria y extra-hospitalaria, incluye concesiones y EBAS

⁽²⁾Hospitales, incluye concesiones, contratos y convenios

⁽³⁾Servicios diagnósticos, rehabilitación, transporte sanitario, etc.

⁽⁴⁾Centros socio-sanitarios, para enfermos crónicos, etc.

⁽⁵⁾Servicios no clínicos: limpieza, alimentación, lavandería, mantenimiento, seguridad, etc.

La **Tabla 12** esquematiza la intensidad de la presencia del sector privado en el Sistema Nacional de Salud, según si completa la actividad pública y/o la sustituye. En la atención primaria, el sector privado es marginal (con escasa presencia en Cataluña y Valencia), y en esos pocos casos sustituye al sector público. En el extremo opuesto, el sector privado sustituye intensamente y casi exclusivamente al sector público en servicios auxiliares no asistenciales.

En el resto de áreas de actividad, el sector privado, mediante concesiones, conciertos o contratos complementa y/o sustituye al sector público, desde áreas con presencia poco intensa o marginal, como el modelo concesional con 9 hospitales (sobre un censo de unos 350 hospitales encuadrados en el sector público⁽³⁶⁾), hasta áreas con presencia bastante relevante del sector privado, como la concertación de servicios asistenciales en 187 hospitales privados⁽³⁷⁾, (aunque el volumen concertado admite grandes variaciones interterritoriales) o la provisión

de servicios intermedios (también en ese caso con gran variedad según comunidades autónomas: provisión mayoritariamente privada en transporte sanitario y menos importante, por ejemplo, en servicios diagnósticos).

Otro dato relevante, que ayuda a explicar el comportamiento económico del sector concertado (hospitales privados no benéficos), es que estos centros facturaron al Sistema Nacional de Salud cantidades muy similares en el período 2010-2014⁽³⁸⁾, en una horquilla que va desde 1.570 millones de euros en 2010 hasta 1.480 millones de euros en 2014, contradiciendo a los que afirman que la crisis ha favorecido al sector privado asistencial.

También conviene destacar que la colaboración del sector privado con el Sistema Nacional de Salud es muy transversal, se extiende por todas las comunidades autónomas, por encima del signo político de sus cambiantes gobiernos, y a lo largo de la existencia del Sistema Nacional de Salud

parece haber mostrado un comportamiento bastante estable.

La lucha contra el afán de lucro: un discurso débil e inconsistente.

La aparición en la escena política de nuevas formaciones políticas populistas ha propiciado un nuevo discurso político sanitario, cuyos elementos centrales son la supuesta privatización masiva del Sistema Nacional de Salud, la crítica al afán de lucro o beneficio empresarial y la hostilidad severa contra el sector privado, especialmente en su faceta de colaboración con la sanidad pública.

Nada nuevo si no fuera que ese discurso, en realidad, data de los años sesenta; es un retorno al pasado plagado de inexactitudes. Ni la privatización a gran escala se ha producido, ni el afán de lucro en la sanidad debe demonizarse (su supresión absoluta implicaría la *nacionalización* de la industria farmacéutica, de fabricación de equipos, transformar en funcionarios a miles de empleados de empresas de servicio auxiliares o atención a la dependencia). Suprimir el sector privado colaborador del público privaría a éste de instrumentos flexibles para complementarlo o sustituirlo, de forma muy eficiente. El nuevo discurso político se ha limitado a insistir en la descalificación global del sector privado, renunciando a identificar los verdaderos problemas del Sistema Nacional de Salud y a proponer programas de transformación, colocando a la ideología por encima de los resultados obtenidos. En esa polémica, por otro lado, brillan por su ausencia las referencias que demuestran claramente que el sector privado, sin mermar la calidad de los servicios prestados, es muy coste-eficiente⁽³⁹⁾. Un problema añadido es que las fuerzas políticas no populistas han rehuido la polémica, han mostrado debilidad argumental y no han sido capaces de centrar los problemas verdaderos y proponer programas de transfor-

³⁶Catálogo Nacional de Hospitales 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

³⁷Informe IDIS 2016. Sanidad Privada Aportando Valor

³⁸Informe IDIS 2016. Sanidad Privada Aportando Valor

³⁹Evaluación de resultados de los hospitales en España, según modelo de gestión Iasist, 2012

mación del Sistema Nacional de Salud.

El resultado ha sido la focalización tensa en torno a un problema que no es el principal del Sistema Nacional de Salud, lo que ha derivado en inestabilidad e inseguridad para el sector que pueda aportar soluciones a las carencias de capacidad o de experimentación del Sistema Nacional de Salud, sin poner en entredicho su existencia, ampliamente apoyada.

Una nueva perturbación: la Directiva UE 2014/24

La hostilidad a las concesiones y a la concertación de servicios con empresas privadas se ha reflejado en normas recientes de algunas comunidades autónomas (Aragón⁽⁴⁰⁾, Valencia⁽⁴¹⁾) que establecen la preferencia de la contratación con entidades sin ánimo de lucro. Esa prioridad, en condiciones análogas de eficacia, calidad y costes, ya figuraba en la Ley General de Sanidad 14/1986 y se ha venido aplicando cuando ha sido posible.

Ahora se ha actualizado por la interpretación que esas comunidades autónomas han realizado de la Directiva UE 2014/24 sobre Contratación del Sector Público en leyes autonómicas específicas, aprovechando la tardanza en su trasposición por el parlamento español. Que las comunidades au-

tónomas legislen por su cuenta en el campo de la contratación pública supone una dispersión legislativa que va en contra de la misma directiva.

La norma europea establece la posibilidad, no la obligación, de reservar el derecho de concursar en el campo de los servicios sanitarios a entidades sin ánimo de lucro, siempre con ciertos límites y sin alterar los principios de transparencia e igualdad de trato. No va más allá de nuestra vigente Ley General de Sanidad 14/1986 y no es razonable que se fuerce su interpretación con criterios sesgados por criterios políticos.

Oportunidades

El sector privado sanitario sustituye, complementa, innova, aprovecha su capacidad y potencial para mejorar el Sistema Nacional de Salud desde principios de eficacia, transparencia y lealtad, en una nueva etapa de alianzas y colaboraciones.

El sector privado debe y puede jugar un papel de colaboración eficaz y leal con el sector público, aunque para ello necesita unas reglas de juego estable y entornos políticos no hostiles, más realistas y riguro-

sos y menos ideologizados por parte de todos los interlocutores.

La concentración que se está produciendo en la provisión privada está consiguiendo crear grupos potentes, bien integrados y con nuevas capacidades. A veces se afirma que esos grandes grupos privados están cambiando las reglas de juego del sector asegurador. Probablemente sea cierto, pero conllevaría la aparición de nuevas oportunidades derivadas de la fortaleza de esos grupos, que configuran un nuevo escenario de la provisión privada en España:

- El sector privado incorpora rápidamente equipos de alta complejidad frente a la obsolescencia tecnológica que afecta al sector público, todavía convaleciente de la crisis. Aprovechar bien esos recursos de alta tecnología de forma coordinada entre el sector público y el privado sólo puede traer mejoras de eficiencia globales⁽⁴²⁾.

- Un sector privado potente tiene ante sí una asignatura pendiente: apostar más por la investigación biomédica e innovación clínica y organizativa. Sobre todo en investigación biomédica, donde el peso de la provisión privada es todavía injustificadamente pequeño.

El sector privado está mejorando notablemente su capacidad de innovación, con varios programas y experiencias brillantes,

⁴⁰Decreto-Ley 1/2016, de 17 de mayo, del Gobierno de Aragón, sobre acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario

⁴¹Orden 3/2017, de 1 de marzo, de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se regula la acción concertada para la prestación de servicios a las personas en el ámbito sanitario

⁴²Informe IDIS 2016. Sanidad Privada Aportando Valor

6 Provisión privada

Caso 3. Programa de Gestión Poblacional de Ribera Salud⁽⁴³⁾



Ribera Salud se encuentra en un proceso de transformación estratégica hacia la gestión de la salud poblacional (*Population Health Management*). Ha desarrollado numerosas iniciativas, todas ellas encaminadas a conocer mejor las necesidades de los ciudadanos a los que atiende y poder así prestarles una asistencia más acorde a las mismas, que resulte en una mejora en su salud. El programa de gestión de salud poblacional de Ribera Salud está basado en los siguientes aspectos:

- Un modelo de estratificación poblacional basado en diferentes herramientas (ACG, CRG) para identificar el nivel de riesgo de cada ciudadano.
- La creación y monitorización de planes de cuidados personalizados incluyendo prevención y promoción de la salud. Se realiza una valoración completa de la salud a cada ciudadano/paciente, y como consecuencia se genera un plan de cuidados que contiene intervenciones a realizar con el paciente de manera programada. Todo este proceso se lleva a cabo con el soporte de una herramienta llamada *TrueCare*.
- El empoderamiento de los pacientes, proporcionándoles una variedad de tecnologías (portal de salud para comunicarse directamente con su médico, para enviar información de su estado de salud, etc.) y modelos de cuidados colaborativos.
- Una transformación organizacional en la red asistencial hacia una actividad más proactiva, personalizada y preventiva.
- La medida y evaluación de resultados del programa a través de indicadores.

en gran parte posibilitada por la gestión más flexible de sus recursos y un entorno que obliga a innovar como estrategia de diferenciación competitiva (ver ejemplos en los **Casos 3 y 4**) son experiencias de gran calado, que reproducen otras de éxito, como la gestión poblacional de Ribera Salud en línea de la desarrollada por Kaiser Permanente en Estados Unidos, o la combinación de cambios organizativos e implementación de tecnologías de la información para mejorar la experiencia del paciente con canales no presenciales, que impulsa Quirónsalud.

Las experiencias desarrolladas en el sec-

tor privado pueden además ser transferidas al sector público, aumentando así su valor.

Internacionalización: marca España Sanitaria. Aprovechar las grandes oportunidades existentes, sobre todo en Latinoamérica

La sanidad pública española goza de gran prestigio internacional, particularmente en Latinoamérica; también el sector privado (las empresas consultoras siempre han tenido gran presencia en esa región).

Caso 4. El 'contact center' de Quirónsalud⁽⁴⁴⁾



La creación del *Contact Centre Quirónsalud*, cuya misión es poner el foco en la atención de los pacientes en canales no presenciales, es uno de los proyectos estratégicos que contribuyen a la consolidación de Quirónsalud como grupo hospitalario:

- Los pacientes esperan que las experiencias vividas tanto en los canales tradicionales (teléfono, consulta presencial...) como en los canales no presenciales emergentes sean únicas y personalizadas. En la actualidad, el *Contact Centre Quirónsalud* está centrado en el servicio de cita previa, y en paralelo ya se diseñan líneas estratégicas basadas en prestar servicios asistenciales en canales no presenciales que aportarán un gran valor añadido en la experiencia del paciente.
- El *Contact Centre* lo forman más de 250

profesionales, superando las 450.000 interacciones atendidas/mes, lo que lleva al grupo hospitalario a apostar por inversión en infraestructuras y tecnología específica del sector (CTI gestor multicanal, CRM...). Ofrece una atención multilingüe en inglés, alemán, euskera, catalán y castellano, para dar cobertura a la demanda de pacientes nacionales, y también a la creciente demanda internacional atraída por el prestigio y calidad de la sanidad de este país.

- El *Contact Centre Quirónsalud* es un centro de operaciones de alto rendimiento en el que las personas y tecnología se complementan para convertir las transacciones en relaciones de pacientes con expertos en el cuidado de la salud. A través de este servicio, el grupo hospitalario consolida su estrategia como grupo. Al poder trabajar en red, permite optimizar toda la oferta y calidad asistencial hospitalaria, un proyecto que contribuye en el objetivo final que es cuidar la salud y el bienestar *persona a persona*.

⁴³Ribera Salud, Diciembre 2016

⁴⁴Quirónsalud

La consolidación de grandes grupos sanitarios, respaldados por una *marca España Sanitaria* de gran prestigio, puede acelerar las estrategias y operaciones de internacionalización en países latinoamericanos con sistemas sanitarios en transición, que miran con elevado interés la evolución de la sanidad pública y privada española. Más recientemente, la presencia española apunta a otros mercados globales. Un previsible agotamiento en España de la posibilidad de concentración y crecimiento de los operadores sanitarios privados puede hacer de la internacionalización una opción realista y atractiva. Cabe citar como experiencia de éxito el caso de Unilabs, empresa de diagnóstico con una estrategia reconocida por la calidad de sus servicios y a competitividad de costes. Además, España, con cierto retraso, está tratando de posicionarse a marchas forzadas en el sector del turismo sanitario, atrayendo a pacientes de Oriente Medio y África, siendo ya un destino apreciado los de la UE.

Aparecerán nuevos equilibrios y modelos de relación entre provisión y aseguramientos privados

Indudablemente la concentración de hospitales y clínicas en grandes grupos se enfrenta a un sector asegurador sanitario potente, maduro y con elevada concentración empresarial desde hace ya muchos años. Van a desarrollarse nuevas reglas de negociación... Pero el sector asegurador debería aprovechar el nuevo entorno para innovar más, especialmente en el diseño de nuevos modelos estratégicos de acuerdo con los grupos sanitarios (como ocurre en Estados Unidos, donde se están estableciendo acuerdos de *integración virtual*⁽⁴⁵⁾) y en los modelos de pago a proveedores, que estimulan mejor la calidad y la eficiencia.

IMPLICACIONES

- El Sistema Nacional de Salud, si entendemos por ello la parte de gestión pública del sistema, es muy sólido y goza de un gran respaldo social, si bien tiene problemas de sostenibilidad, desigualdades territoriales y escasa presencia del paciente como centro del sistema.
- Coexistiendo con este sistema público, la provisión privada ha jugado un rol sustitutivo y/o complementario a lo largo de su existencia en todas las comunidades autónomas y con volúmenes de actividad bastante estables.
- La colaboración del sector privado con el público es muy transversal y se extiende a todas las comunidades, por encima del signo político cambiante de los gobiernos.
- Recientemente estamos asistiendo a un discurso de crítica del sector privado y de puesta en cuestión de su colaboración con el sector público, en algunos casos a algunos gobiernos autonómicos, y ello no basándose en resultados, ni análisis rigurosos.
- La Directiva de la UE 2014/24, sobre contratación del sector público puede introducir distorsiones en la competencia con posible afectación del sector sanitario privado. Faltará ver cómo se traspone en el Estado español, y si las comunidades autónomas, a su vez, añaden restricciones a la libre competencia.
- El sector sanitario privado es una buena plataforma para la innovación, como se pone de manifiesto en múltiples casos.
- Una estrategia de internacionalización utilizando la *marca España Sanitaria* puede tener sentido y oportunidad, especialmente en Latinoamérica.
- La concentración y el desarrollo del sector provisor privado obligará a repensar las relaciones con las aseguradoras sanitarias.

⁴⁵Aetna and Texas Health Resources Establish New Partnership in North Texas. Web de Aetna mayo 2016. <https://news.aetna.com/news-releases/aetna-and-texas-health-resources-establish-new-partnership-in-north-texas/>



El paciente en el centro

Pasar del eslogan publicitario a la realidad

Un eslogan muy utilizado

El paciente, en el centro del sistema. Este es el eslogan favorito de muchas Administraciones sanitarias y también de numerosas centros clínicos, públicos y privados.

Ahora bien, ¿en qué consiste situar al paciente en el centro del sistema?

Las respuestas son de lo más variado, desde los discursos abstractos sobre la humanización de la asistencia; a elementos muy concretos, como la limpieza de las instalaciones, el hecho de poder escoger menú en los centros sanitarios; los horarios de visitas ampliados, etc. Otros lo identifican con declaraciones de derechos y deberes de los pacientes.

Los elementos anteriores son obvios: nadie objeta que las instalaciones tienen que estar limpias, que el trato a los pacientes debe ser considerado o que es positivo disponer de una declaración de derechos y deberes de los pacientes. Por lo tanto, hay que concretar más y actualizar el concepto.

Consideramos que el esfuerzo a la altura de los tiempos actuales de *poner al paciente en el centro* tiene cuatro componentes fundamentales:

- Consideraciones organizativas generales.
- La adopción de decisiones compartidas.
- La preocupación por lo que realmente aporta valor a los pacientes.
- El contar con el asociacionismo de pacientes.



Figura 4. Acceso al portal de Quirónsalud

Consideraciones organizativas generales

Dentro de este apartado hay, a su vez, cuatro actuaciones fundamentales:

a) Facilitación del acceso de los pacientes a un portal de salud, que tenga al menos tres funcionalidades:

- Posibilidades de uso de e-mail seguro entre los pacientes y sus profesionales de referencia, médicos o enfermeros.
- Gestión de citaciones de visitas y acceso.
- Acceso de cada paciente a su propia historia clínica.

Se dice fácil, pero no lo es. Poner en marcha lo anterior requiere gran esfuerzo organizativo y profundos cambios en nuestras organizaciones sanitarias (**Figura 4**).

b) Grabación de las consultas por parte de los pacientes. Hace unos años que un paciente pretendiera grabar una consulta con un smartphone, era probablemente inaceptable para el médico e incluso motivase que lo echara de su despacho (ha pasado y está descrito).

Hoy la grabación de las consultas se ve como una práctica recomendable, que permite a los pacientes volver sobre las recomendaciones del médico en cualquier momento. En el Reino Unido ya es una práctica aceptada⁽⁴⁶⁾, y en los hospitales de Kaiser Permanente en Estados Unidos se ayuda a los pacientes a esa grabación.

Hay muchos estudios que demuestran la importancia que dan los pacientes a esas grabaciones.

⁴⁶Jackson, T. Doctors on the record, BMJ, 2104;348:g2098

7 El paciente en el centro

c) Activación de programas de voluntariado. Por buena que sea la asistencia, hay problemas de aislamiento, afectivos, sociales, etc. a los que es difícil que lleguen los médicos y los enfermeros. Es bueno reforzar sus actuaciones con voluntarios, no sólo en el entorno hospitalario, sino en su domicilio, una vez dados de alta. Esto es especialmente relevante en casos de crónicos y de fragilidad geriátrica.

d) Programa de pacientes crónicos complejos y geriátricos frágiles. Una parte sustancial de la casuística asistencial es protocolizable (procedimientos quirúrgicos programados, los procesos diagnósticos y terapéuticos no quirúrgicos y ciertas enfermedades médicas). Estos casos pueden funcionar como en una especie de *fast-track*. No obstante, cada vez son más frecuentes los pacientes crónicos complejos y geriátricos frágiles, que requieren planes individualizados con equipos multidisciplinares, incluyendo profesionales de atención primaria. En estos casos, tener un plan de alta, la implicación de los familiares y mantener una línea directa con los pacientes (a través del teléfono, email, etc.) son elementos clave.

La toma de decisiones clínicas compartidas

Hace algunos años, en cualquier *plan de humanización* nunca se hubiera incluido este concepto: ahora es una necesidad. No es fácil, porque obliga a cambiar la práctica clínica.

La decisión clínica compartida ha sido definida como un **enfoque donde los clínicos y los pacientes comparten las mejores evidencias accesibles cuando se encuentran con la tarea de tomar decisiones, y en el que los pacientes son ayudados para considerar opciones, con el fin de alcanzar preferencias informadas**. Las preferencias de los pacientes se refieren a sus perspectivas vitales, expec-

tativas y objetivos en salud, y en el proceso los individuos consideran los beneficios potenciales, daños, costes e inconvenientes de las opciones.

El sistema de decisiones clínicas compartidas es un proceso donde clínicos y pacientes trabajan juntos para seleccionar pruebas, tratamientos y gestionar la enfermedad, basándose en la evidencia clínica y las preferencias informadas del paciente. El trabajo es conjunto y requiere un sobreesfuerzo para el clínico y una implicación del paciente. Es lo contrario del clínico como único decisor.

Beneficios: más allá del imperativo ético

El sistema de decisiones clínicas compartidas está probado a partir de 86 ensayos clínicos a doble ciego, que muestran que el mejor conocimiento de los pacientes y su implicación activa produce mejores resultados. Hay estudios que demuestran que con este sistema los pacientes confían más en sus clínicos, es mayor la adherencia al tratamiento y menos probable que mueran tras un episodio grave, como un infarto de miocardio.

Dudas

Algunos clínicos argumentan que los pacientes no quieren ser implicados en las decisiones o tienen falta de capacidad, que pueden inducirles a tomar *malas* decisiones. También que el sistema no es práctico por

condicionantes como la presión del tiempo. Otros dicen que ya lo están haciendo, aunque las encuestas a pacientes demuestran que no es el caso. Por lo tanto, para la generalización de las decisiones clínicas compartidas hay que asegurarse de que los clínicos apoyan el procedimiento y su justificación.

Un modelo para la práctica clínica

Para hacer operativo el modelo de decisiones clínicas compartidas se ha propuesto un modelo en tres fases. Son: 1) conversación sobre la participación; 2) conversación sobre las opciones, y 3) conversación sobre la decisión.

En el primero hay que explicar al paciente en qué consiste la participación, explorar la reacción y describir las fases posteriores.

En el segundo hay que valorar el conocimiento del enfermo sobre su enfermedad, presentarle las opciones con sus problemas y beneficios, facilitarle herramientas de ayuda a la decisión y resumir el planteamiento.

En el tercer paso se tratarán las preferencias hasta alcanzar una decisión, ofreciendo la posibilidad de revisarla de acuerdo con los resultados que se vayan obteniendo.

Un esquema del proceso es el presentado en **Figura 5**.

Figura 5. Esquema sobre la secuencia de toma de decisiones compartidas



Fuente: Modificado de Elwin, G et al., Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice, J Gen Intern Med 2012, 27(10); 1361-7

Necesidad de revisar las guías clínicas

La mayoría de las guías están repletas de recomendaciones fuertes y se excluyen las preferencias de los pacientes individuales. Hay que cambiarlo y cuando las preferencias de los pacientes sean importantes las guías clínicas deben indicarlo y emitir una recomendación débil o condicionada.

También hay que diagnosticar las preferencias de los pacientes

En definitiva, una buena práctica médica no está sólo fundamentada en unos buenos diagnósticos clínicos, sino también en diagnosticar las preferencias de los pacientes. Hay suficiente evidencia de que las preferencias de los pacientes son tanto o más relevantes que el diagnóstico clínico. El médico está muy bien entrenado para afinar en el diagnóstico clínico, pero no tanto para identificar y diagnosticar las preferencias de los pacientes.

La preocupación por lo que realmente aporta valor a los pacientes

Qué es el valor en sanidad

La esencia de la asistencia sanitaria basada en el valor (*value-based health care*) es que el valor en sanidad es el valor para el paciente, de acuerdo con la conocida fórmula de Michael Porter representada en la **Figura 6**.

Si aumentamos los costes sin mejorar el resultado, disminuimos el valor. Pero el objetivo real es el valor, no el coste. No tiene sentido ahorrar dinero empeorando los resultados.

No hay valores para los pacientes en abstracto. El valor para los pacientes depende de la condición clínica. No valora de la misma forma el operado de una prótesis de rodilla que el paciente de un cáncer de mama.

Otra observación relevante es que tenemos una carencia de medición de elemen-

Figura 6. La fórmula sobre el valor en sanidad

$$\text{Valor} = \frac{\text{Resultados para el paciente}}{\text{Coste}}$$

Fuente: Porter, ME, What is Value in Healthcare?, N Eng J Med 2010; 363: 2477-2481

Caso 5. El ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement)



El ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) es una organización sin ánimo de lucro, fundada en 2012, que pretende rellenar el hueco de la ausencia de resultados para los pacientes en las distintas condiciones clínicas.

Ha definido una metodología de identificación de resultados en distintas condiciones y su objetivo es disponer en 2017 de un conjunto de estándares que cubran el 50% de la carga global de enfermedad.

Ya han desarrollado conjuntos de estándares para 21 condiciones, incluyendo embarazo y parto, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer colorrectal, cáncer de mama, insuficiencia cardíaca, demencia, enfermedad de la arteria coronaria, cáncer de próstata localizado, dolor bajo de espalda, cataratas, enfermedad de Parkinson, depresión y ansiedad, cáncer de próstata avanzado, cáncer de pulmón, accidente cerebro-vascular y degeneración macular, entre otras.

tos de valor para los pacientes en las diferentes condiciones clínicas.

Qué medir

Como decimos, hay una ausencia crítica de

resultados para los pacientes. El sistema mide intervenciones y utiliza cantidad de indicadores -presión sanguínea, colesterol, recuentos de células sanguíneas, etc.- que están en el núcleo del trabajo médico.

Pero estos indicadores son oscuros para los pacientes, cuya principal preocupación son los resultados tangibles. Aparte de la mortalidad, que se mide ampliamente, pocas organizaciones sanitarias en el mundo siguen los resultados que realmente importan a los pacientes.

Hay que medir resultados que importen a los pacientes para cada una de las condiciones clínicas. El problema es que hay pocos estándares internacionales que recomienden qué hay que medir y cómo seguirlo sistemáticamente.

La iniciativa ICHOM

El ICHOM es un consorcio internacional que pretende y se ocupa en definir lo que es el valor para los pacientes en la mayoría de las condiciones clínicas. Todo ello con una perspectiva global.

El punto de partida es que lo que es bueno en Nueva Delhi lo es también en Nueva York, Valladolid o Rabat. El reconocido experto Michael Porter es uno de los líderes del ICHOM.

La experiencia del ICHOM se presenta como **Caso 5**.

Un ejemplo: el cáncer de próstata no invasivo

Lo que interesa a un paciente de cáncer de próstata no invasivo no son los estados de los análisis de orina o sangre o los hallazgos radiológicos, sino cosas como estas que afectan a su vida y que se presentan en

7 El paciente en el centro



Tabla 13. Elementos de valor para el paciente en el cáncer de próstata no invasivo

Supervivencia y control de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Recurrencia bioquímica • Metástasis • Supervivencia relacionada con la enfermedad • Supervivencia total
Complicaciones agudas	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones quirúrgicas mayores • Complicaciones radioterápicas mayores
Estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria • Obstrucción urinaria frecuente/irritación • Irritación intestinal • Disfunción sexual • Vitalidad

zativos y planes de actuación se incorpore no sólo la voz de los profesionales, sino también la sensibilidad de los pacientes.

En este sentido son prometedoras las iniciativas de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, que trata de tener una representación global de los enfermos, o los meritorios esfuerzos de la Universidad de Pacientes.

Un modelo internacional de asociación de pacientes es la Asociación de Pacientes (*The Patients Association*) del Reino Unido, que se presenta como **Caso 6**.

la **Tabla 13**.

Contar con el asociacionismo de pacientes

Importancia del asociacionismo de pacientes

Es difícil *poner al paciente en el centro* sin escuchar su voz. Esto no es tan sencillo, ya que los pacientes son manipulables, como vemos en asociaciones vinculadas a una enfermedad o grupo de pacientes, tantas veces utilizadas por intereses profesionales o de la industria.

Dar voz a los pacientes tiene que ver con la redistribución del poder entre los pacientes y los profesionales y debería ser un elemento clave de la gobernanza de las instituciones sanitarias.

La situación en España

El panorama asociativo en España está dominado por asociaciones especializadas de pacientes y familiares, en general ligadas a una patología concreta (alergias, Alzheimer, cáncer, celíacos, daño cerebral, diabéticos, enfermedades mentales, enfermedades raras, hepatitis C, ictus, Parkinson, esclerosis múltiple, enfermos renales, fibrosis quística, etc.). En total, existen 1.673 asociaciones de pacientes, la mayoría de ellas de ámbito regional.

Sin desmerecer su meritorio esfuerzo, el sistema sanitario necesita también la voz de los pacientes a nivel general, que transmitan al sistema sanitario sus inquietudes y problemas en relación con su funcionamiento.

En definitiva, que en los diseños organi-

IMPLICACIONES

- *Poner al paciente en el centro* no debe ser solo un eslogan que se resuelve con planes de humanización o enumeración de los derechos de los pacientes, sino que debe tener una formulación práctica.
- El acceso de los pacientes a un *portal de salud* es una condición previa para aumentar su papel.
- El énfasis en la toma de decisiones compartidas es otro aspecto central, lo que obliga a cambiar la práctica clínica, desarrollar una metodología y reformar las guías clínicas.
- Debe definirse un conjunto de indicadores de lo que realmente aporta valor al paciente por condiciones clínicas, en la línea de la iniciativa ICHOM.
- Escuchar e implicar a las asociaciones de pacientes es parte fundamental para *poner al paciente en el centro*.

Caso 6. La Asociación de Pacientes del Reino Unido



Se trata de una organización sin ánimo de lucro, constituida en 1963 a raíz de los problemas de la talidomida, que es independiente y no recibe fondos del Gobierno. Se financia por donaciones, sponsorship y becas. Su actividad es variada: dispone de una línea

de comunicación, que atiende a más de 5.000 cuestiones al año; coordina un grupo de parlamentarios sobre problemas de los pacientes; publica un informe anual; edita guías para los pacientes en sus relaciones con el sistema y tiene proyectos específicos.



Medir para comparar resultados y mejorar

La necesidad y la conveniencia de comparar resultados

La principal virtud de las transferencias sanitarias que singularizan nuestro Sistema Nacional de Salud puede resumirse en dos: aproximar y adecuar la gestión sanitaria a las particularidades de cada territorio y generar distintos polos de innovación. Ambos objetivos son más difíciles de conseguir con una gestión más centralizada.

Generar distintos polos de innovación ofrece la posibilidad de comparar resultados en instituciones sanitarias, territorios, experiencias de gestión, etc. Si no se dispone de esta capacidad, una ventaja potencial de las transferencias se pierde.

Lo anterior en lo que se refiere al sector sanitario público. Pero están también los mundos, más pequeños pero igualmente importantes, del sector privado y las concesiones. Sus resultados deben ser también analizados y comparados.

QUÉ VEMOS EN ESPAÑA

Las principales fuentes de información sanitaria en España son las comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad, el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) en lo que se refiere a la sanidad privada y también tiene su relevancia el Atlas de variaciones de la práctica médica, publicado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Comunidades Autónomas

Todas las comunidades autónomas hacen un esfuerzo por hacer públicos sus datos sanitarios. Sin embargo, hay mucha diferen-

Figura 7. La distinta información de la Central de Resultados de Cataluña

DATOS ACTUALES

Aquí encontrará los últimos informes del tema que le interesa. Si desea descargar los datos puede ir al apartado de *Datos abiertos*, o bien al de *Resultados de tu centro*, o bien solicitar acceso al aplicativo de Central de Resultados

- ✓ Ámbito hospitalario
- ✓ Atención primaria
- ✓ Ámbito sociosanitario
- ✓ Salud mental y adicciones
- ✓ Territorial
- ✓ Salud Pública
- ✓ Investigación en ciencias de la salud

Figura 8. Las dimensiones analizadas en el sistema sanitario público de Andalucía



cia en cuanto a la riqueza de los datos y a su elaboración. En general, las comunidades más grandes y con más recursos publican una información más completa.

Es el caso de **Cataluña**, cuya *Central de Resultados* hace públicos unos informes por las distintas áreas de la asistencia (atención primaria, hospitales, sociosanitaria, salud mental, etc.), así como desde la perspectiva territorial, incorporando diversos indicadores en relación con una serie de perspectivas (satisfacción, adecuación, efectividad, seguridad, eficiencia, etc.), que permiten incluso comparar resultados por centros sanitarios (**Figura 7**). También es interesante el Observatorio de innovaciones en gestión y el Observatorio sobre los posibles efectos de la crisis, siendo la única comunidad autónoma que sigue este tema con publicaciones y datos.

En **Andalucía** están bien conceptualizados los resultados de calidad en lo que se refiere a dimensiones (equidad, eficiencia, accesibilidad, efectividad, experiencia del paciente, seguridad, coordinación, capacidad del sistema, innovación), con sus indicadores correspondientes (**Figura 8**). Sin embargo, los resultados se dan a nivel de toda Andalucía o por provincias, lo que no permite comparar entre distintos centros. Es sobresaliente el énfasis puesto en Andalucía en los procesos asistenciales integrados (PAI), que incluye las mejores prácticas para las patologías más importantes, desde una perspectiva de coordinación asistencial y multiprofesional.

También es de interés el **Observatorio**

8 Medir para comparar resultados y mejorar

de **Resultados del Servicio Madrileño de Salud**, con sus tres apartados de resultados en salud, en la atención primaria y en la atención hospitalaria (**Figura 9**). Los indicadores están desagregados por centros de salud y por hospitales, lo que permite un análisis comparativo.

El **País Vasco** hace un esfuerzo notable relacionado con la publicación de la información sanitaria, particularmente en lo que se refiere a planes: Plan de Salud, Plan de Cuidados Paliativos, estrategia sociosanitaria, estrategia de innovación, etc.

El resto de las comunidades autónomas hacen también esfuerzos informativos en mayor o menor medida y de acuerdo con sus posibilidades.

Sin embargo, lo que no permite con facilidad esta información es comparar entre comunidades, ya que cada una de ellas hace pública la información como lo estima oportuno, utilizando distintos indicadores y sin un criterio de ordenación que posibilite el análisis comparativo.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

El Ministerio de Sanidad publica el **portal estadístico del Sistema Nacional de Salud**, con gran cantidad de información muy variada, CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) ambulatorio y hospitalario, contabilidad analítica, sistema de información de lista de espera, salud pública, barómetro sanitario, financiación y flujos financieros, indicadores avanzados de atención hospitalaria, etc. (**Figura 10**).

En general, la información se presenta a nivel nacional, sin desglosar por comunidades autónomas y, menos aún, por centros. Sólo alguna información, sobre todo la que se refiere a recursos y actividad, se presenta por comunidades autónomas. Carece (excepto grandes cifras de gasto privado y aspectos muy agregados) de información sobre el sector privado.

Lo que no se observa es un esfuerzo y

Figura 9. Acceso al Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud



Figura 10. Acceso al portal estadístico del Sistema Nacional de Salud

Bienvenido al Portal Estadístico del SNS donde podrán acceder al Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud sustentado en datos y cifras del sector sanitario y en las estadísticas de ámbito estatal competencial del



Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que figuran en el Plan Estadístico Nacional Calendario de difusión PEN y siguen el compromiso de calidad contenido en el Código de las Buenas Prácticas de las Estadísticas Europeas.

El Portal estadístico del SNS proporciona información y estadísticas sobre la salud y los servicios sanitarios en España dirigida a gestores, profesionales asistenciales y del ámbito académico y a los ciudadanos.

una voluntad en que a partir de una dimensión preestablecida (eficiencia, seguridad, experiencia del paciente, etc.) se identifiquen unos indicadores que permitan comparar los resultados en las distintas comunidades autónomas, por territorios y en los distintos centros.

Por lo tanto, la información que publica el Ministerio de Sanidad es de relativo interés a la hora de poder analizar el comportamiento en cuanto a resultados de las distintas políticas en las diferentes comunidades autónomas o analizar comportamientos por centros.

La Fundación IDIS

Esta fundación ha llevado a cabo una iniciativa novedosa y muy meritoria: la publicación de unos datos de calidad de los centros hospitalarios privados. En este sentido, anualmente hace público el **informe RESA**, en el que se identifican algunos indicadores de eficiencia, accesibilidad, resolución asistencial y calidad. No todos los centros participan y los indicadores son básicos, alejados de la riqueza de información facilitada por las comunidades autónomas en relación con sus centros públicos.

No obstante, esta iniciativa no permite comparar los centros privados con los públicos, ni siquiera los privados entre sí, ya que los resultados se ofrecen, a nivel global, de los hospitales participantes.

El Atlas sobre las Variaciones de la Práctica Médica (VPM)

El Atlas sobre las Variaciones de la Práctica Médica (VPM) en el Sistema Nacional de Salud es una iniciativa conjunta del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y el Fisabio-Csisp de la Comunidad Valenciana (**Figura 11**), y en el que participan todas las comunidades autónomas, lo que demuestra que, cuando la iniciativa es seria y llevada con profesionalidad y garantía metodológica, la colaboración de las regiones está garantizada.

Esta iniciativa publica informes sobre va-

Figura 11. El Atlas sobre las Variaciones de la Práctica Médica (VPM)



riaciones de la práctica médica en Cirugía ortopédica, en Cirugía general, en Pediatría, en enfermedades cardiovasculares, en problemas de salud mental, en Cirugía oncológica, con personas mayores, en hospitalizaciones potencialmente evitables, en ictus isquémico y en utilización de procedimientos de dudoso valor.

La información se presenta por autonomías y otros ámbitos territoriales más pequeños.

Somos conscientes de que las comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad, el IDIS y el Atlas de variaciones de la práctica médica, no son las únicas instituciones en España, públicas o privadas, que ofrecen información sanitaria. Hay fundaciones, sociedades científicas, el ICEA (Servicio de estadísticas y estudios del sector seguro en España), instituciones académicas, patronales e incluso consultoras que aportan también una información relevante. Pero, sin duda, nos hemos referido a las más importantes.

Qué vemos en los organismos internacionales

Los principales organismos internacionales que publican información sanitaria son la OMS, la OCDE y Eurostat.

La oficina europea de la **OMS** publica un conjunto de bases de datos con información de los 53 países de la región europea, que incluye demografía básica, estado de salud, determinantes y factores de riesgo,

recursos sanitarios, utilización y gastos sanitarios, mortalidad y morbilidad, así como información sobre consumo de tabaco, alcohol y drogas. Tiene también un conjunto de atlas interactivos.

En cuanto a la **OCDE**, su información hace referencia a los estados miembros, así como a ciertas economías seleccionadas. En lo que se refiere a salud contiene información referida a financiación y gastos sanitarios, estado de salud, determinantes no médicos de salud, recursos sanitarios, migración de los profesionales, utilización, indicadores de calidad, mercado farmacéutico, utilización de recursos de larga estancia, protección social, referencias demográficas y referencias económicas.

En lo que se refiere a **Eurostat**, es la base de datos de información de la Unión Europea e incluye a los 28 países que la integran. Como se dice en su planteamiento inicial, su objetivo es poder comparar dentro de la Unión manzanas con manzanas. La información en salud se divide en tres grandes apartados: estado de salud, asistencia sanitaria y causas de muerte.

Aunque hay muchos más organismos internacionales que publican información sanitaria (FMI, Banco Mundial, etc.), posiblemente los mencionados son los más importantes. No obstante, como es lógico, la información que publican es por países. Es muy relevante para situar a España en el contexto internacional en distintos indicadores del sector sanitario, pero no es útil para analizar el comportamiento de las distintas áreas de España o instituciones sanitarias.

Qué vemos en otros países

En general, los países anglosajones son los más transparentes y los que más información facilitan.

Reino Unido

El NHS England dispone del Portal digital de indicadores (<https://indicators.hscic.gov.uk/>)

8 Medir para comparar resultados y mejorar

webview/) un impresionante repositorio que contiene información por CCG (grupos de atención primaria), hospitales, servicios sociales, calidad, información poblacional, etc. (Figura 12). La presentación de la información permite ver cada uno de los indicadores a nivel del conjunto del NHS, por regiones o por institución (CCG, hospital, etc.). La información por CCG está clasificada en cinco dominios: 1) Prevención de muerte prematura; 2) Mayor calidad de vida en pacientes crónicos; 3) Ayuda a las personas a recuperarse en procesos de enfermedad; 4) Asegurar una experiencia de atención positiva, y 5) Seguridad.

Algo similar se encuentra en los NHS de Escocia, Gales e Irlanda del Norte.

Por su parte, el NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) publica una serie de indicadores relevantes por las distintas condiciones clínicas (desde el asma hasta el ictus). Corresponde al NHS decidir qué indicadores incorpora a su sistema de seguimiento. El NICE publica también unas guías clínicas para los más importantes procesos clínicos. También dispone de un apartado con *recomendaciones de no hacer*.

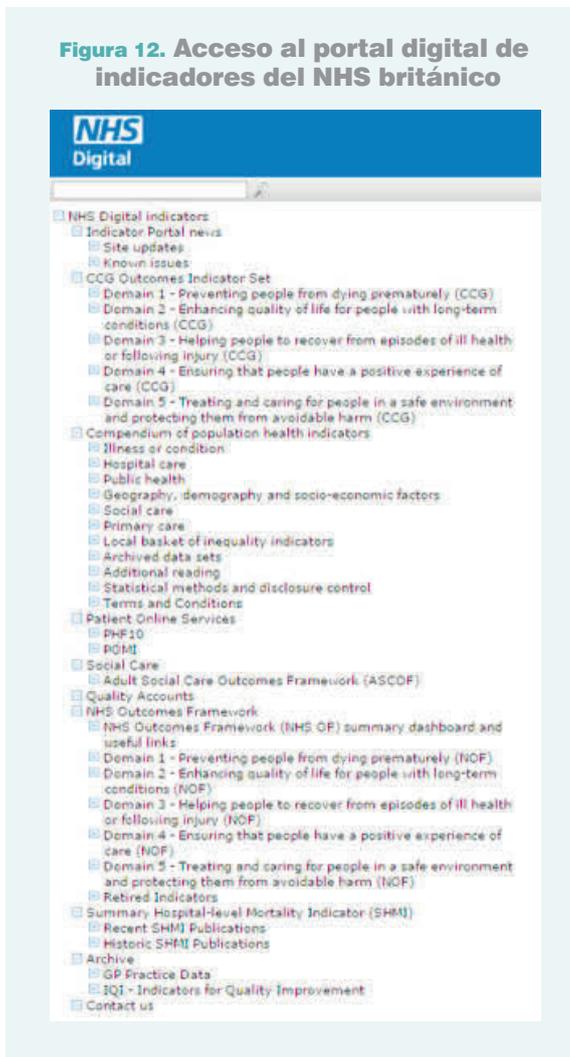
Estados Unidos

La AHQR (*Agency for Healthcare Research and Quality*) depende de la Secretaría de Salud del Gobierno americano. Esta agencia lleva a cabo muchos programas, entre otros la definición de indicadores de calidad, y tiene un repositorio de información.

Suecia

El Consejo Nacional de Salud y Bienestar es una agencia gubernamental dependiente del Ministerio de Salud. Su objetivo es asegurar la salud y los estándares de calidad en

Figura 12. Acceso al portal digital de indicadores del NHS británico



la asistencia de toda la población y difundir la información. Tiene una base de datos por patologías, profesionales (tanto del sector público como del privado) y hospitales, lo que le permite realizar análisis comparativos.

Una propuesta

A la hora de redactar una propuesta hay que tener en cuenta lo que ha sido la experiencia reciente en España:

- A medida que se fueron produciendo las transferencias sanitarias se iba perdiendo información del conjunto del sistema, de manera que las transferencias operaron en un principio reforzando la opacidad del sistema, aunque este proceso relacionado con la información se ha ido corrigiendo favorablemente.

- En un sistema políticamente descentralizado, la transparencia de la información agregada y desagregada en el sistema es la única forma de obtener la virtualidad de la emulación y el análisis comparativo. Si no es así, nos estaremos perdiendo una de las grandes ventajas de nuestro sistema que precisamente permite comparar el resultado de las políticas y medidas de gestión diferenciadas.

- El Ministerio de Sanidad de forma directa, al ser considerado sobre todo como un órgano político, puede no ser el instrumento más adecuado para difundir la información del conjunto del sistema. Una información que pudiera ser considerada negativa por una comunidad autónoma podría ser interpretada como una crítica a sus políticas sanitarias desde el Ministerio, por lo que este se abstendría probablemente de difundirla.

Esta experiencia y la relacionada con las agencias públicas pero independientes en otros países, es lo que nos anima a hacer una propuesta.

Esta sería la constitución de una **Agencia de Información Sanitaria**, liderada por el Ministerio de Sanidad, pero dotada de independencia de gestión, con una gobernanza madura, en la que participaran las distintas comunidades autónomas y, tal vez, otros organismos (sociedades científicas, centros académicos, etc.), así como instituciones privadas como, por ejemplo, la Fundación IDIS. La misión de esta agencia sería la de publicar un conjunto de indicadores agrupados por perspectivas del sistema sanitario en sentido amplio (público, privado, concesiones), con sus correspondientes estándares. La información recogida debería tener un grado de desagregación que permitiera analizar y comparar territorios, hospitales, centros de atención primaria, salud mental, etc.

La labor es ardua y el éxito seguramente no inmediato, pero en algún momento habrá que abordar esta iniciativa. Se considera que el sistema está ya suficientemente maduro para que esta propuesta se pueda articular a corto plazo.

IMPLICACIONES

- Ni la información publicada por las distintas comunidades autónomas ni la del Ministerio de Sanidad permiten un análisis desagregado por territorios y centros asistenciales en el conjunto del país de los datos suministrados.
- Lo anterior está dificultando extraer una virtualidad de las transferencias: el análisis comparativo y la emulación en un sistema políticamente descentralizado.
- Se propone constituir una Agencia de Información Sanitaria, organismo público dependiente del Ministerio de Sanidad, pero con una buena gobernanza que garantice su independencia y la participación en el mismo de las distintas comunidades autónomas y otras instituciones públicas y privadas.



OSAKIDETZA
OSASUN SISTEMA NAZIONALA
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
E.P. mug-Cad. 07122

La transformación digital del sistema sanitario

Más allá de la historia y la receta electrónicas

El sistema sanitario: un paso por detrás de la transformación digital

El sistema sanitario es de los más rezagados en lo que se refiere a transformación digital. Sin embargo, cualquier institución sanitaria está hoy llena de ordenadores, que son ubicuos en todas las áreas de soporte hospitalario, en la historia clínica electrónica, en la receta electrónica, ... Ninguna institución sanitaria sería entendible hoy sin la presencia de ordenadores.

Por lo tanto, ¿qué queremos decir cuando afirmamos que la transformación digital es todavía un proceso pendiente en sanidad? Queremos decir que la actividad *core* de la asistencia sanitaria, básicamente el contacto de los pacientes con los médicos y los profesionales, se hace todavía como en la época pre-digital.

Es interesante comparar el sistema sanitario con cómo se ha desarrollado la digitalización en otros sectores. Hay algunos que han sido totalmente transformados con la digitalización, como el de los **medios de comunicación**, donde hay jugadores totalmente digitalizados. En otros, como **venta al por menor, telecomunicaciones, seguros y bancos**, ha habido cambios disruptivos que afectaron a estas industrias. En la **automoción y logística**, los cambios han sido poco relevantes. Por último, hay sectores, como **sanidad y energía**, donde la digitalización ha tenido poco impacto y fundamentalmente en operaciones internas.

Se ha especulado mucho con cuáles pueden ser las razones de este retraso del sector sanitario en la transformación di-

gital. Verosíblemente, en el fondo de este retraso pueden estar la extraordinaria complejidad de la asistencia sanitaria y la gran cantidad de información y variables implicadas.

Las tecnologías de la información en España

En España el gran desarrollo de las tecnologías de la información en salud coincidió con la época de transferencias sanitarias a todas las comunidades, en torno a los años 2000. Todas las comunidades hicieron esfuerzos notables en la digitalización, coincidiendo además con una época de gran crecimiento del gasto sanitario, por encima de los aumentos del PIB. Sin embargo, este proceso se hizo con una serie de características:

- El esfuerzo se hizo en ausencia de unas líneas estratégicas o directrices a nivel nacional.
- Como consecuencia de ello, todas las comunidades impulsaron sus sistemas propios -bien comerciales o de desarrollo propio- sin la preocupación por la interoperabilidad.

abilidad.

- Las áreas de desarrollo elegidas fueron los sistemas de soporte a las organizaciones sanitarias, así como la historia clínica electrónica y la receta electrónica.

Los resultados no han sido despreciables, en el sentido de que se avanzó mucho en la historia clínica electrónica y en la receta electrónica. Sin embargo, se crearon unas islas de información, cuya superación es crítica.

Tampoco se avanzó mucho -fuera de algunos meritorios programas pilotos- en que la digitalización influyera en la forma de prestación de la asistencia.

La situación relativa de los distintos países en lo que se refiere a desarrollo de la eSalud ha sido objeto de una reciente publicación por parte de la Organización Mundial de la Salud, basándose en una encuesta realizada en el 2015⁽⁴⁷⁾.

El impacto de la crisis económica

Este importante empuje y compromiso de todas las comunidades de impulso a las tecnologías de la información fue frenado en seco por la crisis económica.

La crisis económica en España ha representado una bajada significativa del gasto público sanitario entre 2009 y 2014. El impacto fue especialmente serio en inversiones de reposición y, sobre todo, en nuevos proyectos.

Esto hizo que las comunidades con dificultades mantuvieran los proyectos que habían venido desarrollando, pero sin generar nuevos proyectos ni nuevos horizon-

⁴⁷Atlas of eHealth country profiles. World Health Organization, 2016

9 La transformación digital del sistema sanitario

tes para la transformación digital del sistema.

Requisitos para abordar los nuevos retos

Este asunto es abordado con lucidez en el documento recientemente publicado **Hacia la transformación digital del sistema sanitario. 10 medidas para su impulso (Figura 13)**, fruto del convenio de colaboración firmado entre la SEIS (Sociedad Española de Informática de la Salud), Ametic (Asociación de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Contenidos Digitales) y Fenin (Federación de Empresas de Tecnologías Sanitarias).

Los principales mensajes iniciales del documento son:

- Los retos no son sólo una mayor aplicación de las tecnologías de la información, sino llevar a cabo decisiones audaces para avanzar en la reforma del sistema, sobre todo de su modelo asistencial.

- El cambio de modelo asistencial viene dado, en gran medida, por el hecho de que en España hay 2,4 millones de personas mayores de 80 años y otras 400.000 mayores de 90, un 45% de ellas con algún tipo de patología crónica. Nuestro sistema de salud no fue diseñado en su origen para atender en estas proporciones a este tipo de población.

- Una aportación a destacar del documento es que la transformación digital de las organizaciones sanitarias va más allá de la digitalización de los procesos de las organizaciones, y que la clave está en ofrecer servicios **digitales** a los pacientes/usuarios, tal como ha ocurrido en otros sectores. La clave está en **transformar totalmente la propuesta de valor de las organizaciones sanitarias**.

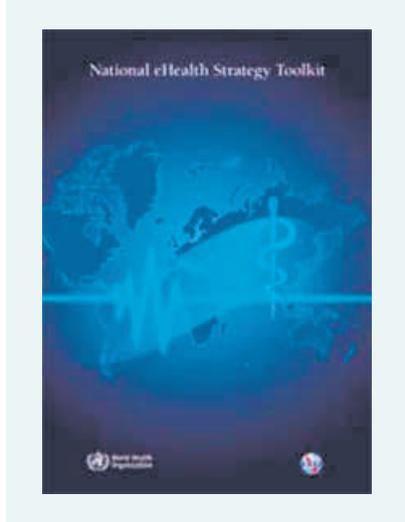
- El informe hace énfasis en el impacto de la crisis económica y la reducción del gasto público sanitario en la transformación digi-

Figura 13. Portada del documento 'Hacia la transformación digital del sector de la salud'



tal del sistema. La inversión en TIC en salud se ha visto reducida en este período alcanzando el 1,27% del gasto sanitario público, lejos del 2-3% de los países europeos

Figura 14. National eHealth Strategy Toolkit, WHO, 2012



que lideran la transformación digital.

Si tuviéramos que resumir de las 10 medidas aquellas que nos parecen imprescindibles para un éxito de la transformación digital, estas serían:

Estrategia de salud digital

España, al contrario que otros muchos países, sobre todo los anglosajones, carece hasta hoy de un documento en el que se exponga su estrategia de salud digital.

Este es un requisito imprescindible para avanzar en esta transformación y en el tan importante es su forma de elaboración como su contenido. El impulso inicial correspondería al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pero con participación de las comunidades autónomas y otros agentes claves del sector. En cuanto a su contenido, no debe ser un mero documento técnico de TIC en salud, sino que debe representar una auténtica reconfiguración de la propuesta de valor del sistema, a partir de las posibilidades que ofrecen las tecnologías de la información, con la perspectiva del abordaje de la cronicidad y la sostenibilidad del sistema. La Organización Mundial de la Salud ha publicado un documento sobre el enfoque para la elaboración de una estrategia en eSalud⁽⁴⁸⁾. (Figura 14).

Sistema de gobernanza

No hay estrategia, por bien definida que esté, que resulte útil sin una cuidadosa ejecución. Y en este caso la ejecución va mucho más allá que la puesta en funcionamiento de equipos y aplicaciones. Requiere una transformación del sistema, una coordinación entre diferentes agentes, un permanente soporte tecnológico y cambios culturales y normativos.

Por eso, al igual también que en otros países, se propone la creación de un **Centro Nacional para la Salud Digital**, con el liderazgo institucional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con la participación activa de las comu-

⁴⁸National eHealth Strategy Toolkit, World Health Organization, 2012

nidades autónomas y otros agentes tanto públicos como privados. Con esta lógica, no sería muy difícil ubicar, con un mínimo cambio normativo, este Centro en el Instituto de Salud Carlos III.

Fondos específicos

Dentro de la Estrategia de Salud Digital deben proveerse mecanismos de financiación que permitan su implantación real. Hay que tener en cuenta que se parte de una inversión real en TIC del 1,2% del gasto sanitario, cifra actualmente insuficiente incluso para garantizar la continuidad de los recursos existentes.

Algunas características de estos fondos específicos son:

- Horizonte temporal de 5 años, para permitir la implantación de la estrategia de salud digital.
- Implicación de los ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Economía y Competitividad y Energía, Turismo y Agenda Digital para facilitar la disponibilidad presupuestaria.
- Establecer distintos tipos de financiación, con fondos dirigidos a administraciones públicas sanitarias y sociosanitarias y entidades privadas para el desarrollo e implantación de proyectos que, siguiendo la estrategia nacional, cumplan las normas y condiciones fijadas por el Centro Nacional para la Salud Digital.

Tres iniciativas concretas en servicios digitales

Todo el hilo argumental nos lleva a la misma conclusión: los avances necesarios en la informatización tanto de las estructuras de soporte de las organizaciones sanitarias (contabilidades, recursos humanos, logística, etc.), como los de soporte a la actividad clínica (historia clínica electrónica, receta electrónica, etc.) fueron fundamentales y prerequisites para el necesario próximo paso: los servicios directos en salud al paciente/usuario.



Solo la introducción de estos servicios va a tener un carácter disruptivo en sanidad, como lo ha tenido en otros sectores (medios de comunicación, venta al por menor, banca, etc.).

Este paso es mucho más difícil, ya que no se trata de informatizar procesos pre-existentes, sino de generar procesos nuevos, lo que no solo es un cambio tecnológico, sino mucho más complejo, que incluirá cambios de hábitos clínicos, modificar actitudes de los pacientes, introducción de nuevos incentivos, junto con modificaciones culturales y normativas, entre otros.

Hay que poner en relación los cambios que se propongan con los grandes retos del sistema: el abordaje de la cronicidad y el envejecimiento y el cambio de la actividad exclusivamente presencial del sistema (profesional-paciente uno enfrente del otro y al mismo tiempo) por una actividad que combine equilibradamente lo presencial con la actividad *on line*.

Abordaje cronicidad y envejecimiento

No se trata de reproducir aquí todos los argumentos sobre la necesidad de orientar nuestro sistema hacia los crónicos. Esto en nuestro país ya se ha hecho a partir de las estrategias frente a la cronicidad elaboradas y publicadas por el País Vasco y Andalucía en 2010. Prácticamente todas las

comunidades tienen definidos planes para el abordaje de la cronicidad, siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Sevilla (2011). (Figura 15)

Estas recomendaciones son:

- Énfasis en la prevención y promoción de la salud.
 - Los pacientes no pueden ser receptores pasivos de la asistencia y deben desempeñar un papel activo en el cuidado de su salud.
 - Planificación y gestión de la salud de la población a partir de la utilización de modelos de estratificación y prevención.
 - El papel de las enfermeras de atención primaria se puede ampliar con una cuidadosa selección de los colectivos vulnerables que pueden beneficiarse del enfoque de manejo de casos.
 - Avance hacia los procesos integrados de atención, que podrían incluir una figura de referencia en especializada para los centros de salud.
 - Historia clínica electrónica compartida en todos los niveles de atención.
 - Incorporación de innovaciones en el campo de la e-salud y la teleasistencia.
- Con posterioridad, en el 2012, el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha publicado la **Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud**.

9 La transformación digital del sistema sanitario

Consideraciones básicas sobre este nuevo enfoque son:

- Las limitaciones de los avances en biomedicina, por importantes que sean, para abordar la cronicidad, si no va acompañada de cambios tecnológicos y organizativos.

- Se trata de una nueva forma de organizar la atención, en la que la continuidad de cuidados es fundamental.

- Es esencial para la sostenibilidad y las ganancias potenciales más significativas resultan de la prevención de ingresos innecesarios de pacientes complejos en el sistema hospitalario.

- Los expertos coinciden en que es preferible gestionar los enfermos crónicos en atención primaria, aunque los hospitales deben también innovar, ya que estos a menudo deben ser ingresados en el hospital.

Aunque ni mucho menos es el único elemento a implantar, es necesario contar con tecnologías facilitadoras del cambio, fundamentalmente el desarrollo de la telemedicina (teleconsulta y telemonitorización) y la teleasistencia.

Una consideración final es que existe un cierto *gap* entre los esfuerzos en definiciones estratégicas y elaboración de planes -que fueron muy grandes- frente a la real implantación de las medidas.

Cabe preguntarse: ¿Cómo se puede avanzar en la implantación de las tecnologías facilitadoras del cambio? Con toda seguridad no hay una única vía, pero en el **Caso 7** exponemos un resumen de la interesante iniciativa en Castilla y León.

Mensajería segura entre profesionales y pacientes

Es importante superar la situación actual en que los contactos entre profesionales y pacientes son los que se realizan cara a cara, lo que hace que no puedan ser muy frecuentes y estén sometidos a las restricciones, incomodidades y costes derivados de la sincronía de tiempo y espacio.

Caso 7. Iniciativa innovadora para crónicos y dependientes de Castilla y León

Tras un precedente de diálogo técnico de consulta al mercado realizada desde 2013, la Gerencia de Servicios Sociales y la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León han publicado en noviembre de 2016 una convocatoria destinada a la incorporación de soluciones innovadoras a pacientes crónicos y/o en situación de dependencia.



Para ellos se plantea una compra pública innovadora que tendrá lugar entre 2017-2019, en tres fases:

- **Fase 1 (2017):** el objetivo es obtener una infraestructura base de la arquitectura de los sistemas, completándola con la historia social y con la interoperabilidad entre ambos sistemas.

- **Fase 2 (2018):** conseguir soluciones tecnológicas innovadoras que permitan mejorar las prestaciones relacionadas con la teleasistencia avanzada, la tele salud y la telemedicina

- **Fase 3 (2019):** configuración de las soluciones innovadoras para dar soporte a los procesos de atención integrada en entornos domiciliarios y residenciales.

Poner en marcha una mensajería segura, como el *e-mail*, entre profesionales y pacientes es un requisito del sistema. Ya lo era hace mucho tiempo, pero mucho más hoy con el predominio de enfermedades crónicas, en cuya gestión la implicación del paciente y el contacto continuo con el profesional es una necesidad. Naturalmente, para esto no vale el *Whatsapp* o similares, ya que la información que se envía puede copiarse, almacenarse o redifundirse.

La herramienta de mensajería que se propone necesita un alto grado de confidencialidad, ya que la actual normativa legal impide la transmisión de información sensible (datos médicos, información bancaria,...) por medios no controlados.

Consulta no presencial

Los teléfonos convencionales, los móviles, el *e-mail* y otras herramientas similares podrían haber sido usados para resolver mu-

chas situaciones que llevan a una persona a ir al médico.

La barrera no ha sido la ausencia de tecnología sino los obstáculos regulatorios, estructurales y la falta de incentivos para los médicos. Si una visita virtual no es reembolsada o lo es menos que una visita convencional, lo más probable es que sean raras. Pero incluso más que esos factores pudo haber influido el carácter tan conservador en cuanto a los modelos asistenciales de los sistemas sanitarios tradicionales, públicos o privados.

Hay varios factores, que sustentan y reclaman el desarrollo actual de las consultas médicas remotas:

- Avances tecnológicos; por ejemplo, software para videoconferencias.

- Los pacientes están ahora mismo interactuando digitalmente en otras actividades.

- El reembolso en consultas remotas está

empezando a ser una realidad, sobre todo en Estados Unidos, tanto en el seguro privado, como en los programas públicos Medicare y Medicaid.

La experiencia de la Administración de Veteranos en Estados Unidos, que sirve a los veteranos y miembros de las Fuerzas Armadas, se expone en el **Caso 8**.

Es una actividad en plena expansión, con unas grandes expectativas de crecimiento en los próximos años. Un informe de 2014 de Deloitte⁽⁴⁹⁾ estima que ese año se produjeron 100 millones de teleconsultas en el mundo (un 75% de ellas en Estados Unidos), lo que supone un incremento de 400% respecto a 2012.

El uso de las consultas remotas puede orientarse hacia el diagnóstico, enfermedades agudas o seguimiento de enfermedades crónicas. Pueden ser síncronas

o asíncronas, realizarse con distintas tecnologías (videoconferencias, teléfonos, etc.) y pueden completarse con el acceso a la historia clínica, imágenes médicas, etc.

Hay cada vez menos dudas de que las consultas remotas pueden ser tan efectivas como las presenciales en múltiples situaciones. Esa es la conclusión a la que llega la Asociación Americana de Telemedicina⁽⁵⁰⁾.

La iniciativa de consultas médicas remotas ha estado en manos hasta ahora de *compañías nativas digitales*, no procedentes del sector sanitario. Hay ejemplos relevantes como Teladoc, American Well, MD Live, Doctor on Demand, Health Tap, o la española, aunque con gran actividad en Latinoamérica, Saluspot.

La duda es: ¿puede esta modalidad de consulta implantarse en sistemas públicos

o es algo que debe dejarse a las *compañías nativas digitales*?

Creemos que no sólo se puede sino que se debe para ser un elemento más de la sostenibilidad de los sistemas públicos, sobrecargados de actividad presencial. Por otra parte, los sistemas sanitarios tradicionales, públicos o privados, al tener acceso a la historia del paciente, están en condiciones de hacerlo con mucha más garantía y eficacia.

IMPLICACIONES

- Todas las comunidades autónomas han hecho un gran esfuerzo en la informatización del sistema sanitario, principalmente en procesos de soporte tanto a las organizaciones sanitarias como a la propia actividad clínica, aunque sin resolver los problemas de interoperabilidad.

- Dicho esfuerzo quedó en parte truncado por la crisis económica y la restricción de inversiones en TI en salud.

- Es el momento de introducir un cambio disruptivo en el sistema, ofreciendo servicios *on line* al paciente/ usuario, como han hecho otros sectores.

- Los servicios que se propone ofrecer, tanto por parte del sistema sanitario público como del privado, son:
 - Abordaje de la cronicidad y envejecimiento
 - Mensajería segura entre profesionales y pacientes
 - Consulta médica no presencial

Caso 8. La experiencia con las consultas remotas de la Administración de Veteranos de Estados Unidos



El Departamento de Veteranos anunció que su programa nacional de telemedicina había atendido a más de 690.000 veteranos durante 2014. Esto representó en torno al 12% de la población cubierta y más de 2 millones de consultas remotas.

De los usuarios, aproximadamente el 55% vivían en áreas rurales, con acceso limitado a centros asistenciales.

“Tenemos que adaptarnos a ofrecer servicios a los veteranos allí donde estén. Una instalación de ladrillos y cemento no es la única opción de los servicios sanitarios. La telemedicina es un área de crecimiento que hemos identificado”, afirma Robert A. MacDonald, director de la Administración de Veteranos.

Actualmente, hay más de 44 especialidades clínicas ofrecidas en consulta remota a los veteranos.

⁴⁹eVisits: the 21st century housecall, Deloitte, 2014, <http://www2.deloitte.com/ng/en/pages/technology-media-andtelecommunications/articles/2014predictions-eVisits.html>

⁵⁰ATA. Research Outcomes: telemedicine's impact on healthcare cost and quality, April 2015



AQUI HAY DINERO
PARA RATO
PERO

Bankia
Novistar

NO

BARCELONA

NO

NO SE VENDE

NO

NO

a la

SANIDAD

SERVICIOS PÚBLICOS

¿Gobernanza madura o 'mareas blancas'?

El fenómeno de las mareas blancas.

Recientemente, tanto en Madrid como en Andalucía, se asiste al fenómeno que simplícidamente llamaremos *mareas blancas*.

El punto en común es la oposición a políticas sanitarias definidas y desarrolladas desde los gobiernos autonómicos. Utilizan para ello fundamentalmente el arma de las manifestaciones reiteradas, las huelgas intermitentes en el caso de Madrid, el nacimiento de líderes profesionales de perfiles radicalizados, en algunos casos la aparición de nuevos sindicatos o plataformas reivindicativas que consiguen la implicación significativa de la ciudadanía, tienen un fuerte impacto en la prensa y medios de comunicación, el apoyo explícito y entusiasta de las Plataformas de Defensa de la Sanidad Pública y la actitud a veces equívoca pero generalmente complaciente de los sindicatos tradicionales e incluso de los colegios profesionales, sin faltar los intentos de utilización política por parte de los partidos de la oposición a los respectivos gobiernos (PP en Madrid, PSOE en Andalucía), cayendo en importantes contradicciones en relación con los modelos de políticas sanitarias defendidos por los mismos.

En el caso de Andalucía se dio también el fenómeno de la activación de las redes sociales, como Facebook, o la utilización de vídeos a través de Youtube.

El caso de Madrid

Los motivos inicialmente pueden parecer distintos. En el caso de Madrid el desencadenante fue la oposición a una política de externalización de la gestión sanitaria de



seis hospitales, inicialmente construidos por el modelo PFI, y de varios centros de salud (Figura 16). Los pliegos para la externalización de la gestión de los hospitales fueron aprobados en el Consejo de Gobierno del 30 de abril de 2013⁽⁵¹⁾.

Sin entrar a valorar el fondo de la intencionalidad de la Administración, lo cierto es que el Gobierno de Madrid cometió errores de bulto en su implantación: un total disenso político sin ningún esfuerzo por minimizarlo, ausencia de un preacuerdo con los profesionales así como con las empresas que verosímilmente iban a ser implicadas, pliegos con problemas desde el punto de vista técnico-jurídico, justificación que no es-

taba a la altura de la reforma que se quería emprender y falta de comunicación e implicación con los ciudadanos⁽⁵²⁾.

Tras una intensa actividad de las mareas, la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid acuerda el 27 de enero de 2014 mantener la medida cautelar de suspensión de la externalización sanitaria, al rechazar el recurso de reposición presentado por la Comunidad de Madrid y las empresas adjudicatarias. El resto es bien conocido: la dimisión del Consejero de Sanidad que había impulsado el proyecto y la retirada del mismo por parte de la Comunidad de Madrid, seguramente influenciado

⁵¹La Comunidad de Madrid aprueba los pliegos para la externalización de seis hospitales. Nota oficial del Gobierno de la Comunidad de Madrid, 20 abril, 2013

⁵²I. Riesgo, Enseñanzas del fracaso de la privatización sanitaria en Madrid, El País, 10 de marzo, 2014

10 ¿Gobernanza madura o 'mareas blancas'?

por la proximidad de las elecciones autonómicas y municipales.

El caso de Andalucía

El caso de Andalucía es bien distinto en su origen. Empezó con la oposición al proceso de *fusión* hospitalaria de Granada. Rápidamente se extiende a Huelva, donde también estaba planteada una fusión hospitalaria.

Pero de la reivindicación inicial se pasa a una especie de *enmienda a la totalidad* del sistema sanitario público de Andalucía y se generalizan las reivindicaciones en otras provincias: Sevilla, Jaén, Cádiz y Málaga, así como intentos en Almería y Córdoba. En Málaga se exige la construcción de un *tercer hospital*. Podemos decir que la ola reivindicativa ya ha afectado a las ocho provincias andaluzas.

El contenido de las plataformas reivindicativas varía de provincia a provincia, pero generalmente se denuncian los recortes sanitarios, especialmente en personal y medios tecnológicos, y hay oposición a las privatizaciones/externalizaciones/conciertos.

Las manifestaciones se suceden. En Granada, origen del conflicto, se celebran manifestaciones multitudinarias el 16 de octubre, el 27 de noviembre de 2016 y el 15 de enero de 2017. En este último día se desarrollan manifestaciones simultáneas en Sevilla, Huelva, Granada y Málaga (ver **Figura 17**).

Tras las manifestaciones del 15 de enero de 2017, la Consejería de Sanidad publica una larga nota oficial⁵³ en la que afirma que la fusión hospitalaria está paralizada en las dos provincias donde se ha planteado: Granada y Huelva.

El 1 de febrero de 2017 son sustituidos el Viceconsejero y el gerente del Servicio Andaluz de Salud, lo que es seguido, al día siguiente, por la dimisión de la gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

El 2 de febrero se celebra una sesión en

el Parlamento de Andalucía en la que se aprueba una proposición no de ley por la cual se paralizan las fusiones hospitalarias.

El 7 de febrero de 2017 se celebra una reunión entre los representantes de la Consejería de Salud y las Plataformas para la Defensa de la Sanidad Pública de Granada, en la que se acuerda la derogación de la orden de la Consejería de Salud⁵⁴ por la que se establecía la fusión hospitalaria de Granada. Se acuerda la creación de dos áreas en Granada con dos *hospitales completos*, una correspondiente al Hospital Clínico San Cecilio y la otra al Hospital Virgen de las Nieves.

Puntos comunes en Madrid y Andalucía

Tanto el conflicto de Madrid como el de Andalucía tienen dos puntos en común. En pri-

mer lugar, la metodología del conflicto y su desarrollo (manifestaciones repetidas, huelgas, gran impacto en medios de comunicación, creación de plataformas ligadas a las reivindicaciones del conflicto, implicación ciudadana, utilización política, etc.). En segundo lugar, el éxito de ambos movimientos.

En ambos casos logran cambios de largo alcance en la política sanitaria de ambos gobiernos autonómicos (en un caso el modelo de gestión de los hospitales y en otro aspectos básicos de planificación hospitalaria).

Lo que nos tenemos que plantear es si esa forma de influir es la más adecuada, es inevitable y es la que más conviene al sistema sanitario público desde una perspectiva reformista.

Figura 17. Portada del periódico 'Ideal', de Granada, de 16 de enero, 2017



⁵³<http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs salud/contenidos/Noticias/comunicados#comunicados150117>

⁵⁴Orden de 21 de noviembre de 2014, por la que se actualiza la estructura de gestión y funcionamiento de los servicios de Atención Especializada del Área de Salud de Granada (BOJA, nº234, de 1/12/2014)

Causas explicativas de los conflictos

Al margen de no poner en cuestión los derechos constitucionales de manifestación y huelga, lo que preocupa en esta reflexión es que una organización tan compleja como el sistema sanitario público, que atiende a más de 40 millones de habitantes y otros muchos visitantes, con sus 3.023 centros de salud, 10.089 consultorios, 453 hospitales, que está dotado de cuantiosos recursos y emplea a 112.346 médicos y 164.385 enfermeras, es que determinadas problemáticas no sencillas (como el modelo de gestión o la planificación hospitalaria hoy y otras pendientes mañana) sean resueltos no tras un análisis y debate ponderado con amplia participación, sino a golpe de manifestaciones, conflictividad e injustificadas politizaciones oportunistas.

Debemos, sin embargo, relativizar los conflictos. Parece que una cierta conflictividad periódica es consustancial con los sistemas sanitarios públicos. No tenemos más que ver la huelga médica que tuvo lugar en marzo de 2015 en Francia, para protestar frente a ciertas reformas del gobierno, ver **Figura 18**. O las huelgas y conflictos de larga duración que protagonizaron los *junior doctors* en el Reino Unido, que llevaron a cinco días consecutivos de huelga, en contra de decisiones del Ministerio de Salud británico⁶⁵.

No obstante, incluso en el contexto de una cierta conflictividad periódica que puede parecer consustancial con los sistemas sanitarios, puede afirmarse con preocupación que la característica de estos conflictos en España es muy llamativa por su intensidad, duración y virulencia.

¿Puede haber algunas razones específicas en nuestro sistema que expliquen esta situación?

Tal vez se den en nuestro sistema unas circunstancias que representen un *caldo de cultivo* para que se den estos fenómenos. Por lo menos, las siguientes:

Figura 18. Manifestación de médicos en Francia



• Ausencia de una gobernanza madura

Cuando hablamos de gobernanza madura no nos referimos sólo a un órgano como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que agrupa a Administraciones, sino a la presencia permanente en la toma de decisiones de uno o varios órganos de consulta preceptiva, debate y contraste que incluya a todos los actores del sector: Administraciones, sindicatos, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, sociedades científicas, patronales, etc. Este sistema de concurrencia compleja es una necesidad tanto a nivel del conjunto del Sistema Nacional de Salud, como de los servicios regionales, como de cada una de las instituciones sanitarias.

Obviamente, la gobernanza no está en contra de las decisiones políticas y de gestión y la dirección estratégica del sistema, que son necesarias, pero siempre matiza las decisiones, incorporando las visiones de los distintos agentes y, en su caso, dotando a las decisiones de un cierto apoyo.

• Corporativismo profesional

En el mundo sanitario tienen gran presencia profesiones de larga tradición como médicos y enfermeros, en los que el peso de los valores profesionales es muy relevante. Esto no es necesariamente malo y puede ser óptimo si este corporativismo profesional se expresa en la forma del *nuevo profesionalismo* con énfasis en la calidad, la participación de los pacientes, la transparencia y la rendición de cuentas.

Desgraciadamente, con este *nuevo profesionalismo* coexiste en ciertos colectivos el *viejo profesionalismo*, basado en otros valores como la autonomía, la autorregulación y la toma de decisiones unilaterales. En definitiva, en la reivindicación de un espacio fuera de control por ninguna instancia. En muchos planteamientos y acciones de estos conflictos vemos más que indicios de ese *viejo profesionalismo*, e incluso con expresiones radicales del mismo.

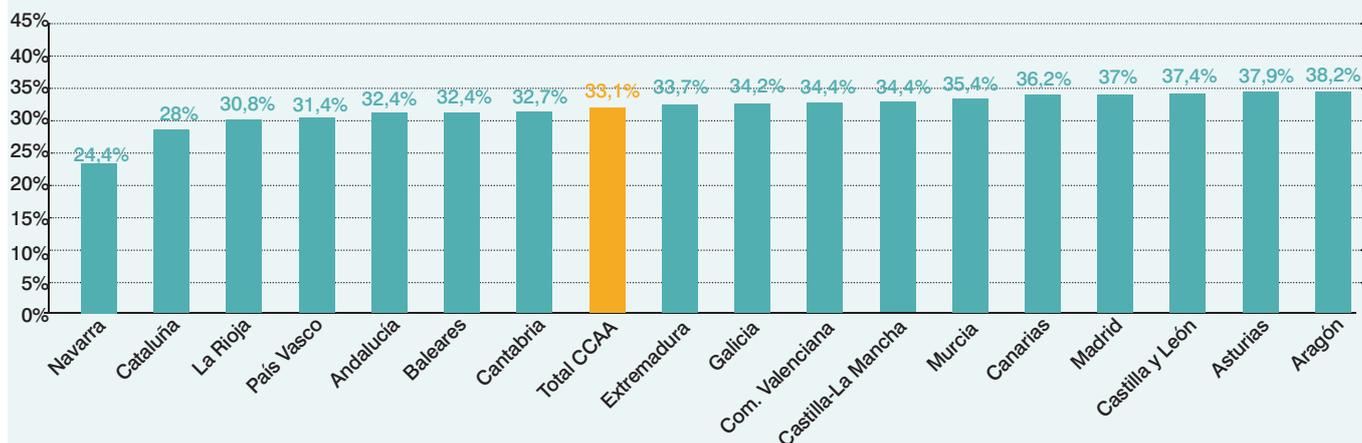
• Bajo nivel retributivo de profesionales sanitarios y precariedad laboral

Es sabido que los salarios médicos en el sis-

⁶⁵NHS junior doctors to stage five consecutive days of Strikes in September, <https://www.theguardian.com/society/2016/aug/31/bma-announces-further-strikes-junior-doctors-contract-dispute>

10 ¿Gobernanza madura o 'mareas blancas'?

Figura 19. Porcentaje del presupuesto total destinado a Sanidad por las distintas comunidades autónomas. Año 2016



Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Presupuestos Generales de las CCAA 2016
http://www.minhafp.gob.es/Documentacion/Publico/CDI/Presupuestos/informacionCCAA/Resumen_ejecutivo_presupuesto_2016.pdf

tema público ya estaban entre los más bajos de Europa⁽⁵⁶⁾. Pero, además, el salario de todos los profesionales sanitarios se ha reducido aún más durante la crisis económica.

Por otra parte, como se presenta en la **Tabla 7** (página 22), el porcentaje de trabajadores temporales en el sistema es injustificadamente alto.

Sin duda estas circunstancias pueden contribuir objetivamente al caldo de cultivo de conflictividad al que asistimos periódicamente.

•Desigualdades territoriales

Cuando Barak Obama llegó a la presidencia de Estados Unidos, algunos, ingenuamente, pensaban que eso acabaría automáticamente con la conflictividad racial en ese país. Nada más incierto; bajo su mandato las tensiones raciales fueron frecuentes. El tener un presidente negro no garantiza la solución de un problema que lleva enquistado en la sociedad americana durante décadas.

Lo mismo puede decirse en cuanto a las transferencias sanitarias y las desigualdades territoriales. Las transferencias no aca-

baron de golpe con las diferencias en infraestructuras y otros importantes factores del sistema asistencial y tampoco con las diferencias de financiación sanitaria en las distintas comunidades autónomas. Según se presenta en la **Tabla 6** (página 19), las diferencias en 2014 son tan llamativas como los 980 euros/persona/año de gasto sanitario público en Andalucía, comparado con los 1.541 en el País Vasco. Dicha diferencia no viene dada por el mayor o menor esfuerzo de la Administración autonómica, sino deriva del sistema de financiación de las comunidades autónomas.

En el conflicto de Andalucía, la baja financiación de la sanidad en esa comunidad, equivocadamente atribuida al Gobierno autonómico, es un elemento muy presente y constante en las reivindicaciones.

Según podemos ver en la **Figura 19**, el

gasto en salud per cápita no está relacionado con el esfuerzo que hace cada comunidad autónoma en dedicación de su presupuesto a sanidad. Por ejemplo, la Comunidad Valenciana tiene un bajo gasto per cápita y, sin embargo, un porcentaje destinado a sanidad de sus presupuestos autonómicos por encima de la media. Lo contrario es cierto para el País Vasco y Navarra, por ejemplo

•Recortes sanitarios como consecuencia de la crisis

Como consecuencia de la crisis económica el gasto sanitario público en España, según datos de Eurostat, pasó de 72.939 m€ en 2009 a 66.632 m€ en 2015, una diferencia de 6.307 m€ (**Tabla 14**).

La forma de lograr esta reducción del gasto fue la de disminución del gasto en personal (bajada de sueldos y de efectivos),

Tabla 14. Gasto sanitario público en España, 2009-2015, Eurostat

Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
m€	72.939	71.080	69.240	64.685	63.307	63.492	66.632

⁵⁶OCDE, Health at a Glance, 2015

bajada del gasto farmacéutico (básicamente reduciendo los precios de los medicamentos y aumentando la aportación de los ciudadanos desfinanciando medicamentos de alto consumo e introduciendo el copago para los pensionistas) y con una severa congelación de inversiones.

España bajó de manera significativa su porcentaje de PIB dedicado a sanidad (**Figura 20**) como el peso de su gasto sanitario público sobre el conjunto del gasto público (**Figura 21**).

Como queda reflejado en ambas figuras, en España tanto el porcentaje de PIB dedicado a gasto sanitario público, como el gasto sanitario público sobre el conjunto del

gasto público total, bajó por debajo de la media de la UE-28 y de la mayor parte de los países europeos.

No cabe duda de que este tipo de actuaciones, por su repercusión sobre los profesionales, tanto en su nivel salarial como en el nivel de equipamiento, está también en la base del conflicto.

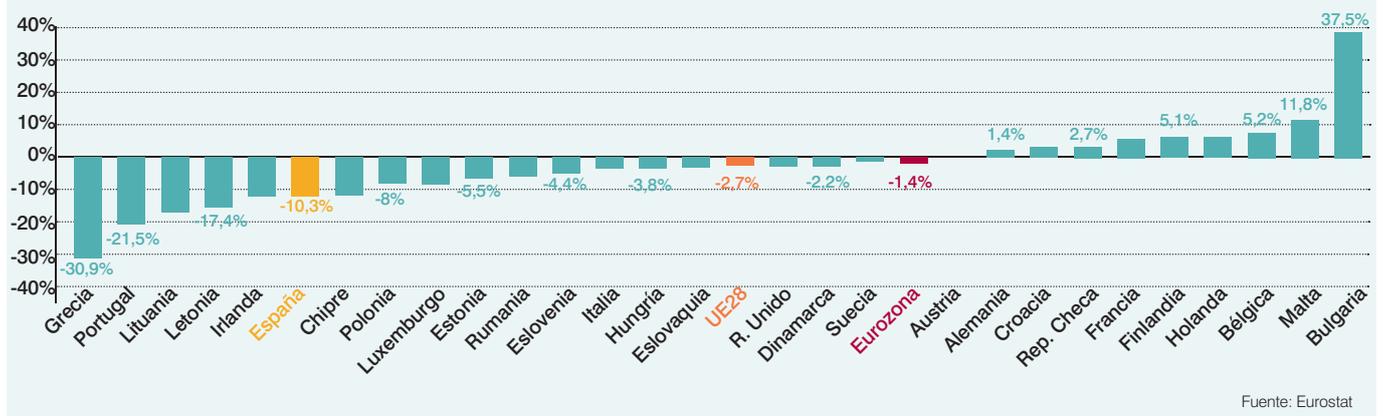
•Comportamientos autoritarios de algunos gobiernos

Por lo que hemos visto hasta ahora, el sistema sanitario público en España en la época post-crisis es un polvorín en el que hay que moverse con pies de plomo. Es legítimo pensar por observadores cualificados que desde determinados gobiernos puede es-

tarse actuando sin valorar con rigor, profesionalidad y prudencia las peculiaridades y difíciles equilibrios del sector sanitario, activando así posibles conflictos latentes.

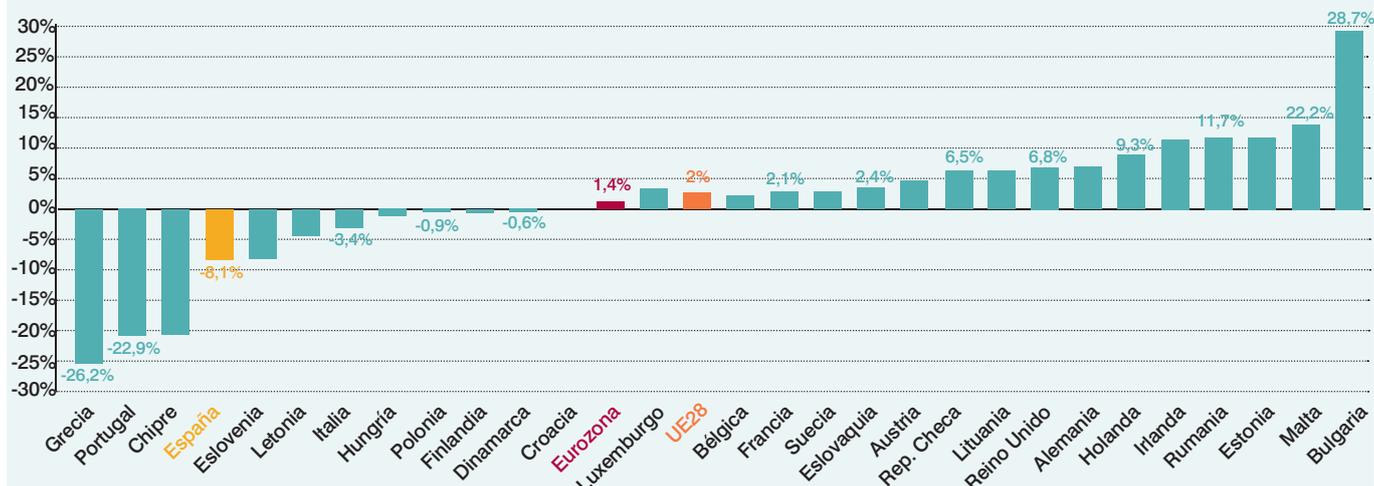
Lógicamente, no se apuesta ni se patrocina en modo alguno la inacción de los gobiernos. Todo lo contrario. Se apuesta decididamente porque cualquier planteamiento reformista precisa y necesita que el dinamismo desde abajo sea acompañado por proyectos renovadores de los gobiernos, a la vez que las reformas gubernamentales tengan la implicación decidida de los profesionales y los ciudadanos afectados. Pero para impulsarlos no es suficiente tener razón, ni la mejor de las voluntades. Es

Figura 20. Gasto sanitario público como % PIB. Diferencia % entre 2014 y 2009



10 ¿Gobernanza madura o 'mareas blancas'?

Figura 21. Gasto Sanitario Público como % del Gasto Público Total. Diferencias % entre 2014 y 2009.



Fuente: Eurostat

necesario negociar con los muy variados grupos de interés en el sector. Solo así se podrá lograr el éxito de las iniciativas.

Hacia una gobernanza madura

Este tema se considera crítico y, por ello, debe dársele la importancia que tiene.

Los criterios son relativamente sencillos:

- A nivel de sistema (Sistema Nacional de Salud o Servicios Regionales). Crear órganos con una amplia representación de los principales actores del sector: profesionales (sindicatos y colegios profesionales), sociedades científicas, asociaciones de pacientes, patronales de las empresas ligadas al sector (farmacéuticas, de tecnología médica, de provisión privada, de seguro privado, etc.).

Ámbitos de encuentro mucho más amplios que el actual Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, donde están presentes solo las administraciones. Dicho órgano debe tener reuniones periódicas y en todo caso ser consultado preceptivamente para determinados proyectos trascendentales, como por ejemplo los que afectan a las prestacio-

Caso 9. Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA
Kontsumo Zuzendantza

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO
Dirección de Consumo

En este documento se establecen criterios generales sobre:

- Buenas prácticas de gestión de la sanidad pública vasca
- Órganos colegiados de gobierno (Consejos de Gobierno) en todas las organizaciones de Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud
- Profesionalización de la gestión
- Asesoramiento y participación de los profesionales en la sanidad pública vasca
- Participación ciudadana para en buen gobierno de la sanidad pública vasca

nes del sistema, modelo de gestión, condiciones de los profesionales, modelo asistencial, etc.

- A nivel de instituciones sanitarias. Separar las funciones de gobierno y dirección. Los gestores dirigen la organización, mientras que el órgano de gobierno se asegura de que la gestión es correcta y que va en

la buena dirección.

Es mucha la bibliografía sobre gobernanza en sanidad^(57,58), pero tal vez merezcan una especial mención las Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca⁽⁵⁹⁾, que presentamos como

Caso 9.

⁵⁷Transformational Governance. Best practices for Public and Nonprofit Hospitals and Health Systems, The American Hospital Association's Center for Healthcare Governance, 2012

⁵⁸Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011

⁵⁹http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cbil_buengobierno/es_cbil/adjuntos/Buengobiernomarzo.pdf

Las mareas blancas: ¿expresión de una fatiga del sistema?

El éxito de las mareas puede ser un signo indirecto de *fatiga* del sistema. El problema en Granada puede no ser tanto la fusión de dos hospitales como el cansancio de los profesionales por las condiciones laborales inadecuadas, de los ciudadanos por los recortes, por la rigidez del sistema, etc. Podrían ser signos de que el lento deterioro del sistema empieza a tener consecuencias en la opinión pública.

Las mareas blancas no pueden ser la solución

Desde esta perspectiva es evidente que las *mareas blancas* representan lo contrario de lo que se considera útil para afrontar las mejoras que queremos para nuestro sistema. Su estructura, su forma de actuar y de afrontar la toma de decisiones consideramos que son incompatibles con la articulación de soluciones viables a los problemas reales.

Y los partidos políticos, sindicatos y colegios profesionales serios y responsables deberían meditar seriamente el alentar y prestar apoyo a este tipo de movilizaciones⁶⁰. Y deben hacerlo, entre otras cosas, por su interés propio: porque dar soporte hoy a un movimiento en un lugar determinado puede ser contradictorio e incomprensible con oponerse a lo mismo en lugar distinto (léase Madrid y Andalucía).

Una consecuencia negativa de estas acciones puede ser el pánico de los gobiernos a actuar en sanidad, lo que es negativo. Los gobiernos pueden y deben dirigir el sistema sanitario público. Las iniciativas de los gobiernos son imprescindibles para la mejora del sistema desde una perspectiva reformista. Pero, lógicamente, deben hacerlo en un marco de gobernanza madura y contando con las complejidades del sector. Justo lo opuesto de lo que proponen las *mareas blancas*.

IMPLICACIONES

- Tanto en Madrid como en Andalucía recientemente se ha producido el fenómeno que simplícidamente llamaremos *mareas blancas*.
- Dichos fenómenos se caracterizan por manifestaciones reiteradas, huelgas intermitentes, aparición de líderes profesionales de perfiles radicales, en algunos casos la aparición de nuevos sindicatos o plataformas reivindicativas y con unos planteamientos llenos de demagogia y populismo de los que no pueden esperarse propuestas positivas para el sistema.
- En ambos casos los movimientos fueron sumamente exitosos, al lograr paralizar o modificar planes de política sanitaria de largo alcance de gobiernos autonómicos.
- Consideramos este movimiento claramente negativo e inmovilista, desde

una perspectiva reformista del sistema sanitario.

- No obstante, el sistema sanitario público español puede ofrecer debilidades y tener elementos que representen un caldo de cultivo para la aparición de estos estallidos conflictivos.
- El éxito de las mareas puede ser un signo indirecto de *fatiga* del sistema: el cansancio de los profesionales por las condiciones laborales inadecuadas, de los ciudadanos por los recortes, por la rigidez del sistema, etc. Pueden ser signos de que el lento deterioro del sistema empieza a tener consecuencias en la opinión pública.
- Sólo una gobernanza madura tanto a nivel de sistema como de cada una de las instituciones sanitarias -y la solución de algunos de los problemas que alimentan los conflictos- permitirá plantear determinados problemas de una forma realista, positiva y posibilista.

⁶⁰Raimon Belenes, Mareas blancas y postverdades sanitarias, DIARIO MÉDICO, 27 enero, 2017

Índice de figuras

<i>Figura 1:</i> Evolución histórica gasto público sanitario	17
<i>Figura 2:</i> Declaraciones del Comisario de Sanidad de la UE	18
<i>Figura 3:</i> Perfil TC por comunidades autónomas (Fenin, 2014)	28
<i>Figura 4:</i> Acceso al portal de Quirónsalud	41
<i>Figura 5:</i> Esquema sobre la secuencia de toma de decisiones compartidas	42
<i>Figura 6:</i> La fórmula sobre el valor en sanidad	43
<i>Figura 7:</i> La distinta información de la Central de Resultados de Cataluña	47
<i>Figura 8:</i> Las dimensiones analizadas en el sistema sanitario público de Andalucía	47
<i>Figura 9:</i> Acceso al Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud	48
<i>Figura 10:</i> Acceso al portal estadístico del Sistema Nacional de Salud	48
<i>Figura 11:</i> Atlas de Variaciones de la Práctica Médica	49
<i>Figura 12:</i> Acceso al portal digital de indicadores del NHS británico	50
<i>Figura 13:</i> Portada del documento “Hacia la transformación digital del sector de la salud”	54
<i>Figura 14:</i> National eHealth Strategy Toolkit, WHO, 2012	54
<i>Figura 15:</i> La “Declaración de Sevilla”, 2011	55
<i>Figura 16:</i> Una de las manifestaciones del caso de Madrid	59
<i>Figura 17:</i> Portada del periódico <i>Ideal</i> , de Granada, de 16 de enero, 2017	60
<i>Figura 18:</i> Manifestación de médicos en Francia	61
<i>Figura 19:</i> Porcentaje del Presupuesto total destinado a Sanidad por las distintas comunidades autónomas. Año 2016	62
<i>Figura 20:</i> Gasto Sanitario Público como % PIB. Diferencia % entre 2014 y 2009. Fuente: Eurostat	63
<i>Figura 21:</i> Gasto Sanitario Público como % del Gasto Público Total. Diferencias % entre 2014 y 2009. Fuente: Eurostat	64

Índice de tablas

<i>Tabla 1:</i> Ministros de Sanidad 1979-2016	11
<i>Tabla 2:</i> Reuniones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud 1987-2016	12
<i>Tabla 3:</i> Experiencias innovadoras relacionadas con la gestión en el ámbito asistencial	13
<i>Tabla 4:</i> Experiencias innovadoras en el ámbito sanitario por comunidades autónomas	14
<i>Tabla 5:</i> Gasto sanitario público y previsiones del Programa de Estabilidad	17
<i>Tabla 6:</i> Gasto per cápita, por comunidades autónomas, 2010 y 2014	19
<i>Tabla 7:</i> Algunos datos sobre el drama de la temporalidad en el Sistema Nacional de Salud	22
<i>Tabla 8:</i> Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 14 de septiembre de 2016	23
<i>Tabla 9:</i> Ejemplo de barreras de acceso. El estudio de la Federación de Sociedades Españolas de Oncología	27
<i>Tabla 10:</i> Reglas de oro del Cocir	28
<i>Tabla 11:</i> Recomendaciones de Fenin para la actualización tecnológica	29
<i>Tabla 12:</i> Intensidad de la presencia del sector privado en el Sistema Nacional de Salud	36
<i>Tabla 13:</i> Elementos de valor para el paciente en el cáncer de próstata no invasivo	45
<i>Tabla 14:</i> Gasto sanitario público en España, 2009-2015, Eurostat	62

Índice de casos

<i>Caso 1:</i> El concurso de desfibriladores del Hospital Sant Pau, Barcelona	32
<i>Caso 2:</i> Un ejemplo de colaboración empresa-organización sanitaria en busca de la eficiencia	33
<i>Caso 3:</i> Programa de Gestión Poblacional de Ribera Salud	38
<i>Caso 4:</i> El <i>contact center</i> de Quirónsalud	38
<i>Caso 5:</i> El ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement)	43
<i>Caso 6:</i> La Asociación de Pacientes del Reino Unido	45
<i>Caso 7:</i> La iniciativa innovadora para crónicos y dependientes en Castilla y León	56
<i>Caso 8:</i> La experiencia con las consultas remotas de la Administración de Veteranos de Estados Unidos	57
<i>Caso 9:</i> Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca	64

Patrocinadores



Celgene busca ofrecer a sus pacientes fármacos innovadores y que ayuden a cambiarles la vida. Es una compañía biofarmacéutica concentrada en el descubrimiento, desarrollo y comercialización de productos para el tratamiento del cáncer y otras enfermedades graves.

Medtronic

Desde su fundación en 1960, la misión de Medtronic dicta que su primera y principal prioridad es contribuir al bienestar humano. Estamos comprometidos a mejorar la vida a través de nuestras tecnologías y soluciones.



Con el personal más cualificado, la tecnología más avanzada, una intensa actividad de enseñanza e investigación y un modelo de gestión común, el compromiso del Grupo es servir a todos los ciudadanos. Quirón cubre todas las especialidades médicas, siendo especialmente destacable sus servicios en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.



Ribera Salud es el grupo empresarial de gestión sanitaria líder en el sector de concesiones administrativas en España. Fue fundada en 1997 para el desarrollo de iniciativas de colaboración público-privadas y es la única empresa española que se dedica en exclusiva al modelo PPP.



Unilabs es una compañía multinacional de origen suizo fundada en 1987 y con presencia en España desde 1998, cuya misión consiste en estar en el corazón y el inicio de las decisiones de tratamiento efectivo. Unilabs es activa en las áreas de medicina de laboratorio, diagnóstico por imagen, patología celular, medicina reproductiva y servicios para el desarrollo de nuevos medicamentos.



Siemens Healthineers es una compañía en la que la innovación está en la base de su éxito. Siemens Healthineers aplica este enfoque a las tecnologías médicas, ofreciendo soluciones en las áreas de IT sanitaria, diagnóstico de laboratorio, Point of Care, diagnóstico por imagen y sistemas terapéuticos, cubriendo una amplia gama de especialidades clínicas.

Contactos

Julián García Vargas
VPR consultores
jgvargas@vprconsul.es
617 477 774

Raimon Belenes
Consultor en Servicios de Salud
rbelenesjuarez@gmail.com
609 85 39 92

Ignacio Riesgo
VPR consultores
ignacio.riesgo@vprconsul.es
629 12 86 58

