



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

EVOLUCIONANDO HACIA UN MODELO SOCIOSANITARIO DE SALUD

Iniciativas para avanzar en el recorrido

NOVIEMBRE 2013



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

Paseo de la Castellana, 134 1º Izqda
28046 Madrid

Autoría y Participación:

En la elaboración del informe han participado:

- Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)
- Fundación NEWHEALTH
- The Boston Consulting Group
- Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia
- Instituto de Estudios Superiores de la Empresa (IESE)
- Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)
- CRB Inbervio
- AZC Global Integral de Comunicación y Gestión
- José A. Gutiérrez-Fuentes (Doctor en Medicina, exdirector del Instituto de Salud Carlos III)
- Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)

Han coordinado las diferentes Áreas:

- Carlos Alberto Arenas (SEDISA)
“Resumen de la Situación General del Sistema Sanitario”
- Emilio Herrera Molina (Fundación NEWHEALTH)
“Evolucionando hacia un Modelo Socio-sanitario para la Salud”
“Iniciativas para avanzar en el recorrido”

ÍNDICE

1. PRÓLOGO	3
2. RESUMEN DE LA SITUACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO	5
2.1. Introducción	5
2.2. Situación económica de España	5
2.3. Gasto sanitario público y crisis económica	7
2.4. Factores de incremento del gasto sanitario	9
2.5. Financiación sanitaria en las comunidades autónomas	12
2.6. Situación de la gestión sanitaria en España	13
2.7. Modelos de gestión posibles dentro de nuestro SNS	14
2.8. La gestión indirecta. Las concesiones administrativas como gestoras de la sanidad pública	15
2.9. Comparación entre gestión tradicional pública administrativa y fórmulas alternativas de gestión (públicas y privadas)	16
2.10. Capital Humano en las organizaciones sanitarias en España	19
2.11. Coordinación de la sanidad	20
2.12. Cronicidad y dependencia	20
2.13. Tecnologías en el SNS: alta tecnología y sistemas de información	23
2.14. Gestión del conocimiento	23
2.15. Empoderamiento (empowerment), paciente experto y asociaciones de pacientes	23
2.16. Enfermería y otros colectivos profesionales	24
2.17. Sector privado: percepción del sector y oligopolio del sector público	24
3. EVOLUCIONANDO HACIA UN MODELO SOCIOSANITARIO DE LA SALUD	26
3.1. Introducción	26
3.2. Evolución de la estructura política y organizativa conservando los pilares básicos del Sistema	27
3.3. Modelo asistencial	29
3.4. Provisión de servicios	33
3.5. Resumen de la evolución del modelo sociosanitario y de las acciones para su desarrollo	33
4. INICIATIVAS PARA AVANZAR EN EL RECORRIDO	43
4.1. Priorización de Programas de Promoción de Autonomía Personal y de Promoción de hábitos de vida saludable	43
4.2. Rediseño de los principales procesos asistenciales englobando recursos de atención primaria, atención especializada y atención socio-sanitaria	44
4.3. Reforma y adaptación de recursos complementarios que puedan ofrecer una alternativa eficiente a la hospitalización	45
4.4. Evaluación operativa sistemática de la calidad técnica, la efectividad terapéutica y la eficiencia en costes	45
4.5. Avanzar en la implantación de Modelos de Gerencias locales Socio-sanitarias Integradas	46
4.6. Adición sistemática y progresiva de nuevas tecnologías de la monitorización y telecomunicación a los procesos crónicos más prevalentes	47
4.7. Plataformas de difusión de resultados de la gestión clínica, la actividad asistencial desarrollada y de la consecución de objetivos en salud	47
4.8. Avanzar en la autonomía responsable de gestión de los Servicios de Salud	48
4.9. Plan general del capital humano en el ámbito sociosanitario	48
4.10. Proveedores de salud como socios del sistema sociosanitario	48
5. CONCLUSIONES	50

1. PRÓLOGO

La Fundación Economía y Salud nació con el objetivo de impulsar el conocimiento y la investigación, para contribuir y cooperar en la mejora de la eficiencia y sostenibilidad de nuestro Sistema Sanitario: la salud, en su más amplia acepción, es una fuente esencial de creación de riqueza, desarrollo, bienestar y calidad de vida para las personas y por ello, un sector económico estratégico para nuestro país.

Son muchas las Instituciones y los Organismos públicos y privados que dedican notables esfuerzos al empeño de orientar y abrir nuevos caminos que conduzcan a una mejor y mayor prestación de servicios en el campo de la salud. Sin embargo, no siempre avanzamos al ritmo deseado o las soluciones ideadas son de compleja implementación, por lo que el conocimiento generado, a pesar de ser de valor, no siempre resulta práctico ni obtiene los resultados esperados.

En ocasiones, además, el Sistema, alabado en los países de nuestro entorno inmediato, sufre retrocesos, fundamentalmente en época de recortes presupuestarios o por políticas de austeridad que, si bien consiguen a corto plazo el objetivo de disminución del gasto público, pueden perjudicar, a medio y largo plazo la efectividad y la calidad de los servicios sanitarios. No podemos analizar el sector de la salud exclusivamente desde la perspectiva del gasto sino desde la optimización de este para producir mejores resultados. Ello implica una visión de la salud como un sector de inversión, generador de una población productiva durante más tiempo y, por ende, productor de empleo, de tecnología de vanguardia y de progreso económico, que requiere de iniciativas impulsoras para consolidarlo como uno de los motores de nuestra economía.

Llevamos muchos años coincidiendo en los diagnósticos de situación del sector y en las medidas generales a tomar para mejorar la organización del Sistema Sanitario, que implican cambios e innovaciones en las formas de gestión, en la generación de recursos e instrumentos de reorganización en base a una adecuada obtención de información y evaluación. Reivindicamos que la clase política articule un gran acuerdo en torno a las grandes cuestiones que deben abordarse en pro del interés general y colectivo y que deben quedar al margen de las luchas políticas y del cortoplacismo.

Llegados a este punto en el que podemos afirmar que las líneas generales de acción y los pilares del cambio se encuentran suficientemente contrastados, explicados y consensuados por una amplia mayoría del sector, desde la FES creemos que ha llegado el momento de simplificar la puesta en marcha de las medidas mediante el pragmatismo, con soluciones e iniciativas concretas y puntuales, con calendarios de más fácil aplicación, que ofrezcan menor resistencia al cambio y estén dirigidos a la consolidación económica y estratégica del sector.

Con este fin nace este documento que, partiendo de un resumen general de la situación del sistema sanitario destacando aquellos problemas que es preciso superar, propone, manteniendo los pilares del sistema (financiación pública, atención universal y gratuita y gestión descentralizada) una evolución del modelo sanitario hacia un modelo de integración sociosanitaria que adapte sus estructuras organizativas y asistenciales al cambio epidemiológico y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de dependencia. Para desarrollarlo se propone una selección de medidas e iniciativas buscando la mayor concreción y aplicabilidad en distintas áreas sin ánimo de agotar y completar todas aquellas que son precisas. Medidas cuyo objeto es provocar el comienzo del cambio desde la base, iniciativas de implantación inmediata, a las que se irán sumando otras que permitan la transformación del sector más allá de las grandes declaraciones y las buenas intenciones. Se trata, pues, de un documento que propone una hoja de ruta, un guión para afianzar el recorrido del cambio.

Somos conscientes de que existen otras muchas medidas que podrían incluirse con igual mérito entre las propuestas; incluso medidas exógenas al sistema pero fundamentadas en él y claramente beneficiosas como, por ejemplo, potenciar el turismo de salud, que confirma la capacidad del sector para generar riqueza, empleo y, en este caso, mejorar nuestra balanza comercial. En todo caso, las seleccionadas son aquellas sin las cuales no creemos posible que la evolución del modelo pueda producirse con la misma practicidad y agilidad y que han sido consensuadas por el extraordinario equipo de colaboradores y expertos que han participado en la elaboración y redacción de este documento.

El conocimiento, la experiencia, la representatividad y la heterogeneidad del grupo humano que ha participado en la elaboración de “EVOLUCIONANDO HACIA UN MODELO SOCIOSANITARIO PARA LA SALUD. Iniciativas para avanzar en el recorrido” y que abarca el mundo académico, el de la comunicación, la consultoría, los profesionales del sector, las empresas, la gestión y la tecnología, entre otros, garantiza la profundidad y solvencia de su contenido.

En la FES esperamos que genere la misma ilusión e interés con que ha sido realizado.

Alberto Giménez
Presidente de la Fundación Economía y Salud

2. RESUMEN DE LA SITUACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO

“La primera condición para mejorar la situación presente es hacerse bien cargo de su enorme dificultad. Sólo esto nos llevará a atacar el mal en los estratos hondos donde verdaderamente se origina”

Ortega y Gasset: *La rebelión de las masas*

2.1. Introducción

La sostenibilidad del sistema sanitario público, universal y gratuito, es un problema clásico que se ha vuelto a poner de actualidad pública debido a la situación de crisis económica que vivimos y que afecta especialmente a España.

Ya en la anterior crisis económica de principios de los años 90 hubo en España una iniciativa parlamentaria que tuvo como fruto el Informe de la Comisión Abril, sobre medidas de eficiencia y sostenibilidad del Sistema Sanitario Español. Dicho informe contenía propuestas interesantes; algunas se han ensayado en las nuevas fórmulas de gestión que se han ido implantando en el Sistema Nacional de Salud a lo largo de estos últimos años y otras muchas quedaron en el olvido.

En la situación actual de crisis económica profunda, donde además de la crisis financiera subyace un problema de competitividad de nuestro país, es más importante que nunca resumir de manera objetiva la situación económica del país y de su Sistema Sanitario para saber hacia dónde debemos caminar y qué medidas debemos tomar para garantizar

la sostenibilidad de este último mismo sin mermar su efectividad y su calidad y utilizando la potencia del sector como motor de desarrollo económico y progreso social.

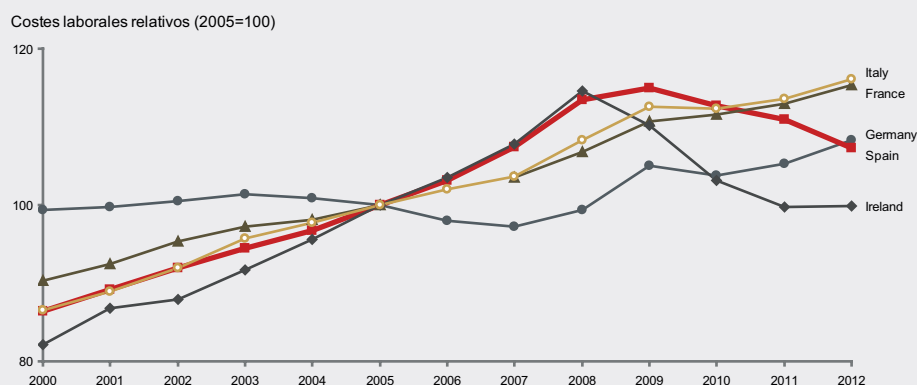
Sin pretender un diagnóstico exhaustivo de la situación del sistema sanitario que abarcaría muchos más aspectos de los que aquí reseñados, ofrecemos un resumen de los datos más significativos de la situación actual.

2.2. Situación económica de España

La situación económica española se encuentra en una coyuntura complicada: en 2013 se alcanzó el 25% de paro, lo que supone unos 6 millones de desempleados que ha desembocado en un estancamiento de la economía productiva y una contracción importante del consumo. Por su parte, el paro juvenil supera ya el 50% y las previsiones de la OCDE y algunos organismos internacionales son que alcanzaremos el 28% de paro en 2014.

Con un sector público inadecuadamente dimensionado y una hiperinflación del gasto público en los años anteriores a la crisis, los gastos fijos

Ilustración 1: Costes laborales relativos (2005=100)



Fuente: European Commission (Eurostat) y cálculos del Banco Central Europeo basados en datos Eurostat

corrientes de las administraciones públicas son superiores a los ingresos. Con pocas perspectivas de crecimiento, debido al estancamiento económico, se ha recurrido al aumento del IRPF y el IVA (amén de otras medidas de recorte y austeridad) para tratar de mantener la recaudación pública de impuestos, a fin de sostener la estructura política del Estado, el Estado del Bienestar y hacer frente a la deuda pública. La presión sobre las arcas del Estado y de las CCAAs es muy elevada si tenemos en cuenta la dimensión de la Administración Pública, la elevada tasa de paro y el alto número de pensionistas. A pesar de los últimos cambios normativos para, por ejemplo, rebajar la deuda con empresas proveedoras de la Administración o reducir el gasto municipal, la realidad es que la situación de liquidez es tan vulnerable que, en más ocasiones de las deseadas, las administraciones públicas priorizan sus pagos en las nóminas de los funcionarios, las pensiones y

las prestaciones por desempleo, dejando los capítulos de inversiones, gasto corriente y pago a proveedores en un segundo lugar; lo que ha colocado a muchas empresas en situación de insostenibilidad.

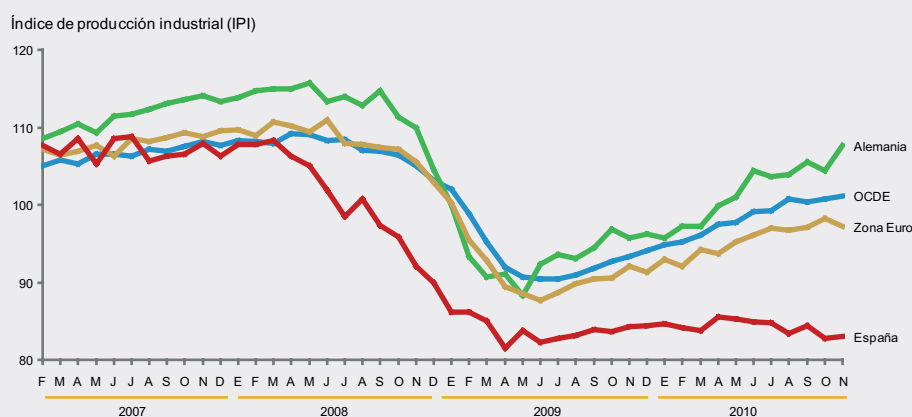
Como se observa en la Ilustración 1, en los años de bonanza económica, los costes laborales

Tabla 1: Situación de varios países en el ranking mundial de competitividad)

PAÍSES / AÑO	1995	2002	2007	2009	2010	2011	2012	2013
Estados Unidos	1	1	1	2	4	5	5	7
Alemania	6	14	7	7	5	6	6	6
Francia	17	30	16	16	15	18	18	21
Reino Unido	18	11	12	13	12	10	10	8
España	28	22	29	33	42	36	36	36
Italia	30	39	49	48	48	43	43	42

Fuente: <http://www.weforum.org/issues/global-competitiveness>. WEF The Global Competitiveness Report 2012-2013

Ilustración 2: Índice de producción industrial



Fuente: Juan Carlos Barba. Libertad Digital. <http://www.libertaddigital.com/economia/la-depresion-industrial-augura-el-fin-de-la-burbuja-en-el-sector-servicios-1276409353/>

unitarios habían crecido más comparativamente en España que en otros países de nuestro entorno, donde se moderó dicha subida; lo que, unido al estancamiento de la productividad ha contribuido a disminuir la competitividad el país. En el último periodo, merced a congelaciones y bajadas salariales, dicha competitividad ha experimentado cierta recuperación.

Como se observa en la Tabla 1, España ha pasado de tener un meritorio puesto 22 en el ranking mundial de competitividad a llegar a estar en el puesto 42 en el 2010¹ y en el 36 en 2013.

La producción industrial ha sufrido un descenso muy importante y la destrucción de empresas ha supuesto un retroceso de más de 10 años en cuanto al número de las mismas. Es decir, hemos vuelto a los índices del año 2002.

En la Ilustración 2, se observa la caída y la práctica inmovilización de nuestra economía productiva, históricamente muy dependiente del mercado inmobiliario y del turismo.

Estos problemas requieren cambios estructurales y profundos, así como una reforma que permita en el ámbito de la función pública primar la productividad y la eficiencia como valores esenciales del servicio público.

1. <http://www.weforum.org/issues/global-competitiveness>. WEF The Global Competitiveness Report 2010-2011

2.3. Gasto sanitario público y crisis económica

Uno de los argumentos más extendidos es que la sanidad en España es más barata que en los países de nuestro entorno inmediato proporcionalmente a los resultados en salud y, por tanto, a la calidad. Sin embargo, es destacable que desde 2002 coincidiendo con las transferencias del INSALUD a las CCAA que quedaban sin transferir, el gasto sanitario en España ha crecido muy por encima del PIB a un ritmo poco sostenible (Ilustración 3).

Según los últimos datos de la OCDE (2010)², dedicamos un 9,6% de nuestro PIB a sanidad, una décima por encima de la media de países que conforman este organismo.

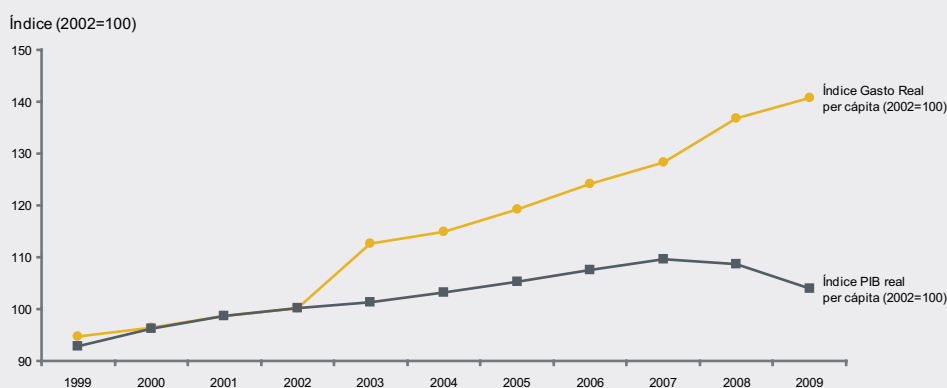
Es conocido que el gasto sanitario en los países industrializados tiende a crecer por encima del PIB en cualquier período, pero además si nos encontramos en una situación de crisis económica, la situación se complica por la enorme tensión presupuestaria que se produce sobre la economía de las CCAA, donde la sanidad es la partida más importante.

Si nos atenemos a los datos publicados del Ministerio de Sanidad en los últimos años³, los

2. OCDE. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012. España en comparación. Briefing. Accesible en: <http://www.oecd.org/spain/BriefingNoteESPANA2012inSpanish.pdf>

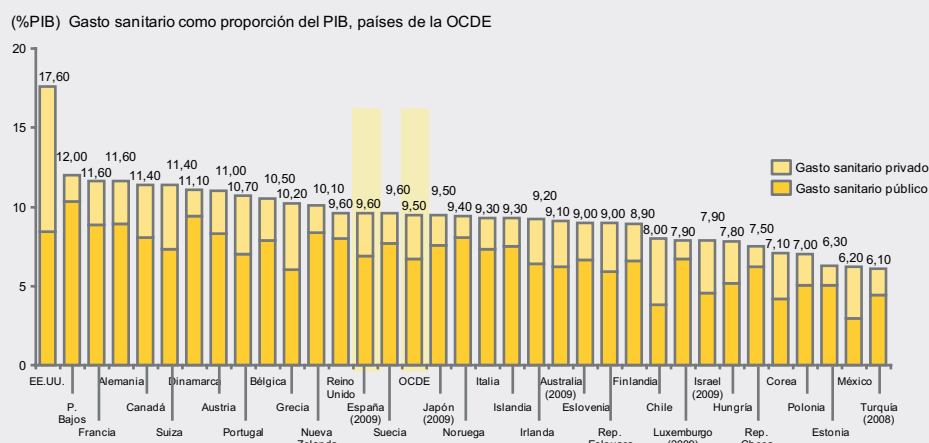
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del SNS. Accesible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>

Ilustración 3: Gasto sanitario público y PIB per cápita



Fuente: Puig Junoy en base a datos OCD Health Statistics

Ilustración 4: Gasto sanitario en países de la OCDE, 2010



Fuente: Puig-Junoy, J. ¿Recortar o desinvertir?, Economía y Salud, Boletín de la AES, Diciembre 2011 n° 72; OCDE. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012. España en comparación. Briefing

desfases entre ingresos y gastos han sido del 25,5% de media, lo que supone unos 15.000 millones de euros anuales. Es decir, cada cuatro años el importe del déficit acumulado es equivalente al importe del presupuesto de sanidad en un ejercicio presupuestario completo:

Tabla 2: Presupuestos y gastos totales en Sanidad en España (en millones de €)

Anualidad	Presupuesto Total	Gasto Total Real	Déficit absoluto	% Déficit
2007	52.383	64.339	11.956	22,82
2008	56.559	71.170	14.611	25,74
2009	58.960	75.395	16.435	27,87
2010	59.738	74.732	14.956	25,10
Suma del período	227.640	285.636	57.996	25,48

Fuente: Arenas Diaz CA, Mases, J, Lopez del Val JA. La financiación Sanitaria en España. Revista Todo Hospital. 2013

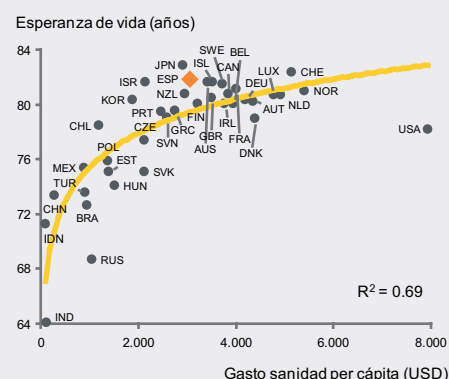
Esto ha supuesto que el sistema sanitario público haya recibido, desde la década de los 80, inyecciones de dinero fuera de presupuesto para reducir su déficit. La Sanidad es la partida presupuestaria más elevada del presupuesto de las CCAAs y, si la evolución sigue a este ritmo de incremento, su sostenibilidad se verá seriamente comprometida en un futuro próximo.

En cuanto a la afirmación de que disponemos de uno de los sistemas sanitarios más económicos y eficientes del mundo, si analizamos únicamente el gasto sanitario público y fijamos correctamente el indicador de referencia, es decir, comparamos

con otros sistemas sanitarios equivalentes (no contributivos) y además corregimos el gasto sanitario por la capacidad adquisitiva real (por ejemplo, según euros por persona protegida), el diferencial entre países es mínimo. De hecho, según algunos estudios, España se encuentra justo en la recta de regresión estadística de la estimación hecha con los datos de Eurostat⁴.

Respecto a los resultados en Salud, estos sí son buenos globalmente, por ejemplo en esperanza de vida al nacer.

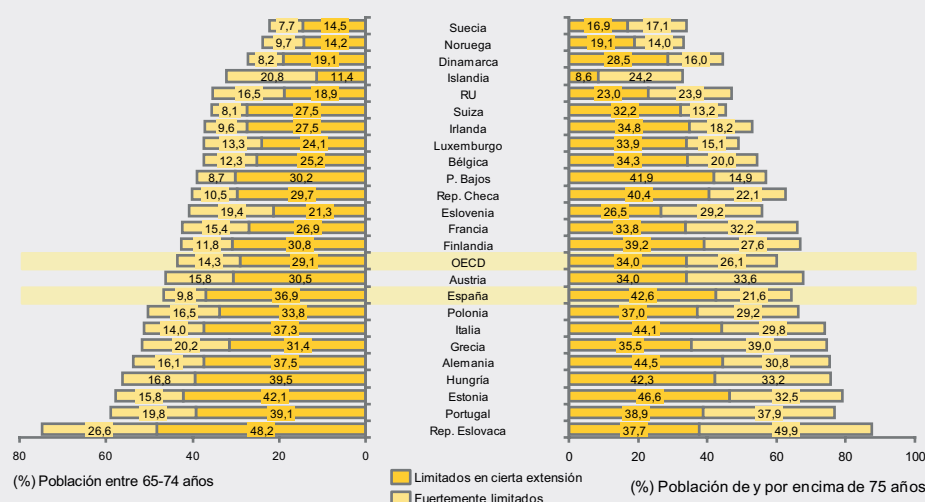
Ilustración 5: Esperanza de vida en función de los gastos en Sanidad 2009



Fuente: OECD Health Data 2011; World Bank and national sources for non-OECD countries. <http://dx.doi.org/10.1787/888932523291>

4. López i Casasnovas Guillem. Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones. Gestión Clínica y Sanitaria, Vol.12, Núm.1, Primavera. http://www.upf.edu/pdi/cres/lopez_casasnovas/_pdf/GSC43.pdf

Ilustración 6: Limitaciones en actividades diarias para personas mayores



Fuente: European Union Statistics on income and living conditions 2009

Sin embargo hay países con un gasto menor y cifras muy similares de esperanza de vida a la nuestra como Japón, Nueva Zelanda o Israel.

En este orden de cosas, analizando el dato anterior y poniéndolo en relación con los indicadores de calidad de vida en la tercera edad, nuestros resultados comparativos son mucho menos satisfactorios debido a que tenemos un sistema sanitario enfocado, principalmente, a la atención de pacientes agudos y menos orientado a la atención de la cronicidad.

Así, en el indicador de dependencia y problemas de salud invalidantes en mayores, nos encon-

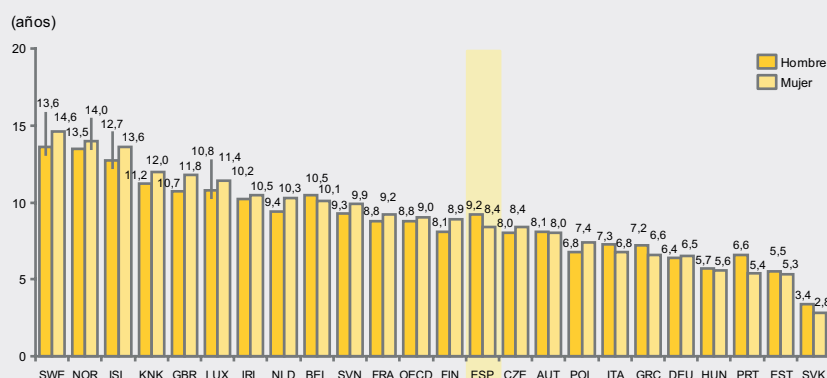
tramos en la parte baja de la tabla y por debajo de la media de los países de la OCDE

Asimismo, en años de vida saludables en mayores de 65 años nos hallamos por debajo de la media europea, destacando en la parte alta de la tabla los países nórdicos que han apostado por la promoción de la salud.

2.4. Factores de incremento del gasto sanitario

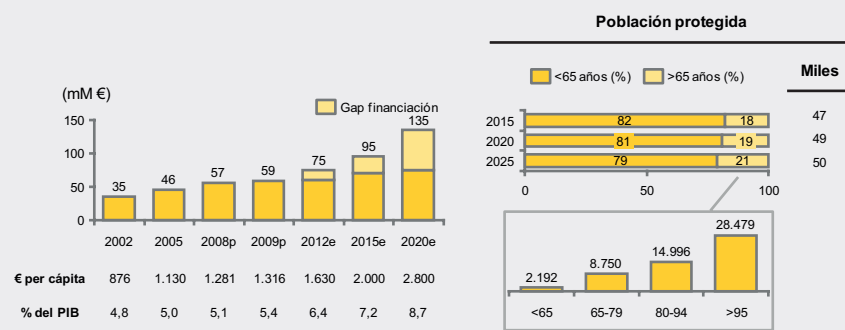
Podemos enumerar los siguientes factores que contribuyen a a incrementar el gasto sanitario en España:

Ilustración 7: Años de vida saludables para mayores de 65 años en países europeos



Fuente: European health and life expectancy information system (EHLEIS); Eurostat Statistics Database

Ilustración 8: Un sistema amenazado



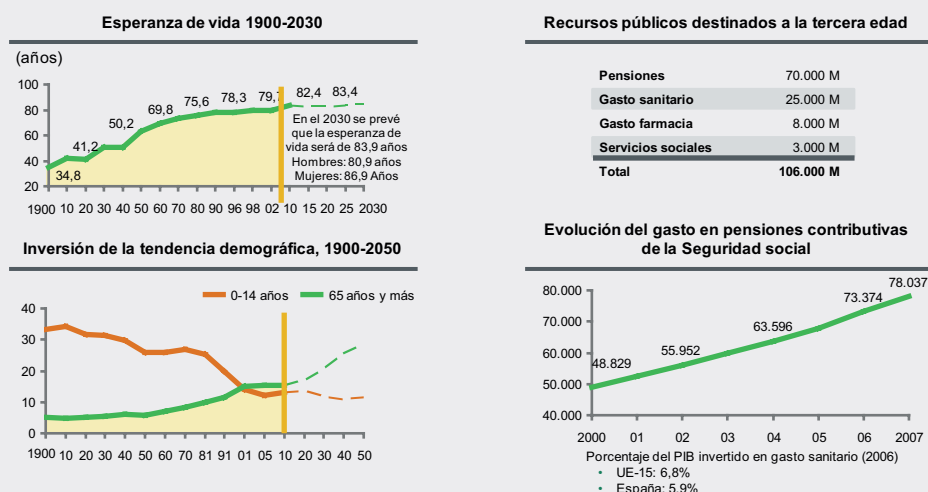
Fuente: La Razón. 15 recetas para salvar la sanidad. Citado en: <http://hospitales.wordpress.com/2010/03/11/las-15-recetas-para-salvar-la-sanidad/>

- **Aumento de los usuarios de la sanidad pública en época de crisis**, ante la disminución del poder adquisitivo de la población.
- **Envejecimiento elevado de la población española**, siendo que el mayor consumo de recursos sanitarios se produce en mayores de 65 años. En la Ilustración 8 se observa como en función de la edad el gasto sanitario per cápita aumenta sustancialmente. En mayores de 65 años el gasto sanitario per cápita medio es hasta 8 veces mayor que en el resto de la población y la evolución a futuro es que ese diferencial se incrementa debido a diversos factores entre los que se encuentran: el mayor coste de nuevas terapias (por ejemplo, los fármacos oncológicos, las terapias genéticas y los trasplantes) y los factores biológicos. Ello, además, no hará sino agravarse debido a que el envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico de tendencia alcista

por lo que será una fuente cada vez mayor de gasto público.

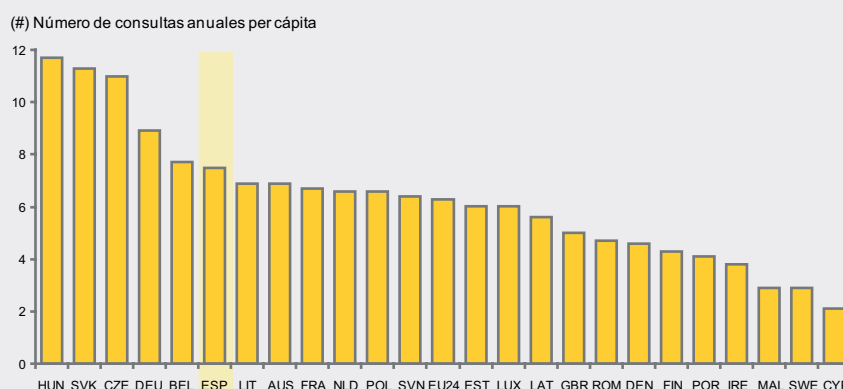
- **Incremento de la población en algunas regiones de España sin incremento proporcional de la financiación.** En la siguiente figura se observa el envejecimiento poblacional en España junto al incremento de la esperanza de vida y la evolución del gasto en pensiones contributivas y recursos públicos destinados a los mayores.
- **Aumento de determinadas patologías crónicas** debido a la prevalencia de estilos de vida favorables a su desarrollo. Además, el tratamiento de este tipo de procesos es cada vez más largo por la mayor esperanza de vida.
- **Encarecimiento de la atención sanitaria** debido a las innovaciones terapéuticas y diagnósticas.
- **Aumento de la presión social en cuanto a la utilización de los recursos**

Ilustración 9: Demografía y gasto público en España



Fuente: Tomado del diario ABC citado en: El reto del gasto Social de Cesar Coca. 2008. <http://actualidad.abc.es/elecciones-2008/graficos/balance/bienestar.html>

Ilustración 10: Frecuencia de consultas en países europeos



Fuente: OCDE Health at a Glance Europe 2012. http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf

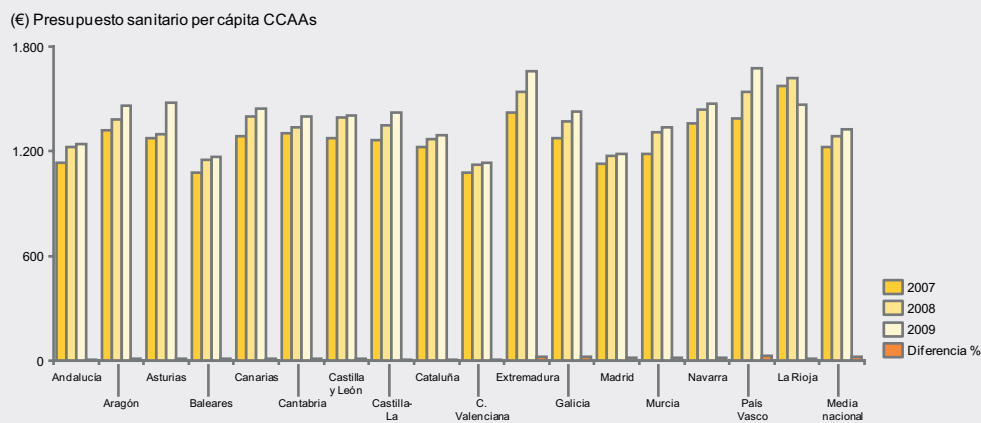
tecnológicos sanitarios. La gratuidad ha contribuido al uso no adecuado de los servicios, siendo España uno de los países más hiper-frecuentador de consultas médicas de Europa.

- **Crecimiento exponencial en los últimos años de los gastos en infraestructuras sanitarias,** sin la exigible planificación global ni evaluación previa de su necesidad y viabilidad futura. Ello ha desembocado en sobrecostes que podrían haber sido sustituidos por el adecuado análisis de las necesidades y crecimiento en infraestructuras, la utilización de instalaciones infrautilizadas y /o la mejora de las existentes.
- **Escaso desarrollo de la prevención y la promoción de la salud,** que aunque se admiten imprescindibles, todavía no poseen el peso específico necesario, lo que produce pobres resultados en la modificación de hábitos y estilos de vida perjudiciales que, a medio plazo, están suponiendo una gran carga de gasto sanitario. Por ejemplo, en tabaquismo tenemos la edad de inicio del hábito más precoz de Europa y nos hallamos a la cabeza en la prevalencia de fumadores, sobrepeso, obesidad infantil y en hábitos dietéticos inadecuados y sedentarismo.
- **Ineficiencia de la atención a la cronicidad y a la dependencia.** La carencia de recursos propios para atender la cronicidad (ausencia de programas para crónicos) la insuficiencia de recursos sociales para la atención a la dependencia (escasez de camas de media estancia y de atención sociosanitaria) y la práctica inexistencia

de coordinación para el abordaje integral y eficiente de los pacientes crónicos y dependientes, desemboca en un mayor (evitable) gasto sanitario al atender a estos pacientes con recursos destinados al tratamiento de agudos, cuyo coste es sustancialmente superior.

- **Aumento de la cartera de servicios sanitarios autonómicos sin consenso previo en el Consejo Interterritorial de Salud.** Ello, además del aumento correlativo del gasto, está desembocando en la inequidad del sistema, que no ofrece las mismas prestaciones sanitarias con independencia del lugar de residencia. La descompensada ampliación de la oferta sanitaria de las CCAAs, cuyo origen, en ocasiones, se halla en la obtención de réditos electorales sin que dichas ampliaciones hayan sido evaluadas en base a necesidades de salud de la población y refrendadas para todo el SNS, ha producido la práctica fragmentación del sistema. Algunos ejemplos de estas nuevas prestaciones son: la ampliación de servicios odonto-estomatológicos, operaciones de cambio de sexo, reconocimientos médicos preventivos a adultos, financiación de lentes u otras prestaciones ópticas y oftalmológicas, logopedia para alteraciones de voz funcionales, etc.
- Incremento de la presión mediática respecto del mantenimiento de logros sanitarios como la no demora en la lista de espera y el uso de la más alta tecnología.
- Uso de la Sanidad como instrumento político. Los principales criterios, como

Ilustración 11: Presupuesto sanitario per cápita por Comunidad Autónoma



Fuente: Arenas CA. Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España. SEDISA Siglo XXI según datos de presupuestos CCAAs. http://www.sedisasigloxxi.com/IMG/article_PDF/article_a242.pdf

hemos visto, para la creación de nuevas infraestructuras, aumentos de carteras de servicios e implementación de nuevas tecnologías han obedecido, en muchas ocasiones, a fines políticos y no técnicos; es decir, no basados en los exigibles estudios de las necesidades de salud de la población objeto. En los últimos años la indeseada dependencia de la sanidad, de estos criterios políticos ha venido a fomentar la ecuación de “a mayores prestaciones, mejor sanidad” fomentando así gasto no justificado.

2.5. Financiación sanitaria en las comunidades autónomas

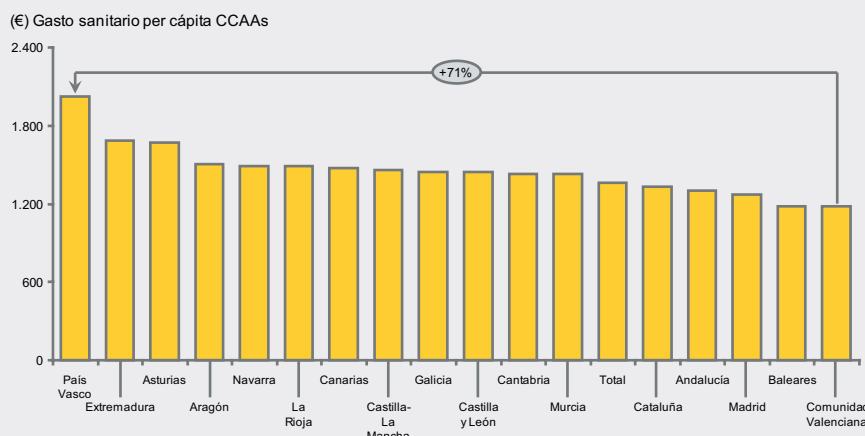
La financiación sanitaria es la partida más importante del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas pero no todas las Comunidades Autónomas realizan el

mismo esfuerzo financiero para sufragar su sanidad. Existen diferencias históricas que se acrecientan con el tiempo, quebrando el principio de equidad territorial tanto en lo que se refiere a la prestación de servicios sanitarios y en cuanto al endeudamiento que deben soportar las diferentes comunidades dependiendo de su mayor o menor financiación proporcional.

En la Ilustración 11 se muestra el presupuesto sanitario per cápita de las diferentes CCAAs durante los años 2007 al 2009. En general, se observa un incremento anual y la existencia de diferencias notables que van desde un presupuesto de alrededor de 1.150 € en la Comunidad Valenciana y Madrid a cerca de 1.700 € per cápita en el País Vasco y Extremadura.

Debe destacarse que, además, el gasto real público sanitario es sistemáticamente mayor

Ilustración 12: Gasto sanitario público per cápita por Comunidad Autónoma



Fuente: Arenas (11) De: Ejecución presupuestaria de las CCAAs 2010, gasto real

al presupuesto en todas las comunidades, existiendo, asimismo importantes diferencias entre las mismas.

Por el contrario, dicho dato contrasta si lo ponemos en relación con lo que destina cada CCAA a financiar su servicio regional de salud; ya que son las comunidades que menor gasto per cápita poseen, las que destinan más presupuesto a financiar la sanidad, como demuestra la siguiente tabla:

Tabla 3: Estructura del gasto en las Comunidades Autónomas

CCAA	Sanidad (%)	Educación (%)	Serv. sociales (%)	Resto políticas gasto (%)
Andalucía	34,5	25,2	6,7	33,5
Aragón	36,0	20,7	6,0	37,2
Asturias	35,7	20,0	7,1	37,3
Baleares	36,7	24,0	2,8	36,5
Canarias	38,3	23,6	4,4	33,8
Cantabria	33,0	22,2	7,4	37,5
Castilla y León	36,1	23,1	7,7	33,1
Castilla-La Mancha	34,8	24,7	10,2	30,3
Cataluña	37,4	23,9	7,1	31,6
Extremadura	33,3	20,6	7,1	38,9
Galicia	35,9	23,2	5,1	35,8
Madrid	37,5	25,6	7,4	29,5
Murcia	38,1	28,7	6,0	27,3
Navarra	21,1	15,0	5,8	58,0
País Vasco	35,0	27,4	4,4	33,2
La Rioja	35,5	19,3	9,1	36,0
C. Valenciana	41,3	27,8	4,3	26,6
Total CCAA	36,1	24,3	6,4	33,1

Fuente: Presupuestos CCAAs 2007-2010

Se trata de unos porcentajes elevados. Si a los mismos se les suman los gastos sociales y los destinados a educación vemos que las CCAAs tienen la mayoría de su presupuesto comprometido en gasto social. Ello si bien es un logro, teniendo en cuenta que se trata de gastos que no tienden a disminuir sino a mantenerse y/o crecer puede colocar al sistema en una situación de compleja viabilidad en el contexto actual. Por ello, todas las CCAAs están tratando de contener este gasto y, de hecho, los presupuestos de los años 2011 y 2012 han sido menores que en 2010, debido a los recortes lineales en sueldos y en la factura farmacéutica, merced a diversos decretos de ajuste.

Sin embargo, el gasto real sanitario se ha mantenido sistemáticamente por encima del presupuesto provocando déficit público. La proporción correspondiente a la sanidad dentro de la deuda pública de las CCAAs alcanzaba un

Tabla 4: Presupuestos sanitarios per cápita CCAAs 2010-2012

CCAA	Presupuesto sanitario 2010 por habitante	Presupuesto sanitario 2011 por habitante	Presupuesto sanitario 2012 por habitante
Andalucía	1180,09	1121,69	1174,43
Aragón	1419,37	1364,49	1371,87
Asturias	1507,15	1495,93	1530,90
Baleares	1066,37	1003,32	1066,82
Canarias	1295,36	1135,75	1161,97
Cantabria	1347,47	1232,16	1230,44
Castilla y León	1360,62	1348,92	1353,00
Castilla-La Mancha	1346,52	1283,08	
Cataluña	1298,84	1292,45	1128,24
C. Valenciana	1122,79	1078,95	1060,80
Extremadura	1509,72	1390,56	1334,74
Galicia	1333,39	1266,13	1262,77
Madrid	1108,14	1103,16	1104,52
Murcia	1334,25	1346,90	1219,89
Navarra	1543,12	1528,59	1424,51
País Vasco	1623,08	1563,68	1557,78
La Rioja	1443,94	1347,11	1298,01
Media CCAA	1343,95	1288,58	1210,95

Fuente: Presupuestos de las CCAAs

montante de alrededor de 15.000 millones de € a finales de 2012, a pesar de los planes de pagos a proveedores de 2011-2012⁵.

2.6. Situación de la gestión sanitaria en España

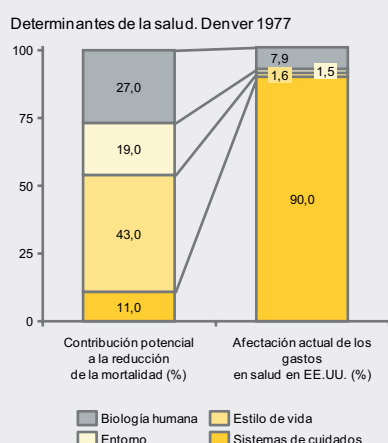
Existe un consenso generalizado sobre la **necesidad de reforma de los sistemas sanitarios** en todo el mundo para hacerlos más eficientes, ya que suponen cada vez un mayor porcentaje del PIB del presupuesto nacional

Desde los años 1950 **el gasto sanitario se incrementa anualmente por encima del PIB** nacional en los países desarrollados, pero hay estudios que demuestran que **mayor gasto no se corresponde** con unos mejores resultados de salud como ya postularon Lalonde en un informe clásico en el año 74 y Denver en 1976.

Según la Ley ley de rendimientos decrecientes en salud, llegado un determinado nivel de gasto (alrededor de 3.000 dólares/USA per cápita) un mayor gasto sanitario no aumenta las expectativa de vida, ni la calidad de vida las personas en los países.

5. Ledo, Amparo. *La deuda sanitaria de las autonomías asciende a 15.700 millones de euros*. La Gaceta. Edición digital: 29-12-2012 <http://www.intereconomia.com/noticias-gaceta/sociedad/deuda-sanitaria-autonomias-asciende-15700-millones-euros-20120222>

Ilustración 13: Determinantes de la salud. Denver 1976



Fuente: Denver GEA. An Epidemiological Model for Health Analysis. Soc Ind Res 1976; vol.2, pág. 465

Podemos resumir, por tanto, la dificultad del cambio del sistema en los siguientes tres grandes ejes:

- Concepto de dependencia de senda. Las organizaciones de gran tamaño mantienen unas inercias continuistas en sus dinámicas de funcionamiento.
- Resistencia al cambio organizacional inherente a todas las organizaciones ante las consecuencias desconocidas del mismo.
- Sistema piramidal, donde los criterios y directrices políticas influyen y pueden a veces tener más peso que los de carácter técnico.

2.7. Modelos de gestión posibles dentro de nuestro SNS

Mientras que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, incorporó al ámbito del Sistema Nacional de Salud, un modelo de organización de los centros y servicios sanitarios que se caracterizaba por la gestión directa, el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del INSALUD, estableció que la administración de los mismos pudiera llevarse a cabo también mediante cualesquiera entidades admitidas en Derecho (consorcios, fundaciones, etc.), mediante el establecimiento de acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas, y por medio de fórmulas de gestión integrada o compartida.

Desde entonces, se han puesto en marcha iniciativas en materia de gestión y se han constituido

entes de naturaleza o titularidad pública con personalidad jurídica propia para la gestión de nuevos hospitales. Entre ellos Fundaciones, Empresas Públicas y Consorcios.

Con la Ley 15/1997, de Nuevas Fórmulas nuevas fórmulas de gestión en el SNS, se establece que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho (empresas públicas, consorcios o fundaciones, etc.) regulando que la gestión de los servicios se pueda realizar por medios ajenos incluso con el establecimiento de acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas.

Muchas de estas formas de gestión sobre las que se ha ido legislando a lo largo del tiempo ya existían, como sucedía en el Hospital Costa del Sol (empresa pública) o los diversos Consorcios, Fundaciones y Empresas Públicas en Cataluña y otros territorios.

En base al último texto legal mencionado, uno de los caminos de reforma por los que se ha adentrado nuestro sistema sanitario ha consistido en dotar, en general, a cualquier nueva infraestructura de gestión y prestación asistencial de cierto tamaño, **de personalidad jurídica propia, regida por el derecho privado** (como fundaciones, empresas públicas, consorcios o cooperativas) o realizar contratos de concesión administrativa al amparo de la normativa de contratación administrativa. De esta manera se ha tratado de dotar de la agilidad y capacidad de gestión típica de las organizaciones privadas a estas nuevas estructuras en detrimento de la tradicional adscripción administrativa de los centros con las limitaciones que conlleva el derecho público en cuanto a la contratación y gestión de recursos humanos (personal funcional o estatutario con un régimen jurídico igualitarista). Se intenta así, eliminarlas rigideces y facilitar la gestión dinámica de las estructuras y servicios sanitarios.

En la actualidad, estas fórmulas jurídicas están implantadas en todo el territorio español y son especialmente frecuentes, por motivos históricos, en Cataluña. Por su parte, en la Comunidad Valenciana se ha potenciado la fórmula jurídica

de la concesión administrativa, mientras que en la Comunidad Andaluza fundamentalmente se ha adoptado la forma de empresa pública y los conciertos singulares con entidades privadas. En otras muchas comunidades estas fórmulas desaparecieron porque fueron equiparadas a centros públicos de gestión administrativa, como el caso de la Fundación Hospital de Manacor o el de los Hospitales Fundaciones en Galicia y, más recientemente, el Consorcio Sanitario de Aragón. La mayoría de las veces estas innovaciones gestoras fueron abortadas por una estructura administrativa pública que no entendía ni valoraba sus singularidades, en aras a uniformar el régimen de personal y su control, sin tener en cuenta que podrían ofrecer una mayor rentabilidad y mayores capacidades gestoras al tratarse de un régimenes jurídicos mucho más flexibles y adaptables.

Las fórmulas de gestión “alternativas” pueden ser de dos tipos:

1. *Directa de la Administración Pública pero con personalidad jurídica propia:* regida por el derecho mercantil y con personal laboral. Por ejemplo: las Fundaciones Públicas, los Consorcios Públicos, las Empresas Públicas y otros modelos.

2. *Indirecta.* La administración contrata a un proveedor privado que puede tener o no ánimo de lucro para la gestión de una institución sanitaria o un servicio sanitario concreto a través de una Concesión Administrativa o un Concierto.

2.8. La gestión indirecta. Las concesiones administrativas como gestoras de la sanidad pública

La concesión administrativa es una fórmula utilizada por la administración para dotar de infraestructuras y de la gestión de los servicios de dichas infraestructuras aprovechando la inversión privada a cambio, normalmente, de la cesión de la explotación del servicio durante un número de años más un precio o el pago de un precio convenido. En el caso de la sanidad supone una forma de gestión indirecta para proveer de los servicios sanitarios públicos, por medio de un gestor privado, que puede o no tener ánimo de lucro.

En general sus características son:

- El contrato de concesión puede consistir en la prestación de la asistencia sanitaria de un área poblacional específica, o en la gestión de un centro concreto. El mismo puede incluir, o no, la construcción de dicho centro y el equipamiento del mismo.
- El servicio es tutelado por la Administración y el centro mantiene la titularidad pública y al término del plazo concesional revierte a la administración
- El proveedor es privado y puede o no tener ánimo de lucro (empresa privada o fundaciones, asociaciones u órdenes religiosas, unión temporal de empresas); aunque, en ocasiones, la administración impone un límite a la obtención de beneficios (7,5% en las concesiones sanitarias de la Comunidad Valenciana). En el supuesto de que la entidad concesionaria construya la instalación sanitaria, se amortizan los costes de construcción y equipamiento, en su caso, del centro a lo largo de la vida del contrato. El concesionario suele pagar un canon a la administración concedente. En ocasiones, la financiación del contrato se realiza en base a una cápita poblacional, es decir, por habitante asignado a dicho centro. La cápita puede ser ajustada en función de edad o morbilidad. Asimismo la administración tiene libertad para regular los aspectos de la contratación como, por ejemplo, las fórmulas de actualización anual de la cápita en la Comunidad Valenciana el mínimo es el IPC y el máximo es el incremento del gasto sanitario medio del año anterior.

En varios países de Europa y el mundo se han desarrollado concesiones administrativas en los sistemas sanitarios, destacando Suecia, Canadá, Nueva Zelanda, etc., que permiten la construcción sin desembolso previo por parte de la administración y la gestión asistencial ágil de un área sanitaria. Una revisión amplia sobre el modelo concesional sanitario en Europa se acaba de publicar en la revista *Health Affairs*⁶.

6. Europe Sees Mixed Results from Public-Private Partnerships for Building and Managing Health Care Facilities and Services. *Health Aff* January 2013 32:1. 146-154;

2.9. Comparación entre gestión tradicional pública administrativa y formulas alternativas de gestión (públicas y privadas)

En las siguientes tablas se pueden observar las **diferencias entre la gestión tradicional directa regida por el derecho público y la normativa administrativa y la gestión alternativa sometida al derecho privado.**

La experiencia empírica de los gestores sanitarios y diversos trabajos avalan los datos de la tabla anterior. En la gestión directa de carácter público la capacidad de influencia del gestor sanitario es sistemáticamente más baja sobre aspectos claves de la organización que influyen directamente en el coste de prestación de los servicios sanitarios y, por ende, en la costo-eficiencia de la misma y en su sostenibilidad.

Los mandos intermedios son figuras claves dentro de las organizaciones sanitarias que tradicionalmente se han organizado de manera jerárquica alrededor del jefe de servicio o sección y la supervisión o coordinación de enfermería. Dichos puestos, cada vez más, requieren ser ocupados por personas con **perfiles con conocimientos y habilidades de gestión**, ya que, habitualmente, deben encargarse de gestionar recursos humanos y materiales. Sin embargo, la práctica habitual es proceder a los nombramientos de jefes de servicio o sección en función, casi exclusivamente, de sus habilidades y conocimientos clínicos.

En la gestión indirecta y en la gestión privada la propia naturaleza de los cargos no es vitalicia, sino que depende de la obtención de determinados resultados, donde el mando intermedio es eficaz en la medida en que impulsa la organización en la dirección marcada por los objetivos institucionales o planes estratégicos de salud.

Respecto a la **capacidad de influencia sobre el proceso asistencial**, en los centros de gestión alternativa se suele conseguir más adherencia del profesional a las vías clínicas, guías de práctica clínica y protocolos institucionales. En todo caso es un compromiso ético de cualquier profesional sanitario, y más si trabaja en el sistema público, tender a mejorar la práctica clínica según criterios de maximización del coste-efectividad y el beneficio-riesgo de las intervenciones.

Sobre los **recursos materiales** al igual que la negociación con proveedores y las posibilidades de financiación, el margen de los gestores de las fórmulas alternativas de gestión suele ser mayor, pudiendo establecer tanto negociaciones con los proveedores como planes de financiación y un control mayor de los recursos en general. El gestor público tiene que asumir unos presupuestos dados y casi inamovibles, normalmente escasos, que al estar sometidos a la Ley de Contratos del Sector Público y a la normativa de contratación administrativa no poseen capacidad legal de negociación directa con proveedores. Este proceso normativo, si bien tiende a obtener la propuesta económica-

Tabla 5: Capacidad de influencia de los gestores sanitarios y de la autoridad sanitaria sobre los distintos actores en función del modelo de gestión, pública tradicional o alternativa regida por derecho privado

Influencia Tipo de Gestión	Sobre el mando intermedio	Sobre el profesional	Sobre el proceso asistencial	Sobre los recursos materiales	Sobre el marco normativo laboral	Sobre Proveedores y Financiación
Concesión. Gestión Alternativa y Privada	Muy Alta	Alta	Medio- alta	Alta a muy alta	Media. Pacto de convenio	Alta a medio alta. Presupuesto prospectivo
Gestión tradicional Pública	De nula a alta según tipo de Nombramiento del mando	De nula a medio- baja	De nula a media	Media a alta	Muy baja a nula	Muy baja a nula

Fuente: Arenas CA. Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España. SEDISA Siglo XXI. http://www.sedisasigloxxi.com/IMG/article_PDF/article_a242.pdf

mente más ventajosa para la Administración, no siempre es así y enlentece mucho el proceso de compra y adquisición.

En cuanto a las **relaciones laborales** en la gestión pública, éstas se encuentran definidas y normativizadas hasta el detalle, incluyendo los regímenes retributivos y las funciones de cada colectivo, lo que da lugar a no pocos conflictos, y existe un margen amplio de negociación colectiva de los sindicatos en cuanto a las condiciones funcionales y salariales; lo que, en ocasiones, limita posibles planes de ajuste. En la mayoría de los casos no se encuentra ligada la retribución al logro de objetivos predefinidos. En los centros con personalidad jurídica propia y régimen laboral la situación es más flexible y se pueden desarrollar políticas de recursos humanos ligando salarios y otros beneficios a cumplimiento de objetivos, rendimiento y aptitudes.

Además, hay otras características diferenciadoras entre la gestión directa de derecho administrativo tradicional y las formulas alternativas de gestión que se exponen en la Tabla 6.

En general, **las plantillas** son más ajustadas en centros de gestión alternativa y con personalidad jurídica propia, sobre todo en los grupos de personal no sanitario y en los grupos menos especializados, siendo en el personal sanitario más parecidas a la de los centros públicos. **En los centros públicos tradicionales las plantillas suelen ser más homogéneas y ajustadas en atención primaria donde se dimensionan según ratios establecidos**

y conocidos; sin embargo, en la atención hospitalaria se suele dar una ineficiencia de asignación e inequidad territorial, ya que los grandes hospitales universitarios tienden a estar mucho más dotados proporcionalmente que el resto, por encima de sus mayores necesidades relativas a la mayor complejidad de procesos que pueden atender al tener **unidades de referencia**. Es decir, en la asignación de recursos humanos y el establecimiento de plantillas por centros hospitalarios han influido otro tipo de criterios sobre el de las necesidades reales. Los grupos de profesionales con más poder en el centro tienen la capacidad de influir decisivamente sobre los indicadores clave de la institución: demoras, estancia media, índice de ambulatorización, gasto farmacéutico per cápita..., y utilizarlos, a veces, para conseguir más recursos humanos.

Lo dicho hasta ahora suele traducirse en una mayor agilidad y capacidad de adaptación a los cambios del entorno inmediato de la gestión alternativa sobre la gestión tradicional.

Respecto al cómo se ejerce el control de gestión, en las instituciones gestionadas de manera tradicional tiende a ejercerse mediante normas y directrices dirección por objetivos, con incentivos generalmente escasos. El modelo es bastante impersonal por lo que suele existir una desafección mutua entre el personal estatutario o funcionario y administración pública.

Por otro lado, puede existir una tendencia inflacionista en el gasto hospitalario en el modelo

Tabla 6: Características diferenciales según el tipo de gestión

Características en cuanto a Tipo de Gestión	Gestión recursos humanos	Tendencia Económica	Política que Prevalece	Autonomía de los Gestores	Capacidad de cambio ágil	Tipo de Control de gestión
Concesión. Gestión Alternativa y Privada	Eficiencia. Menor ratio	Inflacionista o de ajuste al presupuesto según pago.	Política de la Empresa y de objetivos del contrato	Autonomía limitada enfocada al beneficio	Muy Alta	Presupuesto per Cápita Incentivos Alineación
Gestión tradicional Público	Ineficiencia Muchas diferencias de recursos	Inflacionista baja producción, intereses corporativos.	Directrices políticas y voluntad del profesional y sindicatos	Autonomía limitada enfocada a la ausencia de problemas	Baja a nula si no hay posibilidades legales	Proceso Normas Evaluación Incentivos

Fuente: Arenas CA. Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España. SEDISA Siglo XXI. http://www.sedisasigloxxi.com/IMG/article_PDF/article_a242.pdf

público tradicional derivada, de un mayor uso de la tecnología y del uso de tecnología de última generación aún no optimizada. Al no haber incentivos hacia la racionalización de pruebas y tratamientos, excepto el que marca la ética y la seguridad del paciente, se produce un aumento de las indicaciones de pruebas y tratamientos, fomentados también por la judicialización de la medicina que produce medicina defensiva, y también por lo que se ha venido a llamar la “fascinación tecnológica” en la sanidad. En la gestión alternativa también puede existir tendencia a la inflación de pruebas diagnósticas y tratamientos si se financian por acto o por proceso (GRD por ejemplo). **Por ello es imprescindible, siempre desde el punto de vista de la eficiencia económica de asignación, contratar y financiar si es posible per cápita (habitantes) ajustada.** En ese caso el efecto es el contrario: el gestor tenderá a producir el número de actos necesarios y regular la demanda para conseguir la máxima eficiencia (máxima efectividad con el menor coste). **El papel controlador de los financiadores (la administración) se debe centrar en que la indicación sea adecuada para evitar la selección adversa de pacientes, mientras que en el caso del pago por acto o proceso se debe controlar la adecuación de la indicación para que no sea excesiva.**

Hay además un aspecto positivo de las fórmulas indirectas de gestión sanitaria frente a la gestión directa que es **la transferencia de riesgo**. En la gestión directa, sobre la administración pública gestora recae toda la responsabilidad de fallos, errores o déficit asistencial. En la externalización de la gestión a través de concesiones administrativas u otras fórmulas legales, la financiación y el control de la prestación que se ofrece siguen siendo públicos, pero la gestión de la misma es privada o ejercida por un ente gestor, que no es directamente la administración, con lo cual se transfiere el riesgo hacia este último.

En general como ventajas de las formulas alternativas de gestión ya sean públicas o privadas se pueden citar:

1. **Posibilidad de ofrecer mayores incentivos y alineados con el coste-efectividad a los profesionales** para primar la producción eficiente y el cumplimiento de objetivos estratégicos y de salud (calidad, demoras, mejor balance coste-efectividad y beneficio-riesgo).
2. Transmisión de responsabilidades de gestión a los profesionales y mayor implicación de los mismos en la gestión clínica al poder tener más incentivos para ello.
3. **Cumplimiento habitual de los objetivos**, ya que están regulados por contrato. Están más autogestionados y autorregulados, al depender la continuidad del contrato del cumplimiento de los mismos.
4. **Los indicadores de eficiencia (coste) y de producción por unidad de personal son mejores en términos generales** en estas fórmulas de gestión que suelen tener plantillas más ajustadas y suelen dedicar más recursos a aspectos estratégicos como son los sistemas de información y control de gestión.
5. La prestación per cápita a igualdad de condiciones (cápita ajustada por riesgo y edad y cartera de servicios igual en extensión y calidad) suele ser más económica que en la gestión tradicional⁷.
6. Los resultados finales en salud, evidenciados en indicadores de calidad de vida, esperanza de vida, complicaciones, distintos indicadores de mortalidad, no se han demostrado inferiores en las instituciones de gestión alternativa o indirecta, más bien al contrario⁸.
7. En ellas puede haber un especial fomento y aplicación de la medicina basada en la **evidencia y gestión clínica**, si lo asume la institución como estrategia, mientras que en la gestión directa pública el desarrollo es más desigual dependiendo en gran medida de los directivos, mandos intermedios y el apoyo de los facultativos.

7. Arenas CA. Eficiencia de las Concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valenciana. Sedisa Siglo XXI 2013. <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article373>

8. IASIST. Evaluación De resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión 2012. http://www.iasist.com.es/files/Modelos_de_gestion.pdf

2.10. Capital Humano en las organizaciones sanitarias en España

Respecto al capital humano en las organizaciones sanitarias, existe una importante heterogeneidad en la tipología de contratación del personal en el SNS, aunque predomina el personal estatutario, (personal con un estatuto propio pero bastante asimilable al funcionario). Todavía existe personal funcionario y el personal es contratado laboral en las fórmulas de gestión alternativa. Esta heterogeneidad se produce también entre las CCAAs. En cada una los sueldos y conceptos retributivos, así como carrera profesional y otros complementos son distintos.

En los últimos años se ha observado un incremento de los costes laborales en el SNS globalmente mucho mayor que el resto de los costes por dos motivos: aumento de plantillas y de retribuciones. Esta línea ascendente se ha frenado con la crisis pero no ha sido hasta el año 2011, bien inmersos en ella, cuando se empezaron a tomar medidas de control en las plantillas y los sueldos.

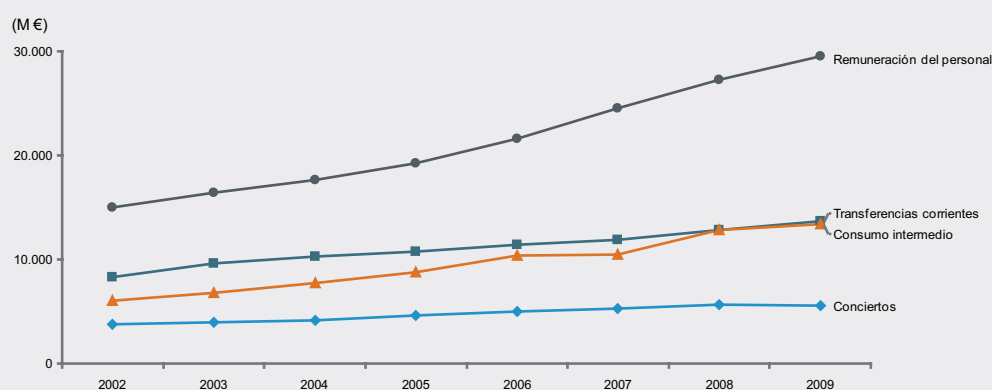
En resumen:

- **El personal de las instituciones sanitarias sigue siendo en su mayoría estatutario.** El estatuto del personal sanitario nunca se ha modificado en la

línea de incentivar positivamente a los más eficientes y productivos. La cultura de cuantificación del salario en base a la categoría no incentiva la productividad, que queda en manos de la **decisión ética y personal del profesional**. Las productividades variables que a veces se dan en algún servicio de salud son muy bajas (menos del 5% del salario) y muchas veces su reparto es lineal por lo que pierde con ello su capacidad de motivación. **El régimen estatutario y funcionarial sigue centrado en la estabilidad y blindaje del puesto de trabajo, tanto en los profesionales de base como en muchos mandos intermedios, que no se eligen según su capacidad de gestión, sino en función de otros criterios, tales como la antigüedad o filiación política.**

- **El régimen jurídico de las instituciones sanitarias sigue siendo en la mayoría público administrativo**, lo cual merma la eficiencia en muchos aspectos de gestión de recursos humanos, provisión y compra de servicios, así como de posibilidades de financiación. Esto es así en general excepto en Cataluña, donde están bien consolidadas las fórmulas alternativas de gestión.
- **Es precisa la profesionalización de la gestión sanitaria**, lo que implica la adaptación de los perfiles al requerimiento del puesto, el nombramiento según criterios técnicos y no políticos y la evaluación de los mismos en base a indicadores objetivos.

Ilustración 14: Evolución del gasto sanitario de las CCAAs



Fuente. Víctor Díaz Golpe. El gasto sanitario en las comunidades autónomas. La evolución del personal y su coste. Blog golpe de efecto. 29 de marzo de 2012. <http://golpedefecto.blogspot.com.es/2012/03/el-gasto-sanitario-en-las-ccaa-la.html>

2.11. Coordinación de la sanidad

La sanidad en España tiene importantes problemas de coordinación debido a la **fragmentación de hecho** que han supuesto las transferencias de las competencias sanitarias a las CCAAs. Si bien la descentralización tiene ventajas relacionadas con una gestión regional que acerca la administración sanitaria al ciudadano también es cierto que, en la actualidad, dicha fragmentación está afectando a la equidad del sistema; ya que varían de un territorio a otro la accesibilidad, la asignación de recursos, etc. Como es obvio, ello no debe ser un problema achacable a la descentralización sino al escaso esfuerzo de coordinación que se realiza en la actualidad, perdiéndose las ventajas de unidad de acción y planificación coordinada.

Actualmente el Consejo Interterritorial de Sanidad es el órgano que se encarga de la coordinación de los servicios de salud de las distintas CCAA. Si bien se trata de un órgano donde se encuentran representadas todas las Comunidades y cuya función primordial es coordinar la acción, su alcance es limitado debido a su régimen de funcionamiento ya que sus decisiones no son vinculantes y se toman por consenso.

2.12. Cronicidad y dependencia

Como hemos dicho anteriormente **el sistema sanitario español se encuentra muy centrado en la atención y tratamiento de**

enfermos agudos, aunque ya existe suficiente evidencia científica de la necesidad de potenciar la atención a los enfermos crónicos. Hemos visto que la dependencia es un problema en nuestro país y que puede ser mayor debido al envejecimiento progresivo de la población, si no se modifican los estilos de vida y mejoran los hábitos perjudiciales como tabaquismo, sedentarismo, obesidad y consumo de alcohol.

El Sistema de Salud está tratando de reorientar su modelo hacia la cronicidad y la dependencia. Muestra de ello son los numerosos congresos, trabajos e investigaciones que se están realizando sobre el tema. Sin embargo, dicha adaptación está siendo lenta y desigual tanto entre CCAA como dentro de cada área de salud en una misma CCAA.

La magnitud de la cuestión de la cronicidad está fundamentada en muchos datos, aunque podemos extraer los siguientes:

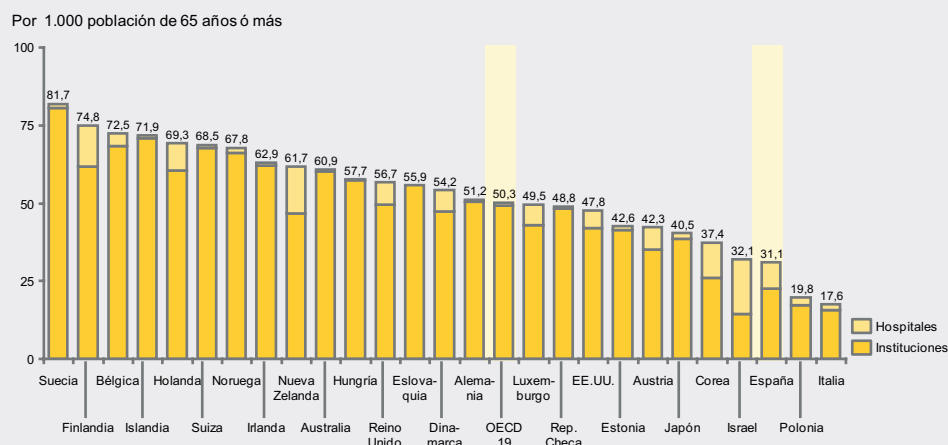
Alrededor del **75% del gasto sanitario se genera por enfermedades crónicas**. Se considera que **el 80% de las consultas en atención primaria son por problemas derivados de enfermedades crónicas**. De hecho alrededor de un **10% de pacientes crónicos y pluri-patológicos ocasionan el 40% de las visitas a atención primaria**. Además, en España se estima que **más del 70% de los mayores de 65 años tienen problemas de salud crónicos que necesitan tratamiento**.

Ilustración 15: Número de camas hospitalarias por dependencia funcional, según su finalidad asistencial en España (2010)

Dependencia funcional	General	Quirúrgico	Maternal	Infantil	Materno infantil	Psiquiátrico	Oncológico	Oftálmico y O.R.L.	Traumatología y/o rehabilitación	Rehabilitación psicofísica	Médico quirúrgico	Geriatría y/o larga asistencia	Otros monográficos
Sistema Nacional de Salud	89.152	47	0	180	0	2.143	0	0	229	40	158	2.210	289
Administración penitenciaria	0	0	0	0	0	458	0	0	0	0	0	0	0
Comunidad autónoma	0	0	0	0	0	435	0	0	0	0	0	257	0
Diputación o cabildo	159	0	0	0	0	431	0	0	0	0	0	806	0
Municipio	354	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	250	0
Otros públicos	5.661	0	0	0	130	1.415	188	0	0	0	0	1.376	0
MATEP	566	49	0	0	0	0	0	0	833	0	0	0	0
Privado-Benéfico (Cruz Roja)	266	0	0	0	0	0	0	0	0	0	180	0	0
Privado-Benéfico (Iglesia)	2.455	157	0	0	369	6.263	0	0	0	137	174	1.071	0
Otro Privado-Benéfico	5.237	0	0	18	0	186	220	0	152	0	167	2.049	213
Privado no benéfico	20.433	1.283	65	0	56	3.048	174	74	92	75	935	5.628	70
Otra	0	0	0	0	0	350	0	0	0	0	0	466	0
Ministerio de Defensa	995	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	125.278	1.536	65	198	555	14.729	582	74	1.306	252	1.614	14.113	572

Fuente: Ministerio de Sanidad. Catálogo Nacional de Hospitales 2011

**Ilustración 16: Estancia de larga duración en instituciones y hospitales, 2011
(o año más cercano)**

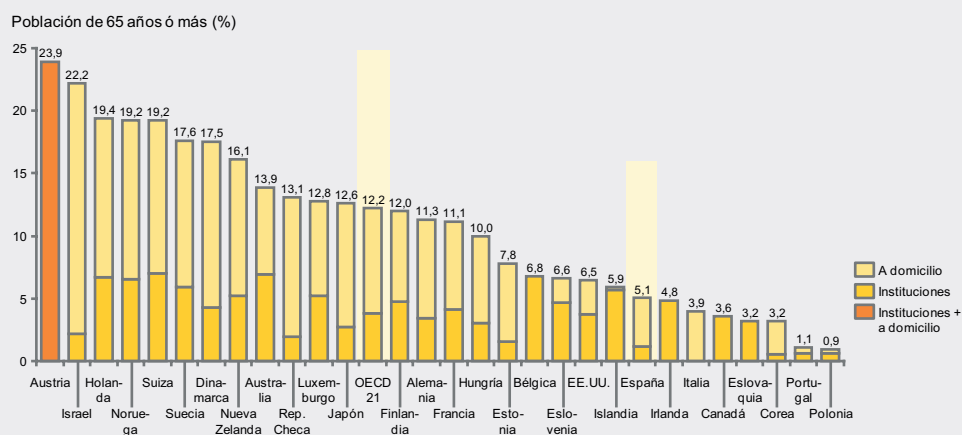


Fuente: OECD Health Data 2011

Los problemas de salud relacionados con la cronicidad ocupan entre el 65% y el 80% de las urgencias hospitalarias dependiendo de la zona, pirámide poblacional y la estación del año. Muchas condiciones agudas que llegan a urgencias son consecuencia de una patología de base crónica y muchos procesos crónicos se agudizan dependiendo de la estación del año. Por ejemplo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica suele complicarse en los inviernos con infecciones respiratorias. Muchos de ellos ingresan, por lo que en los hospitales de agudos **alrededor de un 10% de pacientes crónicos ocasionan el 55% de las estancias hospitalarias**, y un 5% de dichos pacientes el 40% de las estancias totales. Además, **se considera que el 20% de los pacientes crónicos que**

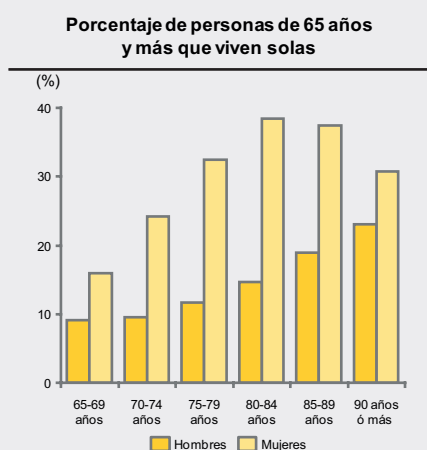
ingresan en hospitales de agudos podrían ser atendidos en hospitales de media y larga estancia donde el coste por proceso es más barato. Esto es relevante ya que **una cama de media y larga estancia suele costar 6 veces menos que la de un hospital de agudos**. Además hay que tener en cuenta que **un 25-50% de las hospitalizaciones de pacientes crónicos podrían evitarse** con un buen control de la enfermedad crónica domiciliario o con el desarrollo de unidades de hospitalización a domicilio. En España, sólo hay 0,13 camas de media y larga estancia por cada 1.000 habitantes según datos del Ministerio de Sanidad y 0,8 plazas de hospital de día por cada 100.000 habitantes, ratio en el que nos encontramos a la cola de Europa.

Ilustración 17: Población de 65 años o más que recibe asistencia de larga duración, 2011



Fuente: OECD Health Data 2011

Ilustración 18: Personas mayores que viven solas en España



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e INE

Difícil conciliación entre familia y trabajo

- La opción del trabajo en casa para facilitar la conciliación entre vida laboral y familiar está aún lejos
- Según datos de Eurostat, en España tan solo trabajan en casa un 5,2% del total de empleados, frente a países como Reino Unido (25,5%) o Austria (20,1%). En el conjunto de la UE la cifra alcanza el 12,0%

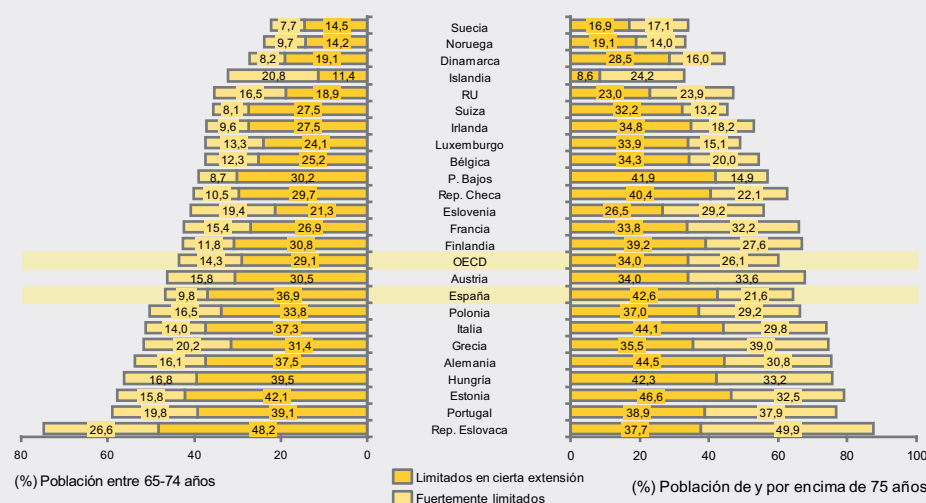
Nos encontramos entre los países de la OCDE que menos personas mayores de 65 años tienen cuidados de larga estancia. **Alrededor del 5,1 % de los mayores de 65 años en 2009 recibieron asistencia de larga duración, de los cuales sólo un 20% estaban institucionalizados**, es decir menos del 2% de los mayores de 65 años.

Estos datos son compatibles con el hecho de que el porcentaje de personas mayores que viven solas en España es muy alto. Ello podría resultar un dato satisfactorio si la salud de dicha población fuera buena, pero la realidad no avala esta tesis, como vemos analizando los datos de dependencia.

Efectivamente nuestros datos de dependencia y afectación en la vida cotidiana son preocupantes y contrastan con los bajos índices de cuidados crónicos y el alto porcentaje de personas que viven solas. En la Ilustración 19 se comparan diversos países europeos y España aparece en las posiciones inferiores de la tabla.

En definitiva, **en 2009 entre los 65 y 75 años en España el 37% de la población tenía alguna limitación para la vida cotidiana** y en mayores de 75 años este porcentaje se elevaba al 42,6%. A su vez, entre los 65 y 75 años casi el 10% de la población tenía limitaciones muy importantes en su vida cotidiana, es decir, gran dependencia, y en mayores de 75 años esta cifra se elevaba al 21,6%.

Ilustración 19: Limitaciones en las actividades diarias (2009)



Fuente: European Union Statistics on Income and Living Conditions 2009

2.13. Tecnologías en el SNS: alta tecnología y sistemas de información

La incorporación de la alta tecnología se ha realizado de manera independiente en cada centro público y en cada CCAA sin que, normalmente, se haya efectuado una evaluación previa de su necesidad y de su coste-efectividad por parte del Ministerio de Sanidad o de las Agencias de evaluación de tecnologías existentes en diversos puntos del territorio español. Actualmente, hay una línea de actuación para tratar de vincularlas y coordinarlas entre sí. Por otra parte, los informes de las Agencias de evaluación de tecnologías no son vinculantes.

Los sistemas de información de cada CCAA son distintos y no son interoperables, es decir, no se comparten los datos, con todo lo que ello implica. A día de hoy hay tantas tarjetas sanitarias individuales como comunidades autónomas aunque, recientemente, el Ministerio de Sanidad ha anunciado un proyecto para su unificación.

Un elemento estratégico para el sistema sanitario y para la adecuada implantación de un modelo sociosanitario en España son las nuevas tecnologías de la información. Es deseable, tanto para mejorar la calidad asistencial ofrecida como la información disponible para evaluar la atención sanitaria, **el desarrollo de la historia clínica electrónica** en todos los servicios de salud, tanto a nivel de atención primaria como especializada y en el sistema social. Es fundamental que los datos de los pacientes y ciudadanos puedan ser compartidos entre los médicos que los atienden en cualquier nivel (atención primaria, especializada, y sociosanitario) y en cualquier lugar de España. El paciente o ciudadano debería poder llevar siempre consigo en soporte informático la información básica sobre su salud, desde enfermedades pasadas o presentes a tratamientos pautados actuales o pasados para poder ponerla a disposición de cualquier profesional sanitario al que quiera o deba acudir.

2.14. Gestión del conocimiento

En la actualidad los estudios relativos a las profesiones sanitarias de pregrado son deficitarios en

aspectos como ética asistencial, ética del sector público, organización y gestión del trabajo, gestión y planificación asistencial, economía de la salud, farmacoeconomía, evaluación de tecnologías, tecnologías de la información, seguridad del paciente, cronicidad y dependencia, atención sociosanitaria, humanización, comunicación y trato, entre otros aspectos que son básicos y emergentes de la atención a la salud.

Sí existen estudios de postgrado que abarcan estas disciplinas, pero no hay áreas de capacitación específicas reconocidas por el Ministerio de Sanidad y/o el de Educación para ello.

La investigación y la docencia, sin embargo, aunque están bastante integradas en los grandes centros hospitalarios lo están mucho menos en atención primaria. En los últimos años se ha mejorado en estos aspectos desarrollándose estudios poblacionales y multicéntricos como el ESCARVAL de factores de riesgo cardiovascular o el ESOSVAL sobre osteoporosis.

En el sector sociosanitario, la investigación y la docencia son más escasos y deben desarrollarse y potenciarse ya que son necesarios datos de la efectividad y eficiencia de las intervenciones en este sector. Aspectos de investigación relacionados, como la rehabilitación -ya sea del daño cerebral u otro tipo- son emergentes y se están desarrollando en colaboración con universidades y empresas privadas como, por ejemplo, el desarrollo de robots y maquinaria destinados a la rehabilitación así como rutinas y pautas para dicha rehabilitación.

En resumen, el sistema necesita de un claro fomento de la innovación y el desarrollo, auténticos motores del desarrollo económico productivo

2.15. Empoderamiento (empowerment), paciente experto y asociaciones de pacientes

El apoderamiento del ciudadano en su propia salud es uno de los aspectos esenciales que hay que planificar e implementar para mejorar la calidad de vida de la población en el futuro inmediato. En este sentido, en España hay pocas iniciativas: vivimos en una sociedad muy poco

apoderada y concienciada con su autorresponsabilidad en salud. Nuestra sociedad es clásicamente asistencialista, es decir, confía en el papel proveedor del estado y de las instituciones públicas más que en su propia responsabilidad. Ello ha sido fomentado, incluso, en los medios de comunicación donde se anima a acudir al sistema sanitario ante cualquier problema leve de salud, lo que ha colocado a nuestro país en uno de los países de Europa con más frecuencia del sistema sanitario. Existe, además, una creencia en la sociedad civil de que la medicina lo puede casi todo, por lo que también poseemos un alto consumo de fármacos. Se puede decir que existe una hipermedicalización social. Las asociaciones de pacientes y afectados por distintas enfermedades, salvo excepciones, muchas veces se convierten en meras plataformas para reivindicar más recursos a las administraciones públicas para el tratamiento específico de sus problemas, que suelen consistir en aumento de recursos humanos y materiales para determinadas áreas. Este comportamiento de los pacientes es, en ocasiones, en virtud de la asimetría de información entre el profesional sanitario y el enfermo, fomentado por el propio profesional.

Frente a ello, existen asociaciones (como Cruz Roja, Asoc. Española Contra el Cáncer, ONCE, etc.) que son autosuficientes y en las que se fomenta la autorresponsabilidad de los pacientes, colaborando con las administraciones públicas. Otras iniciativas interesantes de formación entre iguales y apoderamiento son las Escuelas de Pacientes, donde ya hay una experiencia destacable en Andalucía fomentada por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

2.16. Enfermería y otros colectivos profesionales

Se está tratando de potenciar la mayor participación de enfermería u otros colectivos profesionales en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, áreas hasta ahora vedadas a todo lo que no fueran facultativos médicos. El desarrollo aún es escaso, por ejemplo, aún no se ha recogido legalmente la capacitación para la prescripción de enfermería; por el contrario, en algunos centros se permite que los técnicos de radiología realicen ecografías. En general,

los intereses corporativos de las distintas categorías profesionales suelen chocar entre sí generando, en ocasiones, una verdadera pugna por conservar parcelas funcionales (aquellas que requieren mayor especialización técnica) Sin embargo, es claro que tanto la enfermería como el personal auxiliar y los técnicos de grado medio deben tener un papel fundamental en el desarrollo del nuevo paradigma de atención a la cronicidad y la dependencia.

2.17. Sector privado: percepción del sector y oligopolio del sector público

Con la excepción de Cataluña, la experiencia en la Comunidad Valenciana y la experiencia de Andalucía con el concierto especial con la Orden San Juan de Dios y el grupo de hospitales privados de Pascual Hermanos y sus Empresas Públicas sanitarias, la sanidad pública funciona como un oligopolio de gestión administrativa. Esto ha significado una tendencia a que el sistema privado ocupe aquellos espacios donde el sector público no llega (operar lista de espera por conciertos, etc.), o para obtener una atención más rápida y personalizada o con mayores comodidades.

No se ha articulado un marco común con una planificación (territorial y asistencial conjunta) en el que puedan aprovecharse todos los recursos asistenciales instalados, incluidos los privados, para evitar duplicidades y gastos de infraestructuras y contratación de personal que, en ocasiones, se encuentra infrautilizado, excepto la experiencia del modelo MUFACE.

Todo ello, unido a la diferencia de régimen jurídico y los tradicionales papeles que han asumido el sector público sanitario y el sector privado, ha generado una conciencia de que ambos sectores son alternativos y se encuentran enfrentados, en lugar de tratarse como complementarios dentro de un marco de colaboración, cooperación y sinergia mutua. Ello, por el contrario a lo que sucede en otros países de nuestro entorno donde la colaboración entre ambos es la norma, facilita el debate demagógico y la pervivencia de determinados prejuicios que deberían encontrarse superados, tales como que lo privado es sinónimo de primar

los beneficios económicos por encima de los resultados en salud y que lo público es sinónimo de una atención asistencial de calidad que, necesariamente, ha de estar casada con el déficit económico.

En la atención sociosanitaria el sector privado se halla más asentado, aunque igualmente en una situación financiera complicada en los tiempos que vivimos, donde el impago de las administraciones públicas ponen en riesgo la supervivencia de muchas pequeñas y medianas empresas del sector.

Podemos concluir, tras el análisis efectuado que, en general, el sector sanitario no es visto como una fuente de inversión y riqueza sino como un sector generador de gasto, además de estar fuertemente politizado e ideologizado.

Es fundamental cambiar esta percepción y además tecnificarlo separándolo de la disputa política, para mantener la calidad de vida y la capacidad productiva y de ocio hasta edades avanzadas y concebir que el sector salud es uno de los grandes motores económicos y sociales del país.

3. EVOLUCIONANDO HACIA UN MODELO SOCIOSANITARIO PARA LA SALUD

“...Es inaplazable que la cultura de la evaluación, la transparencia y la rendición de cuentas impregnen nuestro sistema sanitario...”

(Cabasés, Oliva)

3.1. Introducción

La salud es una condición primordial para poder disponer de una sociedad productiva y próspera. Hay suficiente evidencia científica que acredita que cuando los países deciden invertir en la mejora de la salud de sus poblaciones, despegan económicamente. Debemos defender y proteger nuestro Estado del Bienestar, porque de ello depende que logremos superar esta crisis y volvamos a encontrarnos entre los países más competitivos de nuestro entorno. El sector sanitario debe ser considerado un sector estratégico clave para aumentar el bienestar social y requerirá de la debida inversión y reestructuración para hacerlo posible en la gravísima situación socioeconómica actual.

La relación entre la inversión en salud (en su más amplio sentido) y el crecimiento económico de los países está claramente demostrada, tanto a nivel micro (hogares) como macro (entre un 30% y un 50% del crecimiento económico de los países se ha debido a su mejora en salud poblacional). Esta rentabilidad se debe tanto a los efectos beneficiosos de la salud en términos de productividad laboral, escolarización y apren-

dizaje, nutrición, etc., como al consumo directo de recursos que aporta el sector. A su vez, los períodos de crisis económica suelen acompañarse de una disminución de inversión en salud ya que la tendencia general es responder a corto plazo con recortes de carácter lineal en el sistema de salud mientras que para estimular la economía se debe invertir en protección social y priorizar correctamente (optimizar) el gasto en asistencia sanitaria.

Los nuevos problemas de salud pública, desde el incremento de la obesidad o la carga de enfermedad que supone la enfermedad mental y la cronicidad y la dependencia que ambas generan, indican la reconsideración importante que se debe hacer de la salud pública, si no se quiere caer en un retroceso de nuestro nivel de salud y productividad social. Una parte importante de la solución a los problemas de salud actuales debe venir desde el enfoque salubrista de las políticas públicas y no tanto desde el crecimiento en la asistencia sanitaria (que a su vez requerirá una reasignación eficiente de recursos, más que recortes). Se ha de defender a ultranza la inversión en salud, pero al tiempo llamar a la conciencia de aquellas carreras no

medidas que nos han llevado a la hipertrofia de algunos servicios sanitarios o a la medicalización de la vida cotidiana.

Si bien el modelo sanitario en el que hemos invertido ha conseguido altísimas cotas de calidad en la vertebración territorial y en los servicios profesionales prestados, las circunstancias subrayadas en el apartado de análisis junto a otros muchos elementos del entorno actual exigen, sin tocar los pilares básicos sobre los que se sustenta el sistema, cambiar elementos importantes del modelo de índole organizativa y asistencial que configuren más allá de la sostenibilidad del sistema la mejora del mismo, con una estructura más adecuada a las dificultades de gestión del presente y a los pronósticos demográficos del futuro.

3.2. Evolución de la estructura política y organizativa conservando los pilares básicos del Sistema

Hablar de política sanitaria es siempre un ejercicio de equilibrios, pero lo crítico de la situación no permite ambigüedades ni falta de determinación. Necesitamos una política a la altura de las circunstancias que planifique con miras al largo plazo y donde la búsqueda del bien común y colectivo sea la verdadera prioridad, huyendo del miedo electoral y el cortoplacismo habitual de la vida política y la cultura institucional.

Es necesario un rumbo claro al que dirigirnos y cierto margen temporal para reajustar el sistema (incluyendo, con probabilidad, una refinanciación de la deuda para dicho fin). Impera la cohesión y cooperación de las Comunidades Autónomas con el Estado y de las anteriores entre sí. Tendremos que transformar muchos elementos para que el camino sea viable, pero el primer requisito indispensable es más un elemento humano que estructural: recuperar la confianza en nosotros mismos como sociedad, y tener la voluntad de avalar la reconstrucción de un sistema de salud capaz de equilibrar la calidad en los servicios con la gestión justa del gasto.

La deseada adaptabilidad al futuro no debe renunciar a los principios generales que, en su

día, inspiraron tanto la Ley General de Sanidad en 1986 como la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del año 2003 y que, en la actualidad, permanecen más vigentes que nunca. Equidad, justicia, efectividad, calidad, eficiencia y descentralización coordinada y cohesionada, deben seguir constituyendo elementos irrenunciables que garanticen la accesibilidad y los mayores resultados en salud posibles para todos los españoles. Los pilares básicos del Sistema deben, por tanto, mantenerse; esto es un sistema público, de cobertura universal, financiado mediante impuestos equitativos, basado en la atención primaria y transferido completamente en su gestión y planificación territorial a las CCAA. Estos elementos no debieran ser revisados en función del partido político que se encuentre en el poder. Dicho en este sentido, el futuro de nuestra salud, y por tanto de nuestra sociedad, pasa por tanto por un Pacto de Estado, tantas veces anunciado como pospuesto. Un Pacto que mantenga las bases y los pilares del modelo y corrija los desajustes del mismo evolucionando las estructuras organizativas de manera que el modelo –organizativo y asistencial- permita la cobertura universal y básica de aquellas necesidades básicas de la población en función de los cambios producidos en el entorno en cuanto a la prevalencia de enfermedades. Ello significa la garantía de gratuidad no sólo para las prestaciones sanitarias, sino también para la atención a la cronicidad y la dependencia bajo el paraguas del mismo Sistema.

Cobertura	Sanidad	SSociales	Sanidad	SSociales
Elementos básicos	TOTAL	Cofinanciado usuario	TOTAL	TOTAL
Elementos complementarios	TOTAL	Cofinanciado usuario	Cofinanciado usuario	Cofinanciado usuario

■ Evolución del modelo
■ Modelo actual

"El Sistema no sólo debería cubrir los aspectos básicos de la atención sanitaria sino también de la atención social a la dependencia. A cambio, las necesidades no indispensables, las calificadas de complementarias, deberían ser cofinanciadas por el ciudadano, no sólo en los servicios sociales, sino también en los sanitarios; siempre en función del nivel de renta"

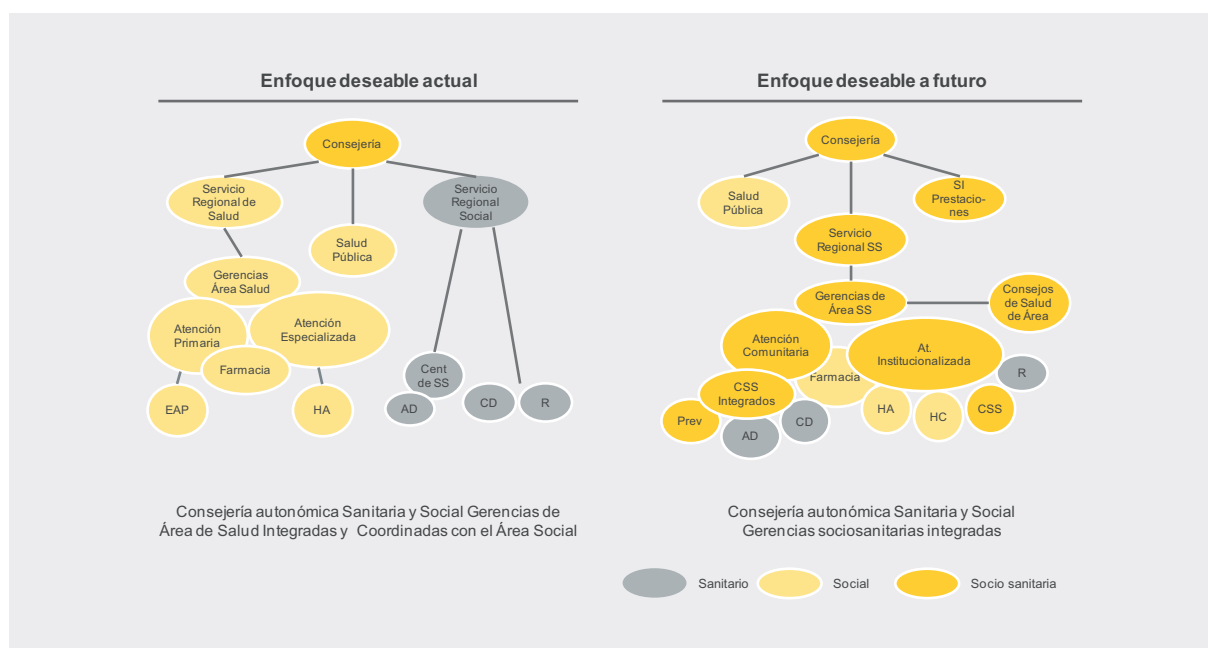
Hemos de perseguir un Sistema de Salud despolitizado en la priorización de los servicios exigibles y profesionalizado en la gestión del mismo. Las medidas del debate político deberían encaminarse a salvaguardar los niveles de cohesión social que garantizaran unos estilos de vida saludables y a la promoción de medidas salubristas en todas las políticas. Pero fuera de esta demarcación, **la decisión de la priorización y la desinversión en determinados servicios deberían recaer en las evaluaciones técnicas.** El pacto de Estado por la Salud debería contener la expresión pública del acuerdo consensuado por las diferentes fuerzas políticas y agentes sociales hacia la necesaria Reforma General para un Sistema de Salud Socio-Sanitario Integrado que, regulado estatalmente, garantizara el común denominador de la atención de las necesidades básicas de salud, centralizando tanto la aprobación como la evaluación del cumplimiento de políticas públicas. Probablemente, el comienzo pudiera marcarlo la apuesta decidida por una Nueva Ley General de Sanidad que estableciera las bases del nuevo Sistema Nacional de Salud Socio-sanitario.

En tanto el Sistema llega a enfocarse a la atención sociosanitaria en lugar de a la atención de los agudos, hemos de aprovechar las medidas iniciadas que ya suponen una parte de los cambios deseados. El acierto de la unificación administrativa de Ministerios y Consejerías (Salud y Bienestar Social) debería apuntarse con el desarrollo real de integración en sus políticas y en sus servicios. El derecho a la mejor salud hoy por hoy no se corresponde con el derecho a la mejor autonomía personal del ciudadano. Somos conscientes de la importancia de la promoción de la salud, pero sin embargo ocupa una ínfima parte del gasto en salud que se centra en la atención sanitaria al enfermo y, en menor medida, en la dependencia. Igualmente tenemos la oportunidad de adaptar nuestros mecanismos institucionales de gobernanza pública: replantearnos por ejemplo la mejora en la eficiencia que podría suponer tener un único Consejo Interterritorial de Sanidad y Dependencia cuyas decisiones deban adoptarse por consenso pero tengan carácter vinculante, al tiempo que se regulan sus funciones y su arquitectura de gobierno.

Nos queda mucho por hacer en el ámbito de la estructuración y organización de las instituciones. Los términos gestión y administración, deseablemente partes de una misma realidad, a menudo se hacen antagónicos. Es necesario encontrar nuevas estructuras que puedan flexibilizar la gestión pública responsable de los servicios regionales de salud (mediante fundaciones regionales de salud por ejemplo), así como la creación de estructuras que, desde el área de la dependencia, puedan coordinarse de manera más fluida con las estructuras y niveles sanitarios. En este sentido, la planificación poblacional en la atención a la cronicidad y a la dependencia y el desarrollo de estructuras y comisiones de coordinación intersectoriales deberían estar en el funcionamiento tanto de manera previa como posterior a la unificación en áreas de salud integradas. Las Gerencias de Área de Salud (socio-sanitarias) Integradas marcarían un antes y un después tanto en la calidad de la atención integral de las necesidades de la población como en la eficiencia en la asignación de recursos para atenderlas.

En este marco, el gobierno de las competencias sociales, hasta ahora en manos de los municipios y actualmente en el aire, tendrían un claro destinatario. Por otro lado, el ecosistema local constituiría un ámbito excelente para consorcio de todos los recursos de ambos sectores alineados en base a unos objetivos generales de salud. En este sentido, no se trata de integrar todas las competencias sociales en el ámbito sanitario, ya que “lo social” trasciende con mucho el ámbito sanitario; sino integrar en lo sanitario aquello que trasciende lo social por derivarse de un problema de enfermedad: es decir, el ámbito de la cronicidad y la dependencia; quedando el resto de atribuciones (familia, drogodependencias, etc.) en el ámbito de lo social y cuya gestión, por tanto, habría de permanecer en la estructura política más cercana al ciudadano.

Todo ello implica un enfoque partiendo de la realidad poblacional a la que se dirija la atención socio sanitaria y una rigurosa planificación territorial que contemple la integración de todos los recursos existentes en la demarcación del territorio que se trate y que sean necesarios para un abordaje eficaz de los problemas de salud de la población a la que se dirige; de manera que se



asegure el cumplimiento del nivel de servicios exigibles para cada territorio. Ello debe complementarse con la incentivación de la solidaridad entre Comunidades Autónomas para aquellos servicios añadidos no indispensables, fruto de la decisión propia e individual de las mismas dentro de la estricta disponibilidad presupuestaria. En este orden de cosas, en el nivel estatal debe velar por la protección de un gasto sanitario mínimo por habitante ajustado según edad y estado de salud, exigible para todo el conjunto del Estado.

La rendición pública de cuentas, así como de la producción asistencial y de los resultados en salud obtenidos, deben ser un derecho y una obligación irrenunciable de las autoridades regionales. **No hay mejor argumento para continuar en un modelo descentralizado en sus competencias de gestión, que la existencia de mecanismos de evaluación centralizada que constaten que el desarrollo territorial de los servicios cumple con el común denominador de la asistencia exigible para todo el territorio nacional.**

Para ello, sería conveniente delimitar el nivel exigible mediante la necesaria revisión y priorización de una nueva cartera de servicios y prestaciones del sistema sanitario y del sistema de atención a la dependencia que legitime la desinversión en servicios de bajo valor añadido y alto coste, mediante un nuevo Real Decreto

de Servicios y Prestaciones mínimas comunes del SNS (sanitarias y sociales). De la misma manera, deberíamos reposicionar la variedad conveniente de recursos, con un nuevo catálogo de centros que ponga en valor el amplio espectro socio-sanitario de centros y servicios. La desinversión en los servicios de alto coste y escaso valor será un proceso complicado que requerirá sistemática, prudencia y tiempo, constituyendo un camino de mejora continuada hacia la eficiencia y no tanto una herramienta de choque para la reducción del gasto.

3.3. Modelo asistencial

La demanda de asistencia sanitaria es, por definición, una demanda sin límite. Por ello, el objetivo no es limitarse a proveerla, sino hacerlo en condiciones de coste-efectividad en función de los resultados en salud perseguidos. **Sería necesaria la creación de un Instituto Nacional de Excelencia Socio-Sanitaria (INESS)** que, de un lado, evaluase de manera previa y posterior los nuevos medios tecnológicos y principios farmacéuticos en base a estudios de impacto, coste-efectividad y coste de oportunidad para su posterior inclusión en un Nuevo Catálogo dinámico de elementos que deben financiarse y que, de otro lado, desde el Observatorio del SNS, informara de manera independiente sobre el cumplimiento de los servicios mínimos exigibles y de las tecnologías sanitarias a asumir tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y soporte de enferme-

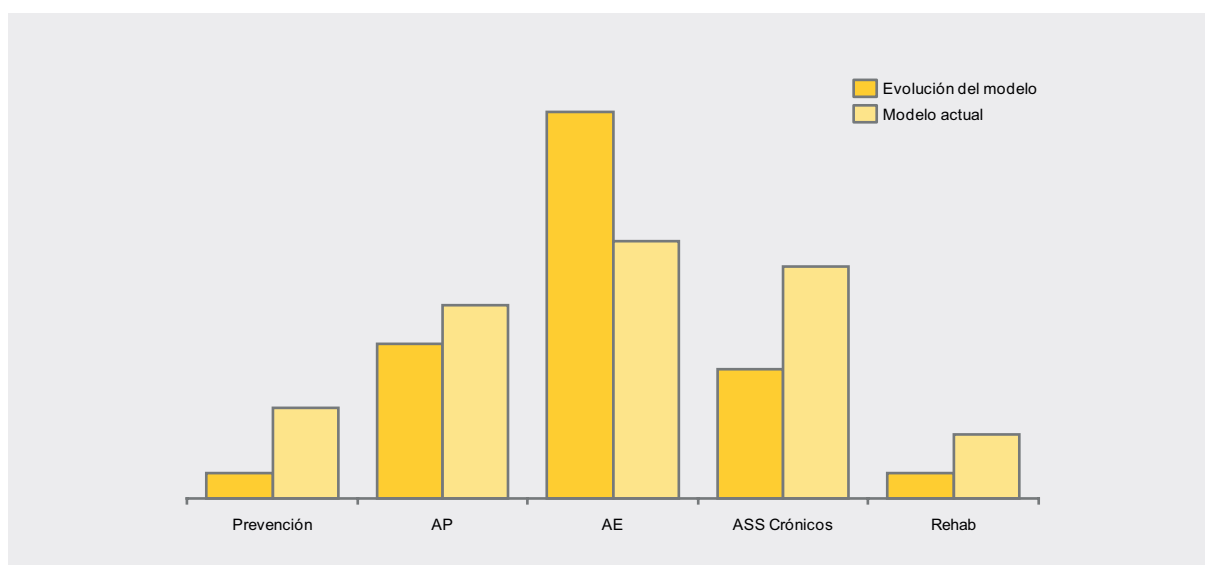
dades. Tanto desde el punto de vista terapéutico como organizativo, la práctica del ensayo de contratos de riesgo compartido basados en resultados, podrían reforzar la confianza en la cooperación del sector público y el privado para explorar conjuntamente el impacto real de las innovaciones tecnológicas u organizativas. Dicho organismo podría igualmente reforzar la creación de una Comisión Nacional para la renovación del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Sistema de Salud (CMBDSS), que facilitara el análisis transparente y público de los datos asistenciales de producción y de resultados de salud de cada servicio regional.

En el mismo sentido pero en el nivel regional, debería potenciarse un nuevo modelo en la inspección sanitaria que caminara hacia Agencias de Evaluación que encauzaran las exigencias del INESS y que centraran su labor en auditar operativamente la gestión de servicios en base a los criterios exigibles de estructura y organización, así como los resultados de salud deseables, es decir, en base a ratios de eficiencia y costo-eficiencia, para los diferentes procesos asistenciales aplicados.

Estos elementos deberían reforzar una nueva línea de gratuidad en todos los servicios mínimos tanto sanitarios como sociales, que vinieran a cumplir con las necesidades básicas de la población al tiempo que se podría planificar la co-financiación de aquellos otros servicios que, aun estando aprobados, no estuvieran dentro de los identificados de mayor prioridad, ajustando en base a los niveles de renta.

Necesitamos un sistema verdaderamente reequilibrado entre la promoción de la salud, el autocuidado, el diagnóstico precoz, los tratamientos curativos y los cuidados de larga duración a procesos crónicos.

La práctica inexistencia de financiación de actividades de promoción de la salud y del autocuidado, comparada con el resto de la actividad asistencial, debería ser corregida. Prevenir mejor que curar; pero estas medidas son a menudo tan aludidas como escamoteadas. Para una priorización creíble y efectiva deberían impulsarse medidas concretas tanto en Prevención Primaria como en Prevención Secundaria. Habría de garantizarse un nivel mínimo de financiación para esta partida por más que pesaran el coste de las posibles acciones curativas y de cuidados. La incorporación de medidas de salud en todas las políticas debería ser tanto ordenada como cuantificada a nivel nacional y regional. En este sentido, habría que evaluar la posibilidad de “re-centralizar” algunas competencias (como el calendario de vacunas o las campañas nacionales de mejora de hábitos de vida saludable) y estudiar la aprobación de medidas fiscales que estimularan la comercialización de servicios de ejercicio físico, así como la producción y comercialización de productos bio-saludables. Del mismo modo, debería priorizarse en las órdenes de subvención de investigación y de I+D+i temáticas como el diagnóstico precoz, la evaluación costo-efectiva del mismo y el papel que en él pudiera jugar la genética en el futuro inmediato.



El hospitalocentrismo ha dejado de tener sentido, en especial, con los cambios actuales en la morbilidad de la población. Indispensable labor será la de los Equipos de Atención Primaria en el abordaje y seguimiento de las enfermedades crónicas en su trabajo compartido con los equipos especializados. Quimera recurrente, este enfoque ha sido tan aludido previamente como no practicado con la frecuencia requerida.

Herramientas prácticas como el diseño y la gestión de procesos intersectoriales integrados y vías clínicas que impliquen tanto a la atención primaria, como a la especializada y a los recursos de apoyo social podrían marcar un antes y un después en la asistencia de los problemas más prevalentes. La gestión presupuestaria del territorio y bajo la responsabilidad de Gerentes de Equipos Integrados de Atención Socio-sanitaria permitiría un liderazgo en la atención a los procesos crónicos en general y a la dependencia que les acompaña disponiendo de todos los recursos complementarios locales que ahora están configurados como alternativos a la gestión sanitaria. Hacer sinergia entre ambos sectores requerirá una visión unívoca, un liderazgo identificado y estructuras de gobernanza intersectoriales. En la misma dirección debería caminar la relación horizontal entre el sector sanitario y el social, como la relación de soporte de la atención especializada a la atención primaria en los procesos complejos. En este sentido, será necesario reforzar la visión poblacional de la atención especializada, con la puesta en práctica de contratos de gestión compartidos entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) con resultados en salud en la población asignada y mecanismos fluidos de derivación destinados a evitar ingresos innecesarios. La tensión entre generalidad y especialización no tendría sentido con unos claros niveles de derivación por complejidad. Tan inexcusable es la responsabilidad capacitada de la enfermería clínica en el seguimiento de los procesos crónicos estables, como la necesaria participación del soporte especializado en situaciones complejas y de alto sufrimiento y de equipos altamente capacitados en unidades de atención domiciliaria, hospitalización a domicilio y cuidados paliativos. Estas soluciones han demostrado repetidamente tanto su efectividad en el control de síntomas

múltiples y resistentes, como la eficiencia en la gestión del caso evitando tanto ingresos innecesarios como el uso de terapias fútiles.

No podremos despejar las incógnitas de modelos de atención alternativos a la gravosa hospitalización de agudos, sin el desarrollo decidido de alternativas de convalecencia, rehabilitación intensiva de los déficits recuperables tras los eventos agudos o plazas de cuidados de larga estancia. Para estas últimas, la regulación y puesta en práctica de la dotación en infraestructuras y recursos humanos capacitados para la atención de determinados procesos crónicos prevalentes, no sólo resultaría una alternativa muy eficiente para evitar el sobreuso y reingreso hospitalario, sino una salida económica y social a las plazas de atención residencial a grandes dependientes insuficientemente financiadas por unos presupuestos cada vez más decrecientes.

Nuestro modelo de atención socio-sanitario debe evitar la institucionalización siempre que sea posible mediante un adecuado desarrollo de programas de atención domiciliaria integrada que sirvan de plataforma de coordinación y gestión conjunta y adaptada tanto de los propios equipos de atención primaria sanitaria, como de cuidados a la dependencia en el hogar y el soporte de equipos especializados de soporte de cuidados paliativos, hospitalización domiciliaria y tratamiento asertivo comunitario en salud mental, para los casos complejos. Potenciar la rehabilitación comunitaria requeriría igualmente incrementar el soporte periférico de los rehabilitadores, la presencia de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales en los equipos socio-sanitarios de atención primaria, así como el uso de gimnasios rurales de residencias y centros de día para un proceso de rehabilitación verdaderamente integrado en la comunidad, que fomente el desarrollo local de recursos.

Deseamos un sistema que aprenda y no se estanque durante otros treinta años en las fórmulas que finalmente se propongan. La palabra sostenibilidad lleva implícito el concepto de viabilidad también para las generaciones futuras. Si logramos la mejora de la salud, mejoraremos el crecimiento económico y conseguiremos que el sistema socio-sanitario, además, sea sostenido. El reto real en la

innovación no está en hacer cosas distintas, sino en saber plantear diversas soluciones a los nuevos problemas que dinámicamente se vayan presentando.

La innovación tecnológica por su parte es un motor de crecimiento económico que puede aún apoyar mucho a un mundo sanitario que llegue más y lo haga más fácilmente a los ciudadanos, con la incorporación de las tele-consultas en las agendas diarias de los profesionales sanitarios. Al margen de nuevos mecanismos asistenciales, la interoperabilidad de las tarjetas de salud (sanitaria y social) y de los sistemas de información de todo el Estado ni debe ni puede esperar.

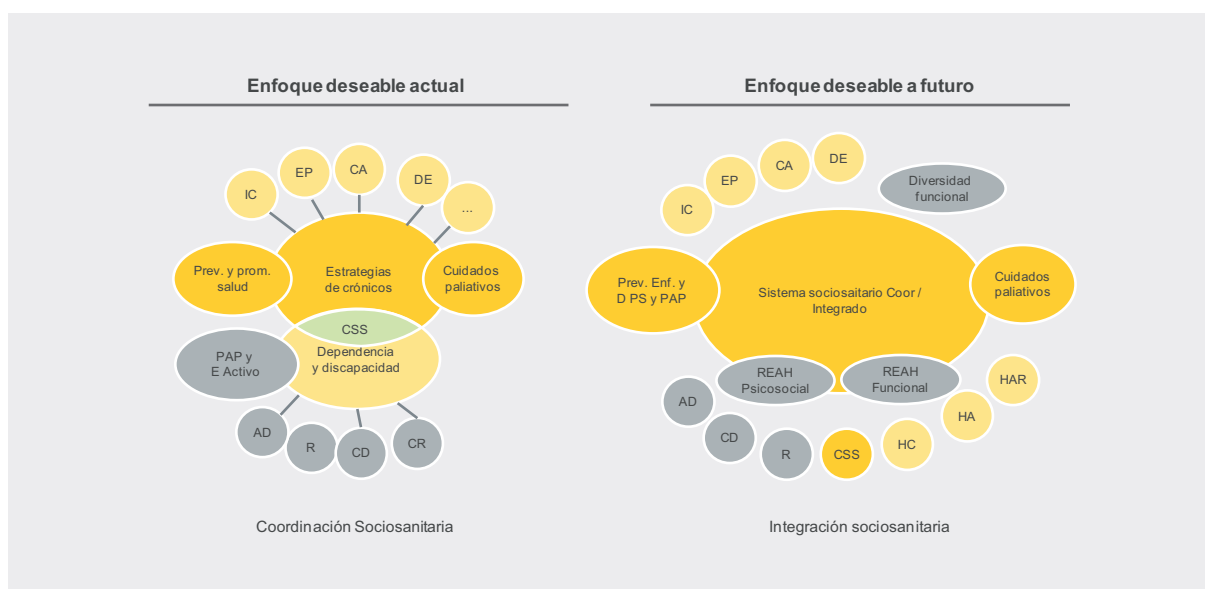
Buscamos un sistema impulsor de la excelencia de sus profesionales tanto clínicos como gestores, sin entrar en debates demagógicos sobre derechos adquiridos. La carrera profesional debe tener la posibilidad de reorientarse a criterios de capacidad, calidad asistencial y evolución, desterrando los meros derechos adquiridos por antigüedad como única variable. La valoración y el reconocimiento público de la capacidad de resolución de casos complejos, volumen de actividad cubierta, calidad en la atención y mejora continua deben formar parte de un todo. **El modelo retributivo debe incentivar de manera evidente a aquellos profesionales que realicen mayores esfuerzos productivos. Sin el menoscabo de la solidaridad generacional,** el uso de medidas de evaluación del rendimiento y la

producción asistencial deben alejarse del café para todos. Más allá de medidas incentivadoras de carácter económico y de diferenciación en el rango profesional, deberán consolidarse mecanismos de participación profesional activa y continuada. La capacitación específica para la resolución de problemas complejos exigirá la existencia de Áreas de Capacitación Específicas (ACEs) para los nuevos problemas emergentes, compatibles con el liderazgo troncal de especialidades generalistas, una de ellas debería ser la gestión de servicios sociosanitarios. Es posible que parte de estas medidas choquen con los regímenes laborales actuales funcio-narial y estatutario: no hay mejor indicador de la necesidad de la modificación del régimen laboral de los profesionales sanitarios.

Abogamos por un sistema gestionado de manera ejemplar, transparente y capaz de adaptarse a las necesidades de los ciudadanos.

La gestión sanitaria requiere una capacitación avanzada específica y su reconocimiento, un ACE que establezca su grado de profesionalidad diferencial. Igualmente, la complejidad de la gestión clínica requeriría la formación obligatoria de los Jefes de Servicio y Directores de Unidad.

Revitalizar el papel del ciudadano en el SNS pasa por permitirle ejercer su responsabilidad no sólo en su salud individual sino a nivel de gobernanza colectiva. La revitalización de su participación en los tan olvidados Consejos de Salud de Área



para la priorización de medidas, así como en los Comités de Calidad Percibida de los centros que permitirían reavivar instrumentos que previamente han existido sin llegar a una funcionalidad clara y efectiva. A la implicación en la gestión deberían sumarse medidas que cada vez hicieran más real la capacitación del paciente crónico y sus cuidadores familiares en sus cuidados (modelo “escuelas de pacientes” para la formación entre iguales), así como programas de solidaridad social capacitada (comunidades que cuidan, “compassionate communities”). Si hablamos de derechos no estará de más hablar del cumplimiento de los deberes, que pudieran tener forma de ticket moderador e incluso medidas sancionadoras fiscales por el sobreuso injustificado de servicios sanitarios y sociales. La implantación del copago, si no se realiza con las condiciones adecuadas, podría generar otros problemas añadidos para la salud de los ciudadanos: habría por tanto que garantizar que no se dejaran de percibir tratamientos crónicos indispensables por dificultades en la renta de los usuarios.

3.4. Provisión de servicios

Requerimos un modelo facilitador de las sinergias entre sector público y privado, garantizando al tiempo equidad en los servicios y eficiencia en la gestión de los mismos. La protección pública de la salud es esencial para la redistribución de la riqueza social y para la equidad; el papel normativo y de control público sobre la salud no es discutible ya que se trata de un derecho fundamental que los poderes públicos deben garantizar. Sin embargo, ello no está reñido ni con la provisión privada de los servicios, ni con la productividad que genera y puede generar el capital privado en el mercado de la salud. Si bien es evidente el papel en la regulación y la financiación pública de los servicios por parte de las Administraciones, no lo es tanto el papel reservado para cada uno de dichos sectores en

cuanto a la provisión de servicios en los que cada cual debería centrarse. Los servicios públicos deberían centrarse en asegurar el nivel básico de atención en todas sus prestaciones y en todo el territorio y dejar el desarrollo y la aportación de innovaciones con todos los elementos de riesgos y posibles beneficios al sector privado convenientemente alineado. Este enfoque tiene tanta lógica como excepciones en la realidad del día a día. **No es tiempo ahora de servicios públicos que incorporen de manera inmediata y gratuita innovaciones no consolidadas para la motivación de sus departamentos y servicios clínicos, sino el momento de garantizar sin excepciones la cobertura de los servicios indispensables de manera equitativa y basados en rigurosos criterios de coberturas poblacionales.**

3.5. Resumen de la evolución del modelo sociosanitario y de las acciones para su desarrollo

El cambio y la evolución del modelo sanitario actual hacia un modelo integrado social y sanitario no es sencillo ni fácil. Hasta aquí hemos expuesto los elementos básicos de cambio para efectuar el recorrido hacia el que debemos tender. No obstante, son muchas las medidas que deben llevarse a cabo para que la evolución del modelo sea una realidad adaptada a la realidad poblacional a la que atiende.

En este apartado, sin ánimo de ser exhaustivo y con la finalidad de hacer más comprensible la reorientación del modelo que se propone, resumimos las acciones a desarrollar, partiendo del hecho que pretenden corregir y la meta que aspiran a alcanzar. La tabla que sigue se ha estructurado conforme a los cuatro grandes ejes sobre los que debe girar la evolución del modelo: nivel político, nivel organizativo, nivel asistencial y calidad e innovación.

Nivel político

Hecho	Meta	Medida	Acciones para su desarrollo
Confrontación política que impide un gran consenso en materia de salud	Despolitización de la provisión de servicios. Sistema social gratuito y universal	- Pacto de Estado por la Salud.	- Reforma General del Sistema Nacional de Salud Socio-sanitario .
Ineficacia del funcionamiento de coordinación entre territorios: fragmentación de servicios. . .	Equidad territorial. Iguales servicios sanitarios y accesibilidad a los mismos en todo el territorio	- Revisión del Sistema de Gobernanza y Administración del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Interterritorial. - Refuerzo de la autoridad del MSPS en materia de evaluación y sanción del cumplimiento de las políticas públicas en salud. (Sistema centralizado de evaluación) - Rendición pública de cuentas, de producción asistencial y de resultados en salud obtenidos.	- Financiación estatal completa del catálogo de servicios mínimos, tanto sanitarios como sociales (pudiendo reevaluar en casos especiales y siempre en función del nivel de renta). Obligación de la cofinanciación del usuario de los servicios sociales y sanitarios no esenciales. - Creación del Instituto Nacional de Excelencia Socio-sanitaria . (Extinción de la agencia de calidad del SNSss).

Nivel organizativo (I)

Hecho	Meta	Medida	Acciones para su desarrollo
Ineficiencia de la atención a la cronicidad y la dependencia. Separación del sistema sanitario y el social.	Modelo socio-sanitario integrado.	- Integración sanitaria y social en el mismo Sistema Socio-sanitario de Salud.	- Nueva Ley General que establezca las nuevas bases del SNS socio-sanitario , el derecho a la salud y a la atención a la dependencia. El sistema de provisión de servicios debe integrar, descentralizadamente, la promoción de la salud y la autonomía, la protección de la enfermedad y la dependencia, la cura y el cuidado de las enfermedades y circunstancias que acompañen dependencia, la rehabilitación y reinserción sanitaria y social de la población, así como las medidas paliativas necesarias para aliviar el sufrimiento y proveer de una atención digna a las personas con enfermedad y dependencia en grado avanzado y/o terminal. - Integraciones Administrativas : Unificación Ministerio y Unificación de Consejería de Sanidad y Política Social. - Unificación presupuestaria y de financiación de las partidas de sanidad y dependencia. - Creación de catálogo único de recursos, centros y servicios sanitarios, socio-sanitarios y sociales.
Carencia en el alineamiento en la gestión regional de servicios de atención a la enfermedad y a la dependencia	Organismos de gestión regionales que promuevan la coordinación sanitaria y social.	Existencia de las Consejerías de Salud socio-sanitarias (que incluyan políticas de sanidad y bienestar social) con presupuesto único.	-Existencia de Servicios Regionales públicos de salud socio-sanitarios (que integren sanidad y servicios sociales).
Diferencia de niveles estructurales en el SNS y SAADa nivel estatal. .	Adecuación organizativa del SNS y del SAAD	- Renovación del sistema organizativo y estructural del SAAD, sistemas de información integrados e incremento de servicios - Nivelar la protección de la salud y la protección de la autonomía personal: Sistema Nacional de la Dependencia con cobertura universal real; la población protegida debe corresponder al total de la población española y no sólo la reconocida como dependiente.	-Integración dentro del propio SNS, manteniendo las particularidades de sus servicios pero adaptándose a un mismo sistema de regulación y gestión. - Unificar los niveles asistenciales del SAAD con los del SNS : atención primaria (individual y comunitaria), secundaria o de soporte y terciaria o de ingreso. - Planificación territorial sanitaria y social equivalentes. - Incremento de los servicios de atención a las personas dependientes y enfermos crónicos desde la perspectiva de lo social: recursos de apoyo personal y social. (Priorización de aquellos que benefician la eficiencia en el sistema sanitario).

Hecho	Meta	Medida	Acciones para su desarrollo
Diferencia de niveles organizativos en los servicios regionales de salud y de atención a la dependencia.	Sistemas Regionales unificados de atención sanitaria y de atención a la dependencia.	Reorganización de la gestión regional de la dependencia de manera acorde y complementaria a los servicios sanitarios que haga posible la Integración de la gestión Socio-sanitaria.	- Creación de Departamentos de la dependencia dentro de los Servicios Regionales de Salud Socio-sanitarios, encargados de acercar la gestión de la dependencia a la gestión de la atención sanitaria: - Planificación de base poblacional: estratificación del riesgo. - Catálogo de Centros y Servicios integrados con los sanitarios. - Descenso de la subvención de los servicios y aumento del concierto de los mismos. - Unificación en Áreas Socio-sanitarias. (Eliminación de la diferenciación de servicios por mancomunidades rurales independientes de las áreas sanitarias). - Descentralización de la Gestión en Áreas de salud socio-sanitarias integradas. - Gestión descentralizada en manos de la Gerencia de área de salud socio-sanitaria. - Gestión con contratos de gestión anuales y evaluación mediante sistemas de información. - Convenios ágiles sólo para nichos de atención: evaluación y riesgo compartido. - Recentralización de servicios municipales a las gerencias de área de salud. - Sistemas de Admisión para la mejora de la gestión y seguimiento centralizado de las listas de espera. - Transparencia en la publicación de tiempos de acceso, sectorizado por áreas. Publicación y protocolos de acceso a centros de referencia interáreas. - Establecimiento de objetivos ligados a incentivos en contratos de gestión. Negociación de presupuestos descentralizados y en base a actividad pactada. - Plan de inversiones y reformas de centros para la adaptación a centros de grandes dependientes. - Control financiero permanente sin necesidad de intervención previa continuada. - Integración de la información de gestión económica con el sistema de salud. - Tesorería propia en el sistema de salud y gestión de los pagos en función de priorización. - Optimización logística del organismo. Gestión de compras. - Sistema de pagos ágiles de prestaciones ortoprotésicas unificada entre lo sanitario y lo social. - Modificación del régimen de personal y gestión de plantillas: creación de bolsas específicas descentralizadas, modelos de dirección y liderazgo intermedio y por programas. Productividad y retribución variable.
Separación ineficiente de estructuras asistenciales comunitarias entre sanidad y bienestar social.	Unificación de centros de atención a la comunidad	Unificación de EAP y SSB	- Creación de centros socio-sanitarios de Salud comunitarios (Equipos de AP socio-sanitarios: Centro de salud + SSB). - Asignación de presupuestos teóricos per cápita ajustada a los directores de los EAPSS.
Falta de coordinación de los diferentes agentes sanitarios y sociales, públicos y privados, regionales y locales.	Organización con mecanismos de coordinación y alineamiento de los diferentes agentes.	- Creación de Comisiones de coordinación regional, por áreas y de centros. - Creación de mecanismos de coordinación de agentes locales públicos y privados.	- Creación de Comisiones Socio-sanitarias en Servicios Centrales. - Creación de Comisiones Socio-sanitarias Comunitarias para la toma de decisiones para la derivación de nivel asistencial. - Creación e Integración en Consortios Socio-sanitarios de Zona (Similares a Trusts).

Hecho	Meta	Medida	Acciones para su desarrollo
Formación de los directivos de la salud, sanidad y dependencia no reglada.	Excelencia en el liderazgo y capacitación de los directivos.	Profesionalización de la gestión sanitaria y social	- ACE (área de capacitación específica) en gestión sanitaria y socio-sanitaria. Requisito: Capacitación avanzada en gestión. - Capacitación en Gestión Clínica como requisito para directores de unidad y jefes de servicio.
Ausencia de responsabilidad en la rendición pública de resultados de gestión, de producción asistencial y de resultados en salud.	Sistema de salud Transparente.	Rendición de cuentas anuales y publicables. Régimen sancionador a nivel macro, meso y micro.	- Consenso y normativa de estándares de atención en estructura, proceso y resultados en salud. (Sanitario y social). - Transformación de la inspección y la intervención regional en Agencias de Evaluación de Auditoría Operativa, externas a los servicios de regionales de salud. - Publicación Anual de resultados de evaluación
Derechos adquiridos que dificultan la adaptabilidad y la motivación de las plantillas	Evaluación del rendimiento y del desempeño. Incentivos acordes a los objetivos de costo-efectividad. Promoción de los profesionales	Flexibilización de la gestión de recursos humanos que asegure la adaptabilidad dinámica de las plantillas a las necesidades de la población, asegurando los derechos laborales, y fomentando el ejercicio alineado con las necesidades del SNS. - Fomento de la motivación de los profesionales. - Incentivación justa basada en productividad y rendimiento. - Promoción de carrera profesional basada en criterios de capacidad, calidad asistencial y evolución.	- Modificación de las bases que impiden la adaptabilidad laboral de los profesionales sanitarios y sociales a las necesidades evolutivas del sistema de salud. - Compatibilidad y equivalencias de los regímenes estatutario y funcionario. - Órganos de participación activa y continuada de los profesionales en el sistema. - Reconocimiento público de los logros profesionales. - Desarrollo de especialización y ACEs, compatible con el papel de liderazgo troncal de especialidades generalistas. - Uso de medidas de evaluación del rendimiento y la productividad. - Incremento de la proporción de la productividad variable en base a la evaluación de la actividad. - Modificación de los derechos de carrera profesional que primen solo la antigüedad. - Valoración remunerada de la capacidad de resolución de casos complejos, volumen, calidad de la atención y mejora continua.

Hecho	Meta	Medida	Acciones para su desarrollo
Enfoque de la innovación asistencial para el tratamiento de la enfermedad aguda.	Fomento de la excelencia en el diagnóstico precoz y los tratamientos curativos impecables, al igual que en las medidas preventivas, los cuidados de larga duración de personas dependientes y los enfermos crónicos.	Excelencia y reequilibrio en la elaboración de protocolos y vías clínicas relacionados con las enfermedades crónicas y la dependencia. Promoción de la continuidad asistencial inter nivel .	- Unificación y revisión bianual de vías clínicas y protocolos asistenciales entre atención primaria y atención especializada, tanto sanitaria como social por patologías. - Diseño de vías clínicas con la participación de usuarios afectados, valorando los diferentes estadios de avance de la enfermedad. - Liderazgo del EAPSS en el seguimiento de enfermedades crónicas y la dependencia que le acompaña. - Responsabilidad por medio de contratos de gestión de la atención especializada de los resultados en salud de su especialidad sobre una población determinada. (Promoción de los cuidados compartidos: shared care). Contratos de gestión compartida para los procesos asistenciales crónicos de mayor carga y prevalencia. Soporte directo especializado preferente a los EAP que puedan evitar ingresos hospitalarios. - Interacción de servicios hospitalarios inter-centro. - Apoyo periférico de equipos especializados. - Presencia de acceso a soporte paliativo de calidad de la enfermedad avanzada y terminal tanto a nivel hospitalario, como residencial como domiciliario. - Desarrollo del rol y capacitación de la enfermería en el seguimiento y control de las enfermedades crónicas. - Revisión de los ratios de los diferentes profesionales por población subsidiaria. Es necesario incrementar el ratio de enfermería en EAP. - Desarrollo de plazas de media y larga estancia para la atención a enfermos crónicos, diferenciando entre los rangos de: plazas de hospitalización, centros socio-sanitarios (con la capacitación sanitaria de centros de grandes dependientes públicos y concertados), y centros residenciales para las personas dependientes sin necesidades sanitarias evidentes. capacitando la red de centros - Análisis de datos de los sistemas de información en base al seguimiento horizontal de procesos asistenciales. Trazabilidad de procesos desde la conexión sistemas de información de ingreso en hospitales, ingresos en centros de sub-agudos, ingreso en centros socio-sanitarios y residencias, seguimiento en consultas externas, seguimiento en atención primaria. - Evaluación, comparación y benchmarking de los costes por procesos de atención en las diferentes áreas de salud socio-sanitarias.

Hecho	Meta	Medida	Acciones para su desarrollo
Ajenidad del ciudadano y sus familiares en el cuidado de su propia salud y como eje del sistema	Implicación del ciudadano y corresponsabilidad del mismo en el cuidado de su salud.	Responsabilidad e implicación del ciudadano	- Consejos de salud de área para la priorización de medidas. - Evaluación calidad percibida en recursos. - Comités de usuarios por centros. - Programa “Comunidades que cuidan”. - Ticket moderador. - Medidas sancionadoras fiscales por el sobreuso injustificado de servicios sanitarios y sociales. - Escuelas de pacientes, que estimulen la formación entre pares.
	Familiares con capacidad de cuidar.	Capacitación del paciente crónico	- Cursos de formación de cuidadores , como requisito para recibir prestación económica de la dependencia.
	Innovación tecnológica para mejora de la accesibilidad, la calidad y la evaluación de los servicios	Incremento evaluado del uso de nuevas tecnologías.	- Unificación y alineamiento de criterios de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias . Evaluación ágil y dinámica del coste-efectividad de las nuevas posibilidades. Relación directa con el INESS.
Inexistencia de tecnologías para el análisis y la evaluación	Un sistema que use adecuadamente las nuevas tecnologías tanto en sistemas de información como en sistemas de comunicación.	Horizontalización comparable de los Análisis de Grandes Bases de Datos de los Sistemas de Información.	- Creación de la Comisión Nacional para la renovación del CMBDSS, desde del Instituto Nacional de Excelencia Socio-sanitaria. - Análisis continuo y publicación transparente de los resultados.
		Extensión del uso de las TICs en todos los órdenes de la salud.	- Consejo de estilos de vida a través de redes sociales. - Citación y agenda a través de plataformas web. - Permitir Teleconsulta en agenda. - Promover foros de apoyo entre pares. - Permitir uso de telecomunicación de familiares ingresados con familiares y redes sociales de apoyo.
		Exigencia de la interoperabilidad de los medios básicos tecnológicos	- Interoperabilidad inmediata de tarjetas de salud (que incluyan información básica sanitaria y social). - Interoperabilidad en todo el Estado de historia clínica y social.
Inexistencia de cultura de mejora.	Sistema orientado a la innovación y a la mejora y aprendizaje continuos.		- Creación del Comité General de Prospectiva del SNS

Hecho	Meta	Medida	Acciones para su desarrollo
Reajustes presupuestarios que ponen en peligro la innovación terapéutica.	Fomento de la innovación terapéutica eficiente y de calidad.	Promoción de la mejora evolutiva de capacidades terapéuticas farmacológicas	- Nuevo pacto entre Gobierno y Compañías Farmacéuticas que dote de tranquilidad al sector, garantice una política de precios justa y sostenible, una gestión ágil de la deuda en medicamentos, una introducción regulada y exigente de nuevas terapias financiadas, y contratos de riesgo compartido basados en resultados en salud.
No aprovechamiento de posibles sinergias debido a la descentralización de la gestión sanitaria.	Sistema público eficiente con herramientas justas de compra centralizada	Creación de plataformas de compra para productos genéricos: pactos por la sostenibilidad comercial y la competencia de calidad.	- Centrales de compra eficiente y razonable de productos genéricos a nivel nacional.
Desaprovechamiento de posibles sinergias entre el sector público y el privado.	Aprovechamiento de las mejores capacidades del sector privado a la eficiencia en la gestión de recursos.	Análisis estratégico y priorización de las virtudes y competencias del sector privado al SNS.	- Gestión de centrales de compra. - Inversiones en conectividad de sistemas. - Inversiones en sistemas tecnológicos que den cobertura a las nuevas necesidades de Sistemas de Información, telemedicina, y análisis de Big data. - Campañas de internacionalización de servicios sanitarios y sociales. - Alimentación saludable, nutrición y dietética. - Adaptación de centros complementarios de convalecencia y larga estancia. - Servicios y centros de ejercicio físico para la salud. - Externalización sistemática de servicios complementarios que no sean el "core bussiness" del sistema de salud: comedores, limpieza, lavandería, etc. - Evaluación sistemática del concierto de servicios.
		Integración adecuada de recursos socio-sanitarios complementarios al SNS.	- Mejora de la adaptación de los centros residenciales a centros socio-sanitarios de complejidad baja y media. Mejora en la financiación anual y prolongación de tiempos de concierto que permitan las reformas. - Mejora de la tarifa por concierto de plazas, complementando las partidas iniciales de la dependencia con incentivos de ahorro desde el sector sanitario.
		Políticas de CPP basadas en coste efectividad y ahorro de costes aportados (Social Bonds like) y proyectos de riesgo compartido.	- Introducción y ensayo de nuevos servicios basados en el impacto en salud y el ahorro de recursos. Creación de medidas legales que permitan el pago por ahorro.

Nivel asistencial (I)

Hecho	Meta	Medida	Acciones para su desarrollo
Desequilibrio e inequidad territorial en la planificación de determinados servicios. Falta de solidaridad regional.	Cartera de Servicios mínimos garantizados. Proporción entre servicios necesarios y servicios ofertados.	-Planificación poblacional y territorial de los recursos. -Desinversión en servicios de bajo valor añadido y alto coste. -Revisión y priorización de la Cartera de Servicios y prestaciones del sistema sanitario y de atención a la dependencia. - Sistema de seguimiento, publicidad e incentivos a la cooperación interregional.	- Implementación de Sistemas de Planificación equitativa de recursos y servicios, que equilibren oferta, población y accesibilidad. - Regulación Nacional del Nivel Mínimo Gasto sanitario exigible por habitante. - Nuevo Real Decreto de Servicios y Prestaciones Mínimas comunes (sanitarias y sociales) del Sistema Nacional de Salud Socio-sanitario. - Aprobación centralizada del Catálogo de principios farmacéuticos y tecnológicos financiados por el SNS en materia tanto diagnóstica como de tratamiento y soporte de enfermedades.
Escaso peso de la prevención	Priorización de la promoción de la salud y la autonomía personal.	-Incorporación del concepto salud en todas las políticas. -Refuerzo de Prevención Primaria. -Alineamiento entre políticas sociales y políticas de salud ligadas también al ámbito local. - Unificación y fomento de las acciones que fomenten el envejecimiento saludable y la promoción de la autonomía personal.	- Programa prioritario interministerial e intersectorial a nivel nacional y regional: Horizontalidad de las Políticas de Salud Pública: empleo, educación, protección social... - Recentralización de las competencias en materia de regulación legislativa de seguridad alimentaria, salud medio-ambiental y calendario vacunal. - Refuerzo centralizado en los medios de comunicación de mensajes sobre hábitos de vida saludable. Corriente de comunicación saludable. Proyecto "Salud es..." - Medidas fiscales que estimulen la comercialización de servicios de ejercicio físico, así como la producción y comercialización de productos bio-saludables. - Acuerdos entre Salud y Deportes, para estimular la promoción local de ejercicio físico: "Salud es el ejercicio físico". - Intensificación de medidas de apoyo para abandono de hábitos tóxicos: drogodependencias, tabaco, nuevas adicciones. - Incremento de las partidas de gasto destinadas al incremento de la Autonomía Personal.
		Refuerzo en Prevención Secundaria.	- Refuerzo de la I+D+i en diagnóstico precoz: foco en la temática en las órdenes de subvención de investigación. Evaluación costo efectiva de medios de diagnóstico precoz. Genética y diagnóstico precoz.

Nivel asistencial (II)

Hecho	Meta	Medida	Acciones para su desarrollo
	Atención no institucio- nalizada	Desarrollo de recursos y servicios que eviten la hospitalización e institucionalización siempre que sea posible.	- Desarrollo de soporte especializado a domicilio como apoyo a los EAPSS: - Hospitalización y soporte intensivo domiciliario. - Equipos de Cuidados Paliativos. - Equipos de soporte asertivo comunitario (salud mental). - Desarrollo de la rehabilitación comunitaria; evitando el traslado al hospital e aquellos procesos que no requieran una intervención intensiva: - Soporte periférico de rehabilitadores. - Presencia de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales en EAPss. - Complementariedad en el uso de recursos sanitarios y sociales para el uso de gimnasios rurales de residencias y centros de día para el proceso de rehabilitación integrada. - Protocolos que faciliten el alta precoz hospitalaria: - Comunicación anticipada del alta a los EAPss. - Intervención social precoz al ingreso hospitalario para búsqueda de recursos desde el inicio del proceso asistencial hospitalario. - Desarrollo de procedimientos lo menos invasivos posible. Fomento de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

4. INICIATIVAS PARA AVANZAR EN EL RECORRIDO

“... Deberían establecerse (consensuadamente) objetivos cuantitativos que limiten el margen de desigualdad actualmente existente entre territorios (en indicadores de accesibilidad, de calidad, de resultados)”

(Rosa Urbanos)

Habremos de alternar las grandes medidas que deberán posibilitar los cambios estructurales mencionados, con iniciativas concretas que al mismo tiempo vayan facilitando operativamente los cambios culturales necesarios.

A continuación se destacan varios elementos cuya implementación podría comenzar de manera inmediata a estimular dichos cambios en el seno del sistema actual.

Sería de especial interés articular de antemano fórmulas de convenio y colaboración que favorezcan la implementación de iniciativas de riesgo compartido en base al impacto social y la eficiencia obtenida en la aplicación de proyectos e iniciativas que propongan la incorporación de nuevas tecnologías, nuevos principios terapéuticos o nuevos programas organizativos o asistenciales. (Modelo similar a “social impact bonds”). Dichas alternativas requieren urgentemente de estudios prospectivos que apliquen criterios de contabilidad analítica capaz de valorar la mejora y el impacto económico positivo de su futura implantación para poder estimar con certeza y

evidencia la inversión necesaria para su implementación generalizada y el ahorro de costes que se prevé obtener.

4.1. Priorización de Programas de Promoción de Autonomía Personal y de Promoción de hábitos de vida saludable

Más allá del puro consejo mediático, las intervenciones que instrumentan servicios que trabajan en la transformación de la psicología social consiguen concienciar sobre los hábitos de vida y han conseguido modificaciones. Programas de enfoque poblacional que conlleven actividades de ejercicio físico y estímulo activo de la capacidad funcional en mayores, han demostrado aunar la creación de empleo capacitado en el ámbito local, dinamización social, disminución de la prevalencia de enfermedades crónicas, aumento de la autonomía personal y disminución del consumo de recursos sanitarios.

Es necesario llevar a cabo proyectos que analicen el impacto económico de implementar

actividades de ejercicio físico controlado en poblaciones reales de diferentes localidades y perfiles. Sería necesario valorar económicamente tanto el coste-utilidad como el ahorro económico que obtienen actividades de ejercicio físico controlado en las diferentes enfermedades crónicas en base al ahorro en medicamentos, el retraso en el avance de los trastornos metabólicos que podrían suponer, así como la disminución en la asistencia sanitaria que facilitan (disminución de consultas de atención primaria, atención especializada o días de ingreso).

Otro aspecto clave es la alimentación adecuada y el control de los hábitos tóxicos entre los cuales destaca el hábito tabáquico que es la principal causa de mortalidad evitable en los países desarrollados. Naciones como Suecia que gracias a modificaciones en sus hábitos dietéticos incorporando más fruta y verdura a su dieta, y disminuyendo las grasas saturadas, así como la disminución del hábito tabáquico hasta los niveles más bajos de Europa, han conseguido que los años de vida con buena salud en mayores de 65 años sean los más altos del mundo. La inversión y los esfuerzos en promoción de la salud se acumulan en las generaciones venideras y se ven más largo plazo en la salud global de la población, amén de la significativa reducción de gasto asistencial que producen para el sistema.

En estos campos el liderazgo del sistema de salud debe ser clave, evolucionando de conceptos como Hospital a Complejo de Salud con mucha más carga ambulatoria, domiciliaria y preventiva, fomentando más la educación del paciente en salud, de manera que el autocuidado y el empoderamiento del paciente y del ciudadano en salud sea la norma. Un hecho destacable en este aspecto de la mejora de la salud global como demuestra el caso de Suecia es que además desemboca en una frecuentación al médico de las más bajas de Europa.

La salud pública en el amplio sentido de la palabra (que incluye la educación para la salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad) debe impregnar toda la sociedad, es decir, el comportamiento habitual de toda la comunidad. Para ello, además de la acción intersectorial el papel de dinamizador y educador del sistema de salud es clave.

4.2. Rediseño de los principales procesos asistenciales englobando recursos de atención primaria, atención especializada y atención socio-sanitaria

El diseño de los procesos asistenciales está habitualmente dominado por dos hechos fundamentales:

- Por un lado, la fragmentación de los servicios que ha de prestar cada nivel asistencial dentro del sistema sanitario y de estos con los recursos sociales que podrían servir de complemento con un diseño adecuado. Diversas iniciativas han mostrado con estudios prospectivos como con el uso alternativo de recursos sociales, en principio no tenidos en cuenta por el ámbito sanitario, se obtienen mejores resultados terapéuticos a menores costos.
- Por otro lado, no suelen tener en cuenta la valoración cualitativa que hacen los afectados de su aplicación real. Enfatizamos en la necesidad de la valoración por parte de los propios afectados de la utilidad real que los diferentes pasos de las vías clínicas ofrecen a los pacientes con las diferentes enfermedades. La experiencia vital del día a día de la enfermedad puede mostrar que determinadas necesidades podrían ser cubiertas por diferentes tipologías de servicios al clásicamente sanitario: algunos recursos comunitarios podrían ofrecer alternativas en la atención de ciertos pacientes.

Esta medida trata de reevaluar y rediseñar los procesos asistenciales dirigidos a los problemas de crónicos de mayor prevalencia, pero sumando posibles nuevas alternativas asistenciales desde el ámbito de la comunidad y desde el sector social a las vías clínicas habituales del sector sanitario. Para dicho rediseño de procesos es necesario poder contar además con la experiencia de los propios colectivos afectados y la evaluación posterior de costes por proceso comparativamente con las alternativas tradicionales.

Este diseño de los procesos debe dar lugar a vías clínicas, guías de práctica clínica, protocolos y consensos basados en la evidencia científica disponible, tratando -por cuestiones de seguridad del paciente- de ser lo menos inter-

vencionistas posibles, es decir, más ambulatorios y mínimamente invasivos.

La incorporación en los procesos asistenciales de la parte de promoción de la salud, prevención de las complicaciones y aspectos rehabilitadores y sociosanitarios es imprescindible para convertirlos en verdaderos procesos integrales cuyo objetivo sea la mejora de la calidad de vida y añadir además de años de vida, salud y calidad a los mismos.

4.3. Reforma y adaptación de recursos complementarios que puedan ofrecer una alternativa eficiente a la hospitalización

Desarrollar recursos y servicios que ofrezcan alternativas a la convalecencia, la recuperación funcional de déficits recuperables, el cuidado intensivo prolongado o la larga estancia, es un mecanismo claro de inversión. Conseguiría ofrecer un resultado más eficiente asignando los recursos más apropiados a cada paciente en cada momento.

Se requiere comenzar con el ensayo de criterios de diferenciación de plazas asistenciales (residenciales, sociosanitarias, de media-larga estancia sanitaria) y de asignación de los pacientes subsidiarios a las mismas, en base a la complejidad

clínica (necesidad de medios técnicos y recursos humanos) y nivel de dependencia para pacientes con enfermedades crónicas (capacidad funcional y necesidad de cuidados personales). Posteriormente, se habría de realizar una valoración estimativa de los costes/proceso de atender cada tipología de caso de las nuevas alternativas frente a las tradicionales.

La atención en el propio domicilio, la telemonitorización, la telemedicina y la teleasistencia son, sin lugar a dudas, alternativas a la hospitalización y procesos asistenciales actuales que se deben potenciar, y que terminarán imponiéndose por comodidad y mayor seguridad para el paciente. Se deben de evaluar las experiencias existentes y desarrollar nuevas adaptadas a nuestra cultura y a la tecnología disponible.

4.4. Evaluación operativa sistemática de la calidad técnica, la efectividad terapéutica y la eficiencia en costes

Desde muchos foros se insiste en la necesidad de unificar las diversas agencias de evaluación tecnológicas de los servicios de salud -hoy día poco visibles y cuyos informes no son vinculantes- en una gran Agencia Central de excelencia y calidad que emita informes vincu-

Evolución hacia un modelo de categorización según necesidades sociosanitarias

NO	N1	N2	N3	N4
Mayores con +/- dependencia pocas necesidades sanitarias	Anciano frágil: Mayores en situación de riesgo sanitario que requieren un entorno que les atienda previniendo complicaciones de su estado de salud sin ruptura de la continuidad asistencial	Personas con dependencia y necesidad de cuidados sanitarios continuados relacionados con su patología crónica: - Incapacidad funcional severa establecida y no rehabilitable: secundaria a procesos neurológicos o a otras enfermedades crónicas - Complicaciones de demencias moderadas-severas	Pacientes con procesos crónicos invalidantes y/o terminales, o en procesos agudos de rehabilitación/recuperación que requieren Cuidados Sanitarios Continuados Intensos: - <u>Unidad de recuperación funcional:</u> rehabilitación - <u>Patología crónica</u> incapacitante que requiere <u>frecuentes controles clínicos</u> - <u>Unidad alteración de conciencia</u> que requiere atención continuada	Requiere discursos diagnósticos o terapéuticos que le ofrece el hospital de agudos Independientemente de su grado de dependencia, presentan alta necesidad de cuidados o intervención sanitaria, ya sea por una enfermedad aguda o por reagudización de enfermedad crónica

lantes para todas las CCAAs en cuestiones como implantación y acceso a determinadas tecnologías, fármacos, y su financiación por el sistema público de salud.

Esta agencia evaluaría de manera efectiva las actividades del sistema de salud estableciendo estándares, ratios y proporciones comparativas. Es necesario un benchmarking a nivel nacional con los datos generados para poder establecer una sana competencia interna entre centros e instituciones, y con ellos mismos como ejercicio de mejora continua, en la línea de obtener la excelencia tanto clínica como gestora y optimizadora de recursos. Esta evaluación debería ser extensible a las actividades sociosanitarias del sector privado y, por supuesto, a aquellas que el sector público contrate en salud con el sector privado.

A pesar de ser a priori una medida que debiera estar adecuadamente implantada con regularidad, en general el sistema público no puede publicar los resultados sobre la efectividad y eficiencia que obtiene con los recursos privados que concierne para los diferentes procedimientos o la atención de ciertos colectivos, principalmente porque no se dispone de los datos en la actualidad: no hay un sistema de información ni una metodología de evaluación. La única forma, de acabar de una vez por todas con las contradicciones entre la conveniencia o no de desarrollar servicios privados concertados desde la administración pública para la provisión de determinados servicios, es medir sus resultados en términos de efectividad terapéutica, la eficiencia o no de sus costes/proceso y la sostenibilidad de las circunstancias laborales de sus profesionales.

La presente iniciativa consistiría en diseñar e implantar herramientas de auditoría operativa de los servicios públicos concertados que permitieran esclarecer, evaluar y desmentir en caso necesario, la utilidad y eficiencia real del uso de recursos externos para la atención de ciertos procesos. Aclarar estos aspectos permitiría avanzar sin reservas en el futuro hacia los mismos modelos que sorprendentemente están desarrollando los países nórdicos, nunca puestos en duda respecto a la equidad que ofrecen, a pesar de su creciente uso de prestación concertada.

4.5. Avanzar en la implantación de Modelos de Gerencias locales Socio-sanitarias Integradas

La financiación per cápita, ajustada por edad y morbilidad, junto con el refuerzo de las estructuras de coordinación y evaluación horizontal de los procesos, con una atención de calidad especialmente dirigida a la atención de enfermos crónicos y con modelos piloto de coordinación entre AE-AP y el Sistema Social, sin duda, constituye una buena oportunidad para establecer nuevos marcos de colaboración tanto horizontal como público-privada.

Al igual que el National Health Service (NHS) del Reino Unido ha ido desarrollando en colaboración con la iniciativa privada y el tercer sector la comparación en calidad de atención ofrecida y sus costes resultantes de áreas geográficas en las que se ofrecen servicios sanitarios y sociales integrados, el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) necesitan proyectos piloto para su estudio. Probablemente el ámbito local supone un ejemplo claro de oportunidad de inversión privada en su oferta complementaria a los servicios de salud. Estos proyectos piloto requerirían inicialmente de un adecuado diseño del modelo de gobierno corporativo en el área, el directorio claro de recursos sanitarios y sociales -públicos y privados- con los que contar en el área geográfica en cuestión, y un alineamiento de todos los actores en el rol que cada cual debe adoptar en cada proceso asistencial diseñado. Posteriormente, se deberá realizar una evaluación estrecha de los costes por proceso resultantes, de sus posibles beneficios en salud y una autonomía en la gestión que permitiera una financiación cualitativa gestionada por gerencias únicas integradas.

Ya hay experiencias en España como las organizaciones sanitarias integradas (OSIs) que se están implantando en el País Vasco, Galicia y Cataluña y las áreas sanitarias integradas (departamentos de salud) de la Comunidad Valenciana, Murcia y otras Comunidades Autónomas. Es necesario profundizar en su conocimiento y en la evaluación de las mismas de manera que permita aprovechar el camino ya andado por estas experiencias, consolidando

la implantación de aquellas que demuestren su eficacia y efectividad.

Puesto que la influencia sobre la salud y la mejora de la misma depende mucho de los hábitos y los estilos de vida es conveniente que en dichas organizaciones se integre también la salud pública, para que estén impregnadas de una cultura de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrollando programas de educación para la salud a la población y mejora de sus hábitos de vida y el autocuidado en salud.

4.6. Adición sistemática y progresiva de nuevas tecnologías de la monitorización y telecomunicación a los procesos crónicos más prevalentes

A pesar del paso que se ha pretendido dar en los últimos años en el campo de la inclusión de las nuevas tecnologías a los procesos asistenciales, la comunicación a distancia está tan incrementalmente presente en nuestras vidas personales como atascada en su progreso de integración entre la manera habitual de proveer servicios tanto en el ámbito sanitario como en el social. Si bien se priorizaron inicialmente las iniciativas de telemedicina entre las consultas de los profesionales de atención primaria y de atención especializada, la tele-atención sanitaria entre médicos en consulta y pacientes en domicilio actualmente brillan por su ausencia a pesar de la previsible mejora en la resolución de casos no complejos que podría aportar.

Es necesario y conveniente el desarrollo de estudios de coste-efectividad prospectivos en los que, además de cuantificar los posibles impactos, se evalúen adecuadamente los beneficios asistenciales, el incremento de accesibilidad que suponen en cada caso y se identifique adecuadamente la tipología de consultas que mejor podrían adecuarse a esta implantación.

Este desarrollo es coherente con la necesidad de atender a las personas cada vez más cerca de su entorno tanto por seguridad clínica, (ya que los hospitales son fuente de riesgos como las infecciones nosocomiales), como por eficiencia y mejor control de los pacientes crónicos pluripa-

tológicos y frágiles (que deben ser controlados para evitar recaídas, agudizaciones e ingresos).

El esfuerzo tecnológico debe alcanzar a la informatización de toda la actividad asistencial en el sistema sociosanitario. La historia clínica electrónica es un avance básico para mejorar la seguridad, legibilidad y puesta en común de la información del paciente entre los profesionales que tienen que atender su proceso asistencial. Además, ofrece la infraestructura perfecta para poder obtener datos e indicadores para la comparación, la gobernanza, la gestión y la investigación.

4.7. Plataformas de difusión de resultados de la gestión clínica, la actividad asistencial desarrollada y de la consecución de objetivos en salud

Cualquier profesional del sistema sanitario público debería hacer gestión clínica, en el sentido de ajustar la indicación a lo mejor para el paciente teniendo en cuenta el coste, esto es aplicar la terapia más efectiva y segura al menor coste, ajustando la indicación a la necesidad real y a la mejor evidencia disponible, cuestionándose sobre la necesidad de la prueba, tratamiento o ingreso. La mayoría de las intervenciones no son inocuas, sino que tienen efectos adversos. La seguridad del paciente se beneficia de una práctica clínica prudente y ponderada que tenga siempre en cuenta el balance beneficio/riesgo de sus intervenciones.

Pero conseguir que la actuación del profesional sea la más coste-eficiente y la de mejor balance beneficio-riesgo es de los elementos más difíciles de implementar; ya que la gestión clínica implica involucrar al profesional en la misma. Para poder hacerlo se requiere capacidad de gestión, margen de maniobra, herramientas gestoras y presupuestos. En este sentido, es necesario que las unidades de gestión clínica pudiesen manejar presupuesto real y tuvieran capacidad de selección e incentivación de su personal.

La transparencia es una medida básica para el buen gobierno y una obligación irrenunciable de los sistemas públicos. Ante las dificultades de estructurar manera inmediata portales públicos

que requerirían en la teoría de una nueva regulación, la aparición de plataformas de publicación de buenas prácticas cotejadas, comenzarían a estimular la cultura de la publicación y la rendición de datos aunque al principio no pudieran establecerse extensas comparaciones.

Y es que al tiempo que maduramos en la obligatoriedad de la difusión de los resultados de la gestión pública, hemos de aprender los nuevos enfoques que requiere la minería de datos. En este sentido, es importante empezar a operar con iniciativas independientes aunque la información inicial fuera sólo de carácter parcial; ya que ello es considerablemente más productivo que la total opacidad de algunas cuestiones hoy día existentes.

Esta plataforma de buenas prácticas podría estar liderada por un organismo a nivel nacional con atribuciones similares al NICE británico y que hemos venido a denominar Instituto Nacional de Excelencia Socio-Sanitaria (INESS), que recogiera toda la información y la homogeneizara en indicadores comparables para todo el sistema de salud, de manera que tuviéramos un Big-Data de salud en España. Este Big Data serviría tanto para la evaluación y planificación como para comparación e investigación, implantando la cultura de la mejorar continua del sector y de los niveles de salud del país.

4.8. Avanzar en la autonomía responsable de gestión de los Servicios de Salud

Apostamos por el progreso de las organizaciones sociosanitarias para que puedan tener personalidad jurídica propia y la suficiente autonomía de gestión para el manejo de sus presupuestos, su capital humano y sus recursos en general. Se debe profundizar aún más en la verdadera gestión clínica con posibilidad de descentralizar presupuestos y decisiones en los servicios. Todo ello sin perjuicio de una verdadera coordinación y evaluación permanente por parte de los servicios centrales de las Consejerías de Salud y Servicios Sociales. La manera más justa y equitativa es financiar por población ajustada a riesgo a los proveedores de servicios de manera que se comparen objetivamente los resultados en función de los gastos.

Las Consejerías de salud y Servicios Sociales deberían ocuparse de la política general socio-sanitaria y ejercer el papel de comprador de servicios sociosanitarios. Los servicios de salud socio-sanitarios deberían establecer estándares de calidad y controles de la misma. En el caso de gestionar servicios directamente la administración pública, debe tener presupuestos cerrados por población y sus resultados ser estrechamente controlados tanto en su gestión de recursos como en sus resultados en salud.

4.9. Plan general del capital humano en el ámbito sociosanitario

El capital humano es el principal activo de las organizaciones sanitarias y sociales. De nada vale tener la más alta tecnología si los profesionales no están capacitados o motivados para su uso adecuado y costo-efectivo. En la actualidad la vinculación funcional o estatutaria es la norma. Se debería hacer un plan general de ordenación de las profesiones sanitarias y sociales con un acercamiento entre ambas respecto de las competencias sanitarias que antes hemos descrito. El estatuto del personal socio-sanitario debe poder premiar el mayor rendimiento y poder discriminar tanto en promoción como en sueldo a los mejores y las mejores actitudes en cuanto al cumplimiento de objetivos de calidad y eficiencia objetivamente evaluados, sin que ello tenga por qué implicar la pérdida de los derechos adquiridos.

Las competencias deben ser objeto de evaluación periódica para establecer una verdadera promoción profesional no basada sólo en la antigüedad sino en especial, en el desempeño. La revisión permanente de los estudios de postgrado para que se adapten a la realidad cambiante del panorama sociosanitario debe ser la norma y no la excepción.

4.10. Proveedores de salud como socios del sistema sociosanitario

Una parte importante e integrante de la cadena de valor sanitaria radica en los proveedores: empresas farmacéuticas y de tecnología médica. En ellos reside una carga de costes significativa y por lo tanto, surgen también oportunidades de

aumentar o explicitar el valor que estos proveedores aportan al sistema de salud.

El rol de estas empresas debe evolucionar, pasando de ser un mero “suministrador” a un posicionamiento de socio del sistema sanitario. Para ello, los proveedores deben involucrarse en la gestión global de la enfermedad; conociéndola a fondo e identificando oportunidades que permitan conseguir unos mejores resultados en salud para los enfermos y consecuentemente eficiencias económicas para el sistema.

Las fórmulas que los proveedores están adoptando (ampliamente establecidas en otros ámbitos y geografías y que están comenzando discretamente en la sanidad española) son diversas, siendo especialmente interesantes aquellas que se basan en conseguir una mejora en los resultados en salud de los enfermos. Un ejemplo son los programas de gestión de

pacientes, que contienen diferentes módulos complementarios al tratamiento farmacológico (como intervenciones para la prevención, detección precoz, aumento de la adherencia, monitorización de la enfermedad o introducción de conductas sanas en los pacientes) que revierten en una reducción de estancias hospitalarias y costes asistenciales. Otro ejemplo son los acuerdos de riesgo compartido, donde el valor y la retribución asociada a un tratamiento está fuertemente ligada a los resultados en salud que se obtienen con los pacientes.

Los proveedores deben estar dispuestos a adaptar sus modelos de negocio y de ventas a esta nueva realidad, a compartir riesgos y a realizar ciertas inversiones para apoyar una mejor gestión de pacientes. Del mismo modo, las administraciones deben flexibilizar y habilitar fórmulas que permitan reconocer el valor añadido que se está procurando a los pacientes.

5. CONCLUSIONES

Merece la pena invertir en el sistema público que vele sobre nuestra salud, como el elemento fundamental sobre el que basar la productividad del país. Esto pasa por entender que la consecución del mejor estado de salud posible es requisito ineludible para una productividad social sostenida. El sector socio sanitario mueve en España más de 100.000 millones de euros, casi un 10% del PIB. Aporta puestos de trabajo, investigación, desarrollo e innovación, además de cohesión social, seguridad y solidaridad: valores necesarios para el desarrollo y el progreso social. Auxiliariamente, existe una gran industria alrededor de gran complejidad y alta tecnología.

Al mismo tiempo el sistema sociosanitario en su conjunto comprende el mayor elemento de gasto global de los presupuestos públicos tras las pensiones y constituye la primera partida de gasto de las CCAAs y, requiere un rediseño que permita la adaptación a los cambios demográficos del entorno y la nueva prevalencia de enfermedades (necesidades reales de salud de la población) para su optimización, su adecuada inversión, el aprovechamiento de los recursos infrautilizados y la generación de una nueva conciencia de autocuidado y salud responsable.

Para ello proponemos:

- Evolución del Modelo, manteniendo los pilares básicos del Sistema, de manera que englobe lo salubrista (salud pública y promoción de la salud) lo sanitario y lo social, incorporando elementos de calidad de gran calado tanto en la propia legislación básica, como en la creación de instrumentos estructurales y organizativos que permitan una reorientación de los servicios indispensables en base a su utilidad en salud igual para todos los ciudadanos del Estado, una descentralización coordinada, y una organización eficiente y evaluada públicamente en sus resultados tanto de gestión como de salud.
- En tanto se obtienen los consensos necesarios para aplicar las medidas a gran escala, comenzar con la aplicación local y autonómica de iniciativas que comiencen a dinamizar de abajo a arriba los cambios pertinentes. En el presente documento se recogen algunas de ellas que pueden ejecutarse de manera práctica y ágil en el contexto actual.
- Priorización de la inversión en salud pública y atención sociosanitaria; en coherencia con

el cambio epidemiológico de las sociedades desarrolladas que camina inexorablemente hacia una hegemonía de los problemas y crónicos de salud y mayores tasas de dependencia.

- Implantación evaluada y sistemática de sistemas de información compartidos e interoperables y desarrollo continuo de las nuevas tecnologías de la información en un ámbito de colaboración público-privada y comienzo de su implantación en el campo de la atención sociosanitaria.

- Aspiramos a preservar y mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de nuestra población, al tiempo que a disponer de un sistema de salud integral que sea considerado elemento de generación de productividad y riqueza social. El sistema sanitario y el social no son elementos de gasto que hay que cercenar. Al contrario, mediante su avance y adaptación son parte esencial para contribuir a salvar la crítica situación actual. Podemos y queremos hacerlo; empecemos ya.



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN