

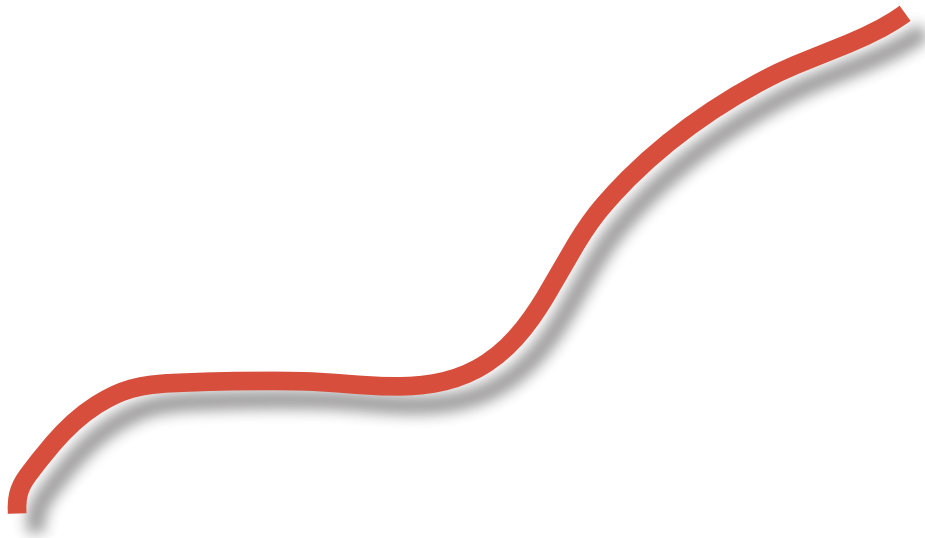


oro por la mejora del SNS

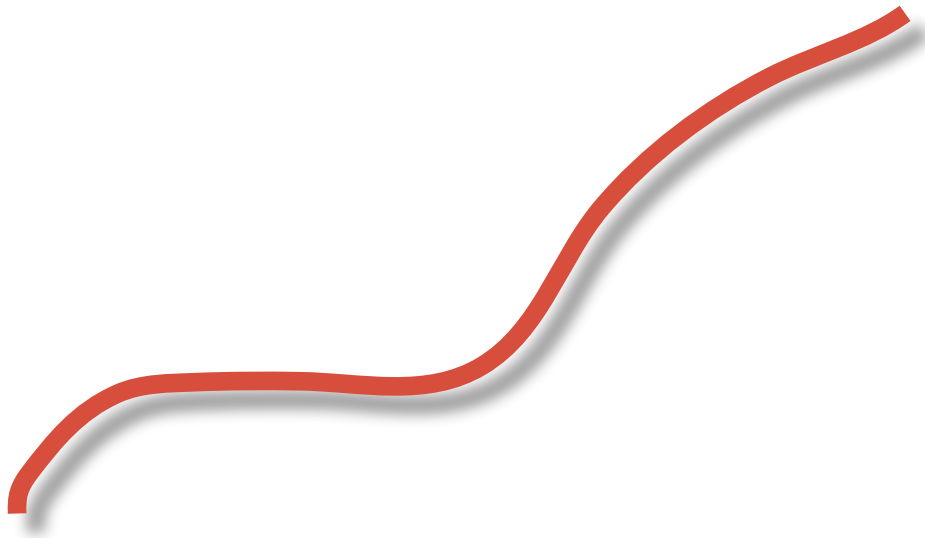


**POR UN NUEVO
CONTRATO SOCIAL
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Resúmenes



**LA SUFICIENCIA FINANCIERA DEL
SISTEMA PUBLICO DE SALUD**



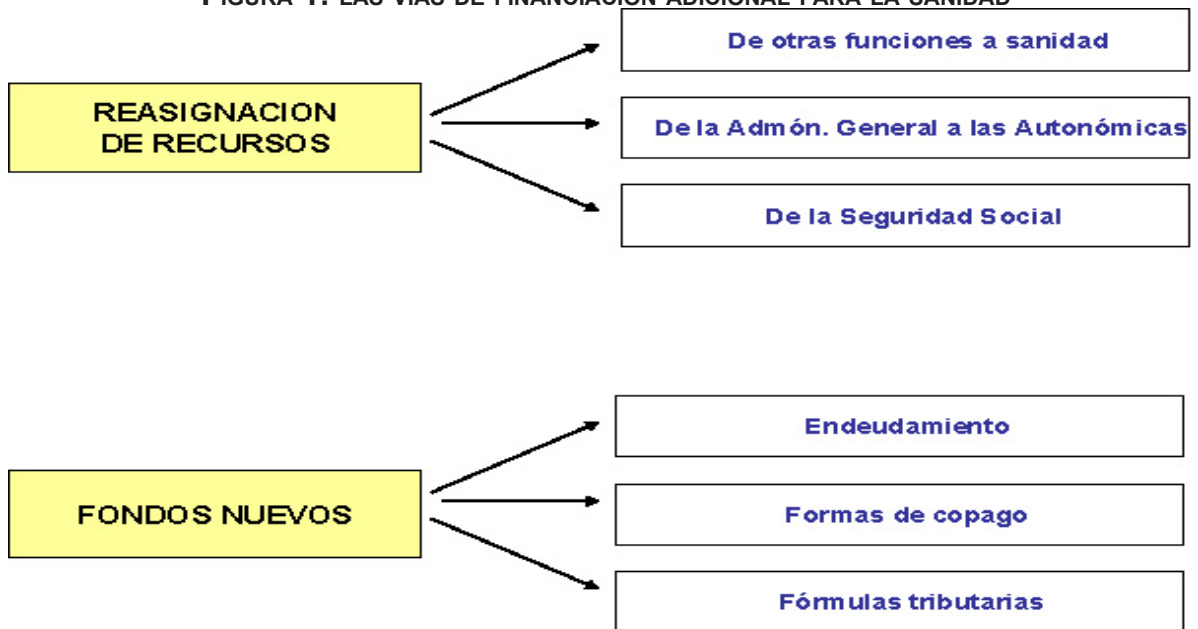
Juan A. Gimeno Ullastres
Pedro A. Tamayo Lorenzo

Existe un cierto consenso en que la última reforma del sistema de financiación autonómica supuso algún avance en el camino de la autonomía y la corresponsabilidad de las haciendas autonómicas. Pero aún mayor es el acuerdo en que se quedó corto en muchos aspectos. En concreto, todos los datos parecen indicar que las transferencias sanitarias están generando déficits crecientes progresivamente inasumibles.

En los últimos meses se ha planteado la necesidad de revisar el sistema de financiación de la sanidad descentralizada, a la vez que se reclama desde diversas Comunidades la urgencia en abordar el déficit sanitario, cuyo montante se ha cifrado en más de 4.500 millones de euros.

Es necesario buscar fórmulas para solucionar el desequilibrio financiero que empiezan a consolidarse de forma explosiva en algunas Comunidades y parece difícil separar ese debate del sistema de financiación autonómica. Desde esa perspectiva, las posibles vías para conseguir esa financiación adicional son las reflejadas en la Figura 1.

FIGURA 1: LAS VÍAS DE FINANCIACIÓN ADICIONAL PARA LA SANIDAD



Cualquiera de las posibilidades de reasignación de recursos consiste simplemente en aplicar a sanidad algunos de los recursos que hoy están dedicados a otros fines. Esta alternativa supone mantener sin variación el nivel de los fondos públicos y, consecuentemente, la presión fiscal. Esta es su principal ventaja pues no implica la impopular medida de subir los impuestos. La segunda ventaja es la inmediatez: su eficacia puede ser automática a partir de la aprobación de los nuevos presupuestos o, incluso, de una transferencia de crédito. Pero, en términos coloquiales, estas soluciones implican desnudar un santo para vestir a otro: podrían permitir un alivio momentáneo, y probablemente insuficiente, del problema, pero en ningún caso ofrecen la solución estructural y estable que se necesita.

Desde una perspectiva de eficiencia general del sistema, el copago podría resultar beneficioso tan sólo en casos muy específicos de servicios escasamente relacionados con la salud y en los medicamentos no vinculados a enfermedades crónicas. En todo caso, cualquier sistema que intente aplicar algún tipo de participación directa del

Foro por la mejora del SNS

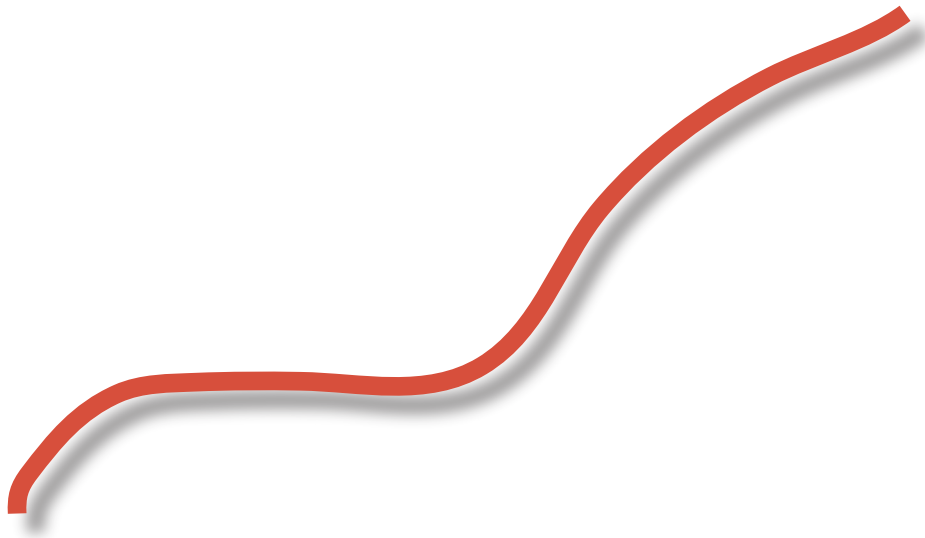
usuario en el pago de los servicios ha de ser necesariamente diferenciado según personas, rentas, enfermedades y tratamientos. Y cabe preguntarse en buen número de casos si las ventajas compensarán los costes derivados de las complicaciones para la gestión y para los usuarios.

Desde la perspectiva financiera, las opciones anteriores no parece que puedan aportar grandes soluciones ni para la reducción significativa del gasto ni para la obtención de fondos adicionales relevantes. Todo parece abocar a la necesidad de arbitrar algún mecanismo de financiación estable, adicional a lo existente y ligado a las Administraciones Autonómicas que son las que gestionan y financian las prestaciones sanitarias. En otras palabras: que el debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario está hoy ineludiblemente ligado al que afecta al sistema de financiación autonómica y al incremento necesario de la corresponsabilidad fiscal.

Necesitamos dejar en manos de cada Gobierno la capacidad normativa necesaria para decidir qué nivel de gasto sanitario desea y cómo financiarlo. Sin necesidad de (ni derecho a) pedir esos recursos de otras instancias de gobierno. El Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos marca la dirección correcta. Un gasto como el sanitario requiere apoyarse en una figura de gran potencialidad recaudatoria. Si en la financiación autonómica se ha avanzado de forma decidida en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, esta es la ocasión para hacerlo también en el otro gran impuesto del sistema: el Impuesto sobre el Valor Añadido.

Un esquema posible implicaría un impuesto sobre el consumo en fase minorista con un tipo inicial del 3 - 4 %, afectado al gasto sanitario, acompañado de una reducción del IVA general de 2-3 puntos. Esta solución implicaría la ventaja adicional de que el nivel de gasto, y de presión tributaria correspondiente, estarían ya en manos de cada Administración. Carecería de sentido cualquier reivindicación de nuevos fondos generales cuando las Haciendas Autonómicas dispondrían de mecanismos a su alcance para conseguirlos cuando lo consideren conveniente.

**DEMOCRACIA Y CIUDADANIA SANITARIA:
NUEVAS CREDENCIALES DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD.**



¿A dónde vamos...? ¡No nos olvidemos de los ciudadanos: el ciudadano sanitario...

José María Antequera Vinagre

El contexto actual y debate sobre financiación y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), las dinámicas políticas que generan el Estado Autonómico, la vis impulsora con origen en la Unión Europea, el interés superior de los pacientes y usuarios, y la vital consideración de las prestaciones sanitarias fuerzan a replantear al Sistema Nacional de Salud (SNS) del siglo XXI bajo los determinantes **principios de CIUDADANÍA Y DEMOCRACIA SANITARIA**.

Todo debate sobre el SNS que se limite a los **parámetros de financiación, de delimitación competencial, de planificación,...** será un debate limitado si no va unido a un desarrollo en paralelo de una revitalización de los derechos de los ciudadanos sanitarios, y de los elementos que fortalezcan la soberanía sanitaria. Entre los nuevos principios que deben articular el SNS se deben encontrar:

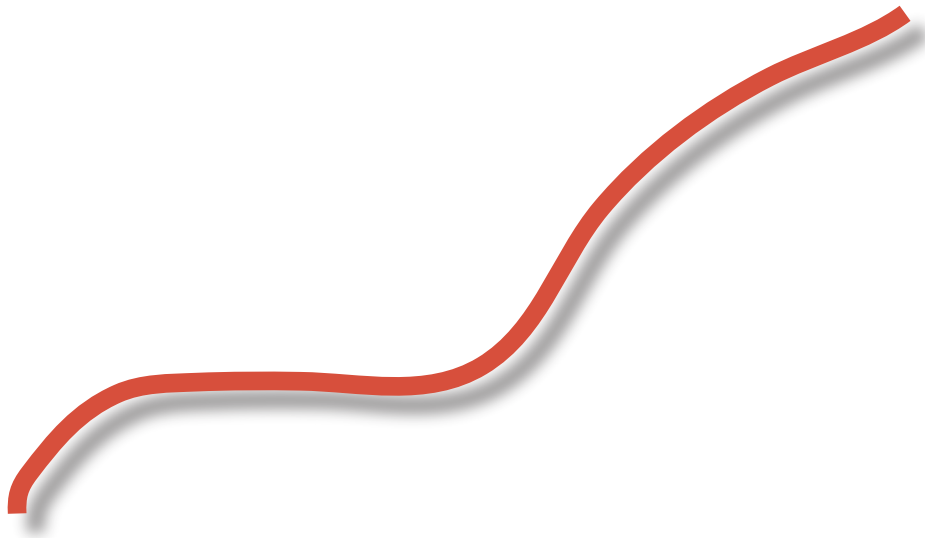
- a. Principio de Ciudadanía.
- b. Principio de participación democrática.
- c. Principio de cooperación institucional (sistema sanitario abierto).
- d. Principio de libre circulación de pacientes.
- e. Principio de seguridad jurídica de la prestación sanitaria.

La democracia y la ciudadanía sanitaria como entes legitimadores del SNS se construirían desarrollando algunas de las siguientes líneas estratégicas:

1. Hay que buscar una nueva base de legitimación social del SNS que trascienda de lo meramente organizativo y competencial: una apuesta que puede ser de interés es la construcción jurídico-constitucional de la ALTA FUNCIÓN TUTELAR. El nuevo escenario de reforma de la Constitución Española de 1978 y el paralelo proceso de aprobación por los ciudadanos europeos de la Constitución de la UE deben orientar una reflexión-reforma de la naturaleza del derecho a la protección a la salud como un derecho fundamental esencial incondicionado.
2. El presente marco regulatorio de las prestaciones sanitarias debe superarse mediante una norma de rango adecuado a la necesaria configuración del derecho a la protección de la salud como derecho fundamental que otorgue un contexto de clara seguridad jurídica (exigibilidad) al conjunto de los ciudadanos del Sistema Nacional de Salud.
3. En coherencia con el anterior punto, es de interés recordar el artículo 1.1 de la Constitución Española de 1978 al configurar nuestro Estado como social y democrático de derecho, y en su consecuencia el Estado de Derecho debe insertarse con toda su intensidad en el Sistema Nacional de Salud, y ¿en qué sentido?: el Sistema Nacional de Salud del siglo XXI debe poseer uno válidos y adecuadas **normas jurídico-procesal** que garanticen al ciudadano sanitario la materialización de su derecho “fundamental” a la protección de la salud.

En definitiva-idealista conclusión, **la idea de ciudadanía y democracia sanitaria y sus principios satélites deben insertarse en el Sistema Nacional de Salud como elementos legitimadores. Asimismo las prestaciones sanitarias y la exigibilidad jurídico-procesal es un binomio inseparables.**

**LA COBERTURA POBLACIONAL DEL SNS:
IMPORTANCIA Y RETOS DE LA UNIVERSALIZACIÓN
Y LA EQUIDAD EN EL ASEGURAMIENTO.
CONTRIBUCIÓN AL DEBATE SOBRE
EL FUTURO DEL SNS.**



José-Manuel Freire Campo

Desde principios de los años 90 prácticamente toda la población tiene cobertura sanitaria de la Seguridad Social, cuya universalización de facto constituye un gran logro de la sociedad española y uno de los factores que más contribuyen a su cohesión y vertebración y a su bienestar individual y colectivo.

Sin embargo, esta realidad no es tan positiva como podría parecer: existen españoles que no tienen cobertura sanitaria pública, el título de derecho a la misma (e incluso sus prestaciones) es diferente para distintos grupos sociales. De hecho, después del tiempo transcurrido desde 1989, cuando se alcanzó el actual nivel de cobertura sanitaria pública, la universalización de la misma no es todavía un derecho cívico, igual para todos los españoles, ligado a la única condición de ciudadanía o residencia. El aseguramiento sanitario en España es una realidad abigarrada de diferentes títulos de derecho, desigualdades en el tipo de cobertura y provisión de servicios sanitarios, con consecuencias muy negativas para el Sistema Nacional de Salud, su equidad, calidad y buen funcionamiento. Además, la creencia, tan errónea como generalizada, en la realidad del derecho universal al SNS, contribuye a perpetuar las desigualdades y la confusión existentes.

El aseguramiento sanitario, su cobertura poblacional y la naturaleza del derecho a la misma, su equidad y contenido, constituyen el núcleo mismo de lo que define a un sistema sanitario y su valores. Su importancia es por ello crucial para el debate sanitario actual y va mucho más allá de ampliar la cobertura a las decenas o centenas de miles de españoles que todavía no tienen cobertura pública, con ser ello grave e injusto en un sistema financiado por impuestos. Es grave que la naturaleza del derecho a la cobertura sanitaria sea diferente según la situación laboral o económica, la del cónyuge o de los padres, y que pueda variar en el tiempo. Es también particularmente importante –tras cerrarse todas las transferencias y con el modelo de financiación actual- aclarar la naturaleza del aseguramiento del SNS como prestación no contributiva de la Seguridad Social, igual para todos los españoles, la instancia con autoridad-competencia en relación con el mismo, así como su papel en garantizar la equidad en el acceso a los servicios y su calidad.

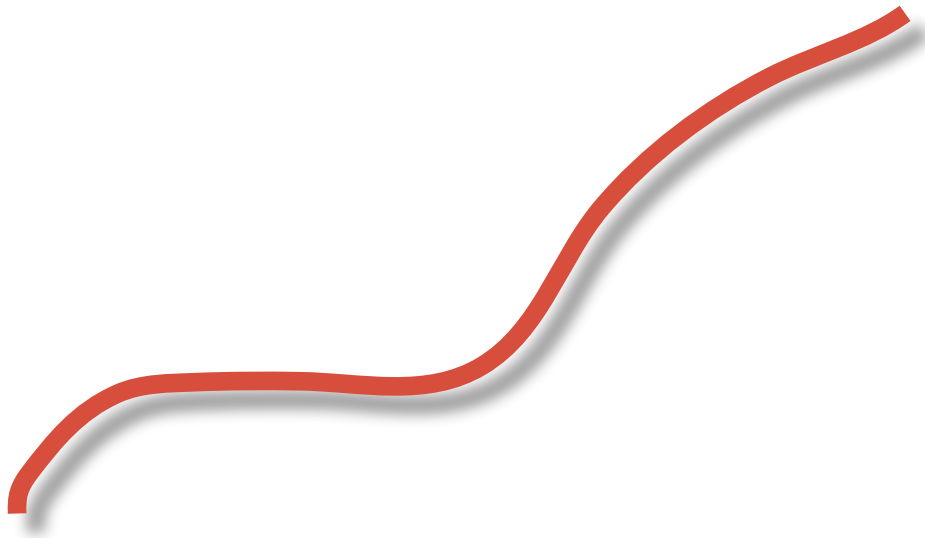
En este documento se revisa la situación actual de la cobertura-aseguramiento sanitario en España y sus implicaciones de todo tipo. A partir de este análisis se concluye y argumenta la necesidad de proceder a la universalización de iure de la cobertura sanitaria pública, con igual título de derecho para todos los españoles y residentes legales. Esta medida daría al SNS más equidad e igualdad (en coherencia con los valores de la Constitución y la LGS), y repararía la injusticia de que haya ciudadanos todavía sin derecho al aseguramiento sanitario. Además, sería una buena ocasión para actualizar algunos aspectos estructurales claves del SNS, al tiempo que clarificaría los derechos sanitarios de los ciudadanos dentro y fuera de su Comunidad Autónoma, y posibilitaría la existencia de una Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) con validez en todo el territorio, lo que facilitaría la movilidad intercomunitaria de los pacientes y la gestión de sus implicaciones económicas. Además, la universalización del aseguramiento resolvería también situaciones no justificadas y disfuncionales, como la de empresas colaboradoras, mutualidades de funcionarios, seguro escolar, etc.

Foro por la mejora del SNS

En el texto se argumenta la conveniencia de que esta medida vaya acompañada de la inclusión en el SNS de la atención a todos los riesgos para la salud cubiertos por seguros específicos dentro del sistema de Seguridad Social (enfermedades profesionales, accidentes de trabajo), transfiriendo también su financiación al SNS. Igualmente, se argumenta la conveniencia de transferir al SNS la atención a los riesgos para la salud cubiertos por otros seguros obligatorios, especialmente los accidentes de tráfico, junto con las primas recaudadas para su cobertura específica. Así, el SNS que ya viene prestando casi toda la atención sanitaria derivada de estas contingencias, recibiría también la totalidad de los recursos que la sociedad destinada a las mismas y que hoy sólo recupera en una parte mínima cuando atiende enfermedades profesionales, accidentes de trabajo, tráfico, etc. De este modo, a la importancia en sí misma de la universalización del aseguramiento sanitario por enfermedad común y accidente sin una cobertura obligatoria específica (laboral, tráfico, etc.), se añaden las muchas ventajas de actualizar, clarificar y unificar en el SNS la atención sanitaria de todo tipo de seguros sanitarios obligatorios, transfiriendo también al SNS la totalidad de su financiación específica.

La culminación de las transferencias, que implica a todos los partidos políticos del arco parlamentario en la gestión del SNS a través de los Servicios de Salud de las CCAA, debiera contribuir a lograr un consenso político similar al del Pacto de Toledo para hacer efectiva la universalización de iure y de facto de la sanidad, así como otras medidas estructurales necesarias para el buen funcionamiento de un sistema sanitario descentralizado, como el SNS.

INSTITUCIONALIZACION Y GOBIERNO DEL SNS



Luis Angel Oteo Ochoa
Jose Ramón Repullo Labrador

Foro por la mejora del SNS

El fortalecimiento de la arquitectura social del Estado articula los espacios democráticos, quiebra la polarización de la sociedad, legitima el sistema político, genera riqueza y empleo y potencia el principio de subsidiaridad otorgando competencias participativas a todos los niveles de la sociedad civil.

Los principios de este sistema social basado en la autoridad democrática se institucionalizan cuando representan fundamentos esenciales que aceptamos los miembros de la sociedad como marco de convivencia, tolerancia y respeto de ciudadanía; éstos valores, informan, condicionan y alinean las acciones y las políticas del bienestar.

Preservar las instituciones del bienestar, que custodian la constelación de valores y la cultura humanista de nuestra civilización occidental, se convierte por tanto en una exigencia irrenunciable de las sociedades democráticas avanzadas y una garantía de progreso y cohesión social.

La institucionalización del sistema sanitario público determina tanto su función estratégica, es decir, la orientación de la organización por principios y valores sustantivos, como el modelo social que lo sustenta y legitima, y que afecta al núcleo esencial de las relaciones colectivas, contribuye al desarrollo humano, precisa de racionalidad en la asignación de recursos y es un instrumento distributivo fundamental de intervención del estado.

Concluido el proceso de descentralización de los servicios sanitarios de la Seguridad Social conforme al desarrollo de las competencias estatutarias de las Comunidades Autónomas, es preciso revitalizar las estructuras horizontales y el desarrollo de la arquitectura estratégica del Sistema Nacional de Salud (SNS), para consolidar su cohesión y coherencia interna.

Una política institucional basada en la coordinación y colaboración sanitaria, puede facilitar un crecimiento ordenado y compartido de las carteras de prestaciones, ayudar a obtener dimensiones mínimas más eficientes en la gestión de los recursos, especializar funciones y servicios de salud sin producir rupturas en la cadena de valor asistencial y promover la modularidad horizontal y la conectividad organizativa.

La participación ciudadana a través de los instrumentos organizativos internos del SNS, se configura como una fuerza motriz que permite impulsar la democratización de la gestión de los servicios sanitarios y servir de garantía para la defensa de sus derechos sobre la base de la co-responsabilidad activa.

Por otra parte, la reputación social del SNS requiere de órganos de gobierno que asuman la responsabilidad de custodiar las credenciales de su misión, para así reforzar la base de legitimación ciudadana. Para este fin, el gobierno de las instituciones sanitarias deberá dotarse de nuevas competencias y capacidades para asegurar una rectoría coherente con los principios del SNS, que representen la garantía del derecho de todos los ciudadanos a la protección y al cuidado de la salud.

Son prácticas de buen gobierno las que se sustentan en el respeto, compromiso, ejemplaridad, dedicación, integridad, transparencia y honestidad en los comportamientos de la dirección institucional y de todos los agentes del sector sanitario con derechos de decisión. Por ello, una concepción renovada en el gobierno del SNS

Foro por la mejora del SNS

exige no solo ajustar las prácticas institucionales a los principios de legitimación social “*conformance*”, sino mejorar el proceso de lealdad y transparencia en la toma de decisiones de los agentes sanitarios “*performance*”.

La dirección y la praxis política de los servicios sanitarios debe articularse en base a criterios de competencia social; **1.-** contribuyendo a hacer a las instituciones más responsables; **2.-** creando capacidad dialógica entre los interlocutores sociales; **3.-** desarrollando sistemas de información y evaluación que contribuyan a racionalizar las decisiones y mejorar los resultados de salud; **4.-** promoviendo la calidad en la comunicación entre las instituciones y la sociedad; **5.-** impulsando un liderazgo creativo basado en el buen gobierno y en el funcionamiento eficiente de los organismos sanitarios; **6.-** estableciendo equipos y formas de trabajo cooperativo para conocer la verdad práctica y dotar de “autoritas” las decisiones esenciales, buscando la excelencia en el servicio a través de la investigación y la innovación.

La cultura de una institución representa las creencias y valores compartidos que se desarrollan y consolidan en un largo proceso de maduración y crecimiento de las organizaciones.

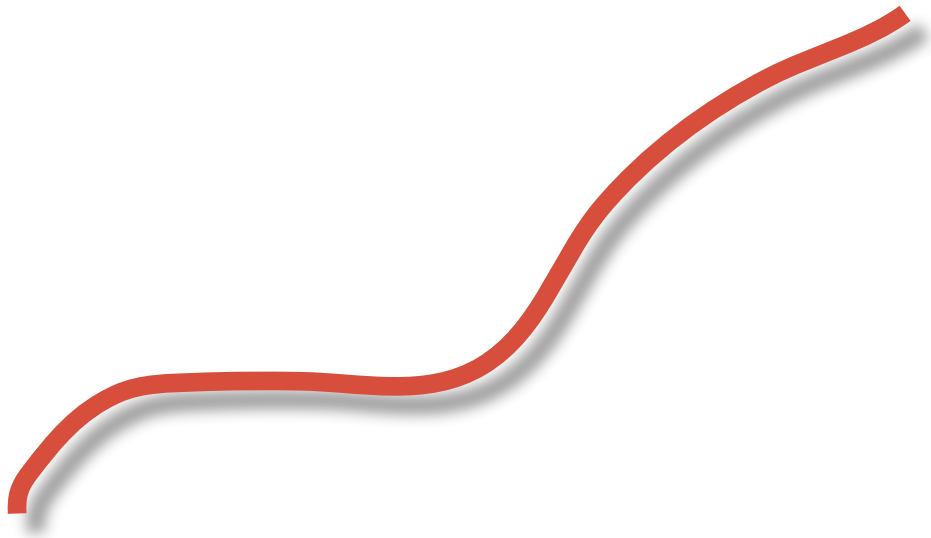
En el sector sanitario y en otros ámbitos de la función pública, el comportamiento, los conocimientos y la ética, están detrás de la cultura institucional, organizativa y profesional, que tiene su origen en la propia antropología social.

La responsabilidad de los agentes del SNS en el ejercicio de sus actividades y cometidos está representada por los conocimientos, la experiencia, los modelos de aprendizaje y preferentemente por los valores internos y la ética práctica.

El cambio de paradigma de las profesiones sanitarias viene determinado por la responsabilidad que exigen las grandes transformaciones económicas, tecnológicas, demográficas, epidemiológicas, organizativas, jurídico-laborales, éticas, culturales y sociales.

El reconocimiento derivado de un desarrollo profesional íntegro y leal, es un criterio cada vez más relevante en la reputación y la imagen social de las instituciones, que contribuye a crear una cultura organizativa de calidad y que ayuda a mejorar la legitimidad social de los servicios sanitarios.

SALUD Y SOLIDARIDAD INTERNACIONAL



Tal como recogen las conclusiones del diálogo “*Salud y Desarrollo: retos para el siglo XXI*” que ha tenido lugar en el Forum de Barcelona: “En el último siglo se han alcanzado destacados progresos en los indicadores de salud en todo el mundo... sin embargo, los avances han beneficiado esencialmente a las clases más ricas... incrementando la desigualdad y profundizando la brecha entre ricos y pobres”. De hecho, la brecha entre el 20% más rico y el 20% más pobre de la población mundial se ha multiplicado por 9, pasando de 9 a 80 entre comienzos y finales del siglo XX.

Esto exige un profundo cambio en los valores dominantes. Debemos pasar de la salud como algo a reparar a la salud como algo a fomentar y a proteger. De la salud como preocupación meramente sectorial a la salud como parte esencial del desarrollo. De la salud - incluida la salud individual - como bien privado a la salud como bien público.

Los valores, pues, importan. Y mucho. Nada resulta más irritante y desmoralizador que la doble moral de quienes proponen recetas de salud “para los pobres” que nunca se aplicarían a sí mismos. Esto rige tanto para los países ricos en su relación con los países en desarrollo, como para los grupos más favorecidos respecto a los menos favorecidos al interior de cada país.

La Declaración del Milenio firmada solemnemente por 189 jefes de estado y de gobierno en la sede de las Naciones Unidas en septiembre de 2000, representa un consenso sin precedentes y una oportunidad única para impulsar una visión global del desarrollo basada en valores de libertad, equidad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza y responsabilidad compartida.

Las complejas relaciones entre cooperación técnica y cooperación financiera; cooperación multilateral y bilateral, y entre AOD directa y la que se ejecuta a través de ONG han arrojado a lo largo de las últimas décadas un sinfín de lecciones. Con el tiempo, en diversos países se han ido organizando conferencias o foros periódicos entre los donantes y las autoridades del país receptor donde se ponen en común prioridades, restricciones, recursos, perspectivas y experiencias. Importa que, allí donde existan, la cooperación en salud sea objeto de debate periódico y esté en el centro de la agenda.

Recientemente el Gobierno español ha manifestado su intención de más que duplicar el porcentaje del PIB destinado a la AOD durante esta legislatura, lo que sin duda supone un paso muy importante. Con ello se pretende reforzar la relación con el Mundo Árabe, especialmente con Marruecos y con el pueblo saharai; corregir los desequilibrios presupuestarios entre la ayuda a África, a Oriente Medio y a

Foro por la mejora del SNS

América Latina; y prestar, como no puede ser menos, una especial atención al África subsahariana.

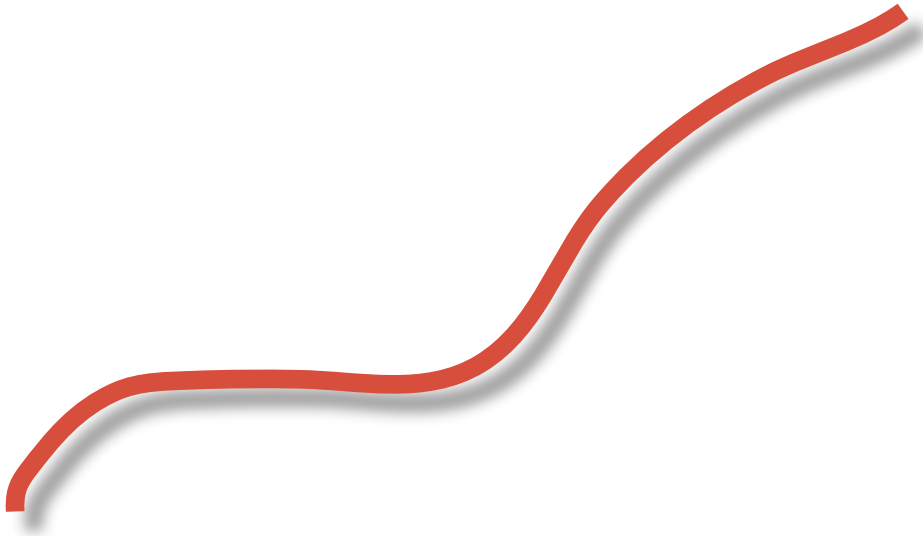
La cooperación sanitaria representa todavía un porcentaje relativamente bajo dentro de la cooperación española al desarrollo. Además de una serie de problemas que son comunes al resto de los sectores, tiene problemas específicos.

una pieza clave cual es el realizar un importante esfuerzo en materia de seguimiento y evaluación, porque me parece necesario hacerlo en todos los ámbitos de la cooperación aunque en el sector sanitario tal vez tiene algunas características propias. Un esfuerzo que es esencial para aumentar la transparencia y la capacidad de rendir cuentas de lo hecho con fondos que, en última instancia, son de todos y a todos interesan. Un esfuerzo que requiere, entre otras cosas:

- ✓ Adaptar la clasificación de actividades de cooperación al desarrollo en el sector salud a las clasificaciones de los organismos internacionales sanitarios.
- ✓ Desarrollar una sistemática de evaluación ex ante con indicadores específicos y comités independientes. Ningún proyecto sin indicadores de resultado e impacto debería ser aprobado.
- ✓ Todo proyecto debería ser evaluado ex post por auditores externos independientes del donante y del receptor y acordados por éstos.
- ✓ Desarrollar un sistema de información que integre todas las actividades y los distintos agentes de cooperación al desarrollo en el sector salud, incluido un registro de ONG's con calificación en función de rendimientos.
- ✓ Introducir el enfoque de calidad global en el ciclo de gestión del proyecto.

Como puede verse, no es tarea lo que falta. Pero solo avanzando en esas estrategias contribuiremos como cabe esperar de nosotros en el interminable esfuerzo por lograr un mundo más justo, donde la salud sea un elemento de solidaridad y de progreso. Un mundo más sano y más vivible para todos. Y, en consecuencia, más seguro.

POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS



El gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud es un componente importante del gasto sanitario y aumenta de forma no controlada.

El gasto farmacéutico del SNS (ambulatorio más hospitalario) con relación al gasto sanitario, es importante (10.731 M€, >30 % del gasto sanitario del SNS en 2003), casi un tercio del gasto sanitario, uno de los porcentajes más elevados de la Unión Europea y su crecimiento interanual (12% en 2003 / 2002) no está controlado. Parecería como que los recursos que año tras año se destinan adicionalmente a Gasto sanitario, fueran a gasto farmacéutico.

El gasto farmacéutico público con relación al PIB (1,2%) es superior a la media (0,9%) de los países de la Unión Europea.

En 2001, el gasto farmacéutico público (1,2%) con relación al PIB de España es superior a la media (0,9%) de los países de la UE (15 países), sin embargo el gasto sanitario total (7,5%) y el público (5,4%) con relación al PIB es menor que la media de los países de la UE (8,5%, 6,3%; 15 países).

El gasto en I+D de la industria farmacéutica en España (3 %, 2002) con relación al I+D de UE-15 países, está mucho más bajo que la misma relación referida al Gasto en medicamentos (8,8%).

El gasto en I+D en España (3 %, 2002) con relación al gasto en I+D en UE-15 países es muy inferior a lo que representa el gasto total (8,8%) y el gasto público en medicamentos (9,0%) en España con relación al respectivo gasto de estos países.

Las políticas aplicadas para moderar el gasto farmacéutico no están consiguiendo su objetivo.

Las políticas aplicadas hasta ahora no han conseguido moderar el incremento del gasto interanual. La última medida establecida sobre precios de referencia que entró en vigor en enero de 2004, ha moderado temporalmente el crecimiento en este año (por la medida en si misma y la posición de prudencia de los laboratorios ante los nuevos interlocutores), pero en poco tiempo, adquirida la sensación de que no habrá medidas drásticas, será reabsorbida por un deslizamiento de la prescripción hacia los fármacos más costosos no afectados por los precios de referencia. El incremento acumulado interanual hasta julio de 2004 se sitúa ya en el 9,79 por ciento.

Se podrían introducir políticas que moderaran realmente el crecimiento del gasto farmacéutico sin modificar cualitativamente las prestaciones.

- 1) Afectando a los Genéricos: aumentar muy significativamente el número, eliminar el periodo desde cese de patente a comercialización de genéricos, disposición Bolar.
- 2) Afectando a los precios de referencia: desarrollar al máximo los Precios de Referencia de tipo 1 vigentes - misma composición y bioequivalentes-, pasar al tipo 2 -medicamentos de un mismo subgrupo terapéutico relacionadas químicamente-, e incluso al tipo 3 si es necesario -medicamentos con la misma actividad terapéutica-.
- 3) Afectando a la financiación pública selectiva de nuevos medicamentos: aplicación estricta de los criterios de eficiencia a la financiación pública de nuevos

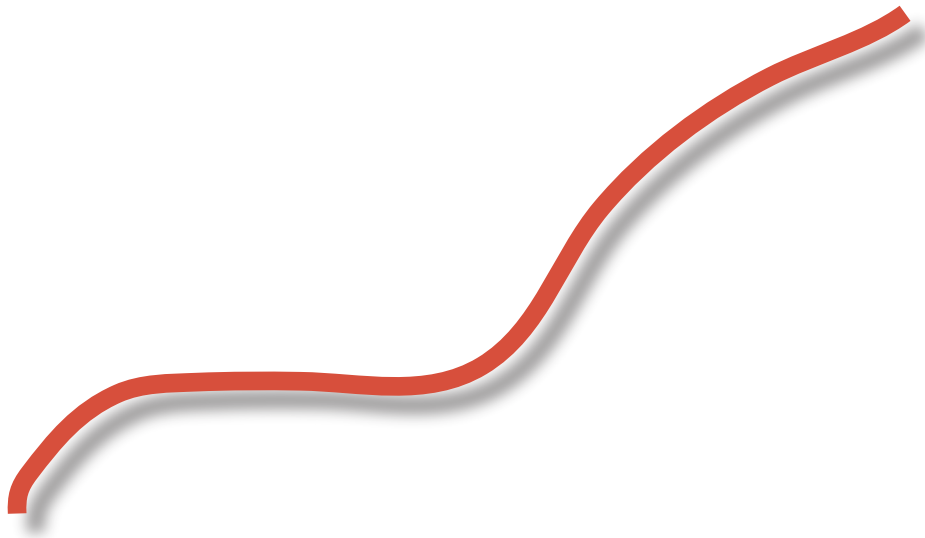
Foro por la mejora del SNS

medicamentos, no se financiaría ningún nuevo medicamento que perteneciendo a subgrupos terapéuticos relacionados químicamente y ampliamente representados en el vademécum, no presenten ventajas significativas en su eficiencia con relación a los existentes.

4) Afectando a las cantidades destinadas a Publicidad y Promoción: transparencia fiscal, recorte drástico del gasto inadecuado y de gastos suntuarios, etc.

5) Afectando a la formación continua, la investigación clínica aplicada, la participación a congresos y reuniones científicas, que deberían ser financiadas públicamente.

**REGULACIÓN Y COMPETENCIA
EN EL SECTOR FARMACÉUTICO**



Foro por la mejora del SNS

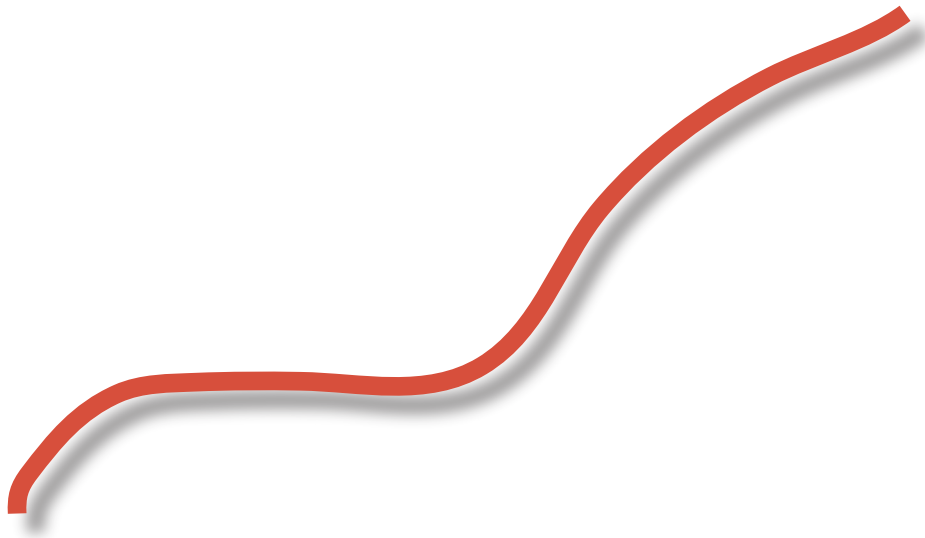
El texto argumenta la necesidad de importantes modificaciones en la manera de enfrentar las cuestiones de regulación y competencia(s) en el sector farmacéutico, considerando sus repercusiones sobre los distintos agentes implicados. Para ello aporta una descripción concisa -y por ello de trazo grueso - del marco en que en la actualidad se produce el gasto farmacéutico.

Se pretende llamar la atención sobre aspectos que los debates al uso a menudo obvian. Los continuados esfuerzos orientados al control del gasto farmacéutico han mostrado sus limitaciones para el logro de sus fines. Parece oportuno un cambio de enfoque, que considere los medicamentos como un *input* más para mejorar la salud de la población, para lo que se precisa actuar coordinadamente sobre los varios frentes, entre los que destacan:

- Cambios en la regulación que promuevan la competencia frente a la influencia.
- Reformas en la asignación de responsabilidades entre administraciones sanitarias.
- Modificación de los mecanismos que rigen los circuitos de distribución.
- Incorporación de incentivos para los prescriptores, transparentes y acordes con los objetivos del sistema, no de sus proveedores.
- Estimular la necesaria participación activa y responsable de los usuarios, mediante copagos con exenciones que garanticen una equidad de la que el modelo actual carece.

**POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE RECURSOS HUMANOS
EN EL SNS**

SOSTENIBILIDAD VINCULADA A AGENTES SOCIALES



Foro por la mejora del SNS

La consolidación y sostenibilidad del SNS tiene su principal base en la legitimación de los ciudadanos. La dificultad encontrada hasta ahora para garantizarlo, se relaciona con muchas causas pero probablemente la fundamental sea la incapacidad de desarrollar una alianza estable con los profesionales del sector, especialmente los médicos. La regulación actual del personal es rígida y prima la creación de empleo frente a las consideraciones de servicio y sus necesidades, incluyendo una política de personal productiva y motivadora que tenga como resultado una producción de servicios más eficiente, mas ajustada a las expectativas de los usuarios y más satisfactoria para los profesionales.

La transformación radical de la política de personal, con el necesario respeto a los derechos adquiridos, en coordinación con los cambios en la organización y gestión de los servicios, debe estar en la base de la mejora del SNS. En esta transformación, el eje debe ser la búsqueda de una identidad de servicio público para todos los profesionales sanitarios. Diseñar una política nueva precisa: primero, confianza entre las partes para darse tiempo para resolver un problema complejo; segundo, establecer claramente todos los diferentes aspectos que deben ser tratados; y tercero, acuerdo y compromiso, que significa inteligencia y generosidad para consensuar como hacer posible un SNS mejor y con futuro. En consecuencia, parece necesario articular un nuevo contrato social para garantizar el SNS.

Un contrato social basado en el acuerdo con los agentes sociales para sentar los principios básicos de la gestión del SNS por las administraciones públicas. No un acuerdo para sacar la política sanitaria del debate político, sino un acuerdo que permita la gestión más eficiente y de mayor calidad en los centros sanitarios. Un contrato social que tenga en cuenta, como propuesta, los siguientes puntos:

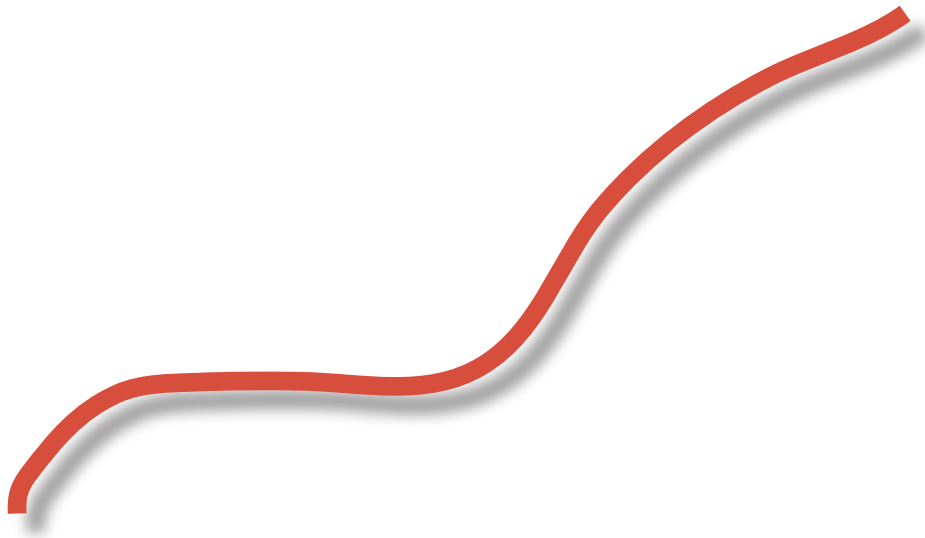
- El SNS debe ser en el Siglo XXI una organización de servicios orientada a maximizar la calidad al coste adecuado.
- La organización de los centros sanitarios debe orientarse plenamente a garantizar la mejor forma de prestar servicios. La organización no tiene que ser homogénea en todos los centros y debe permitir altos grados de capacidad autoorganizativa.
- La gestión clínica, que puede responder a modalidades diferentes, es un elemento imprescindible para vincular la responsabilidad técnica y la responsabilidad en la utilización de recursos. En definitiva, es una pieza clave para mejorar la calidad y la eficiencia de los centros sanitarios.
- Introducir gestión clínica implica cambiar la organización de nuestros centros, desde las líneas jerárquicas actuales a grupos funcionales responsables de sus resultados.
- Una nueva organización solo es posible con una nueva política de personal.
- La política de personal debe estar basada en la estabilidad en el empleo, la introducción efectiva de incentivos a las buenas prácticas y la penalización de las inadecuadas, la flexibilidad en la organización del trabajo ante necesidades cambiantes, y la dedicación plena a la actividad pública como forma habitual de vinculación compatible con otras prácticas, docentes o privadas, a partir de jornadas parciales.
- El SNS es un sistema descentralizado y como tal debe entenderse y aceptarse sin reservas, para ello es preciso dar un fuerte impulso a la capacidad de organización y gestión de las Comunidades Autónomas asumiendo la realidad de la diversidad y la responsabilidad asociada a ella, haciendo además posible y real la autonomía de los centros con capacidad organizativa y de gestión y

Foro por la mejora del SNS

con riesgo medido y pactado pero real.

- El SNS tiene que garantizar derechos comunes a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia así como a sus profesionales, en este sentido es necesario establecer elementos comunes como la acreditación profesional, la movilidad, base de la carrera profesional, o mínimos salariales comunes.

**SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Y VINCULACIÓN DE LOS AGENTES PROFESIONALES**



Juan Hernández Yáñez

Es cierto que en la *sociedad del conocimiento* se produce una creciente profesionalización de la mano de obra, pero también es cierto que cada vez se perfilan roles y funciones menos *profesionales*, al menos en relación con las señas de identidad tradicionales de los profesionales y las profesiones (toma de decisiones facultativa y aplicación creativa del conocimiento, autonomía funcional e independencia, monopolio del conocimiento, posición subordinada del cliente...), que claramente van cediendo terreno ante necesidades básicas de carácter organizativo, tecnológico y de competitividad de las empresas y ante los propios cambios sociales, económicos y culturales.

Para analizar la “crisis profesional” en la sanidad hay que tener en cuenta, además de factores externos de este tipo, varios factores internos: uno de ellos es que, si bien la demanda/consumo de servicios profesionales está aumentando notablemente, el volumen relativo de recursos destinados a retribuir a los profesionales va disminuyendo de forma consistente; ello quiere decir que las importantes mejoras en la productividad (más servicios -no sabemos si también mejores- a menor coste) no son retribuidas y, por tanto, no existe un sistema de incentivos capaz de sostener estas mejoras continuadas en la productividad, que ya son valoradas como una creciente presión sin final que está *quemando* a los profesionales.

Otro factor a tener en cuenta es la espectacular tasa de incremento del gasto farmacéutico, que se está realizando precisamente a costa del gasto en personal, ya que el sistema carece de otros *nutrientes* con entidad suficiente como para poder saciar la voracidad de la industria: si en 1988 las remuneraciones del personal en el conjunto del sistema sanitario público suponían el 51,2% del gasto sanitario público total, en 2001 sólo representaban el 43,7% (7,5 puntos porcentuales menos, que representan un 14,6% de disminución). Sólo en los cinco últimos años (disponibles: 1998-2002), el gasto sanitario público consolidado ha crecido de promedio anualmente un 7,5%, los gastos de personal un 6,3% (-1,2) y la receta farmacéutica un 8,8% (+1,3).

La gran paradoja es que el consumo farmacéutico, y por tanto el gasto, viene determinado directa y casi completamente por las propias prácticas profesionales, ya que son los médicos los prescriptores; y, yendo aún más lejos, resulta interesante analizar cómo los sistemas de control *micro* del gasto farmacéutico son en realidad sistemas de control de las prácticas clínicas de los médicos (prescripción). Resumiendo, no sólo son los médicos quienes aseguran la posición crecientemente *ganadora* de la industria farmacéutica, en deterioro de sus propias posiciones *perdedoras*, sino que buena parte de los sistemas de control de esta situación pasan por un deterioro adicional de su autonomía profesional, ya que se dirigen a controlar sus propias prácticas.

La intensa relación entre la industria farmacéutica y la profesión médica es considerada una de las causas más directas de la incontrolabilidad del gasto farmacéutico; en este sentido, es objeto siempre de reflexión, pero de escasa regulación por parte de los servicios de salud, que no parecen atreverse a pensar en modelos de relación entre profesión e industria más sensatos y transparentes, siquiera a medio plazo. Sin embargo, lo más llamativo es que existe una ausencia clamorosa de actuación -siquiera declarativa- por parte de la propia profesión, que, al menos en sus niveles institucionales, parece convivir cómodamente en un entorno tan opaco como consentido.

Pero este intenso grado de relación de la profesión médica con la industria farmacéutica es en realidad la principal amenaza a su poder/autoridad profesional y a su prestigio social, mucho más que -como se argumenta con frecuencia desde la profesión- el control por parte de las burocracias, la divulgación trivializada del conocimiento médico en los medios y en Internet, la competencia de otras profesiones, los nuevos roles de *cliente* de los *pacientes*, etc. Y posiblemente esta relación (cada vez más de dependencia) esté empezando ya a amenazar lo que hasta ahora venía siendo un sólido sistema de valores deontológicos y humanistas que, garantizando la integridad del colectivo, legitimaron su “rol de agencia” en beneficio incuestionado de sus pacientes. Esta situación está obligando ya, allí donde sí existen liderazgos profesionales y científicos, a tomas de posición rotundas y denuncias, a veces con términos muy duros, por parte de sociedades profesionales, órganos colegiales, editores de las más prestigiosas revistas médicas, élites académicas... incluso del propio George Soros, cuyo Open Society Institute ha creado una línea de actuación dirigida a “vigorizar en los Estados Unidos los principios del profesionalismo en la medicina para promover la confianza, calidad e integridad”.

En España, sin embargo, las organizaciones corporativas (colegios, sociedades científicas, sindicatos y hasta las élites reconocidas) están haciendo, con honrosas excepciones, notoria dejación de sus responsabilidades sociales y profesionales.

Los profesionales, individualmente, sienten que están perdiendo poder en beneficio de otros; y a juzgar por las estadísticas, no parece faltarles razón. Sin embargo, esta percepción está llevando, incluso a sectores progresistas, a adoptar una posición reactiva frente a los cambios, casi una defensa numantina del pasado, de los viejos modelos y del tradicional reparto de competencias y roles dentro del sector. Pero los intensos cambios sociales, demográficos, tecnológicos y sobre todo culturales están pidiendo a voces un recambio en los modelos “implícitos” de práctica profesional, un nuevo mix de competencias y capacidades y una sustancial modificación de las escalas de valores profesionales que sitúen a la sociedad -su financiador- y a los ciudadanos -sus pacientes- en el vértice. Y también, desde luego, cambio profundo en los modelos organizativos, que deben orientarse hacia una creciente responsabilización de los profesionales con respecto a las consecuencias de sus prácticas.

Evidentemente, será necesario modificar drásticamente los modelos de organización para ponerlos, a su vez, al servicio de los profesionales, en un proceso que sólo puede plantearse a largo plazo... y que por ello jamás se plantea en serio; las burocracias sanitarias tienden a asfixiar las capacidades profesionales, si bien ello es alentado a menudo incluso por los propios profesionales, que piensan que es el modelo que mejor garantiza un confortable equilibrio entre seguridad y autonomía. Este modelo jerárquico de organización subsiste, desde luego, porque es funcional; y lo es para las estructuras políticas y directivas que ejercen un poder que, en puridad, debería corresponder a los profesionales; también lo es para la industria, cuyas actividades de no-mercado son más sencillas de realizar y para la cual la i-responsabilidad con respecto al gasto de los prescriptores es una sólida garantía; y, finalmente, lo es para muchas de las instituciones u organizaciones profesionales que están estableciendo oligopolios locales.

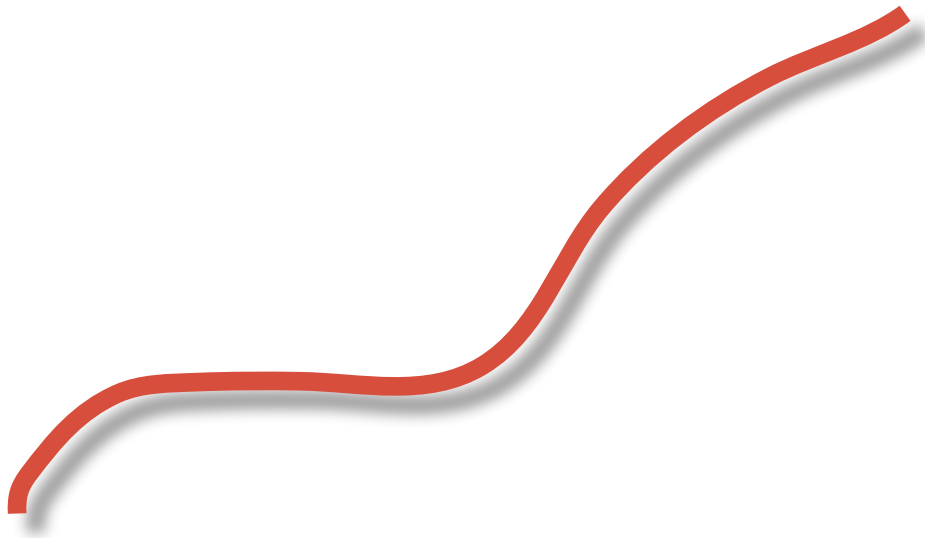
Este es el modelo que entra en crisis y que no puede mantenerse durante mucho tiempo. Entre otras cosas, como ya se ha dicho, por la seria amenaza a los valores

Foro por la mejora del SNS

y a la moral (en el doble sentido del término) de los profesionales, garantía única de que los ciudadanos perciban que disponen de una asistencia sanitaria capacitada, independiente y confiable. Sin embargo, una profesión descohesionada, sin liderazgo y en buena medida franquiciada, es incapaz de realizar un diagnóstico adecuado de la situación y de desarrollar modelos organizativos y de práctica profesional que respondan a los retos tecnológicos, económicos y sociales de esta difícil época.

Dado (1) que el liderazgo profesional formal ha dimitido -se dedica a otras cosas o simplemente a sobrevivir o *está en nómina*-; (2) que la profesión parece estar profundamente descohesionada, desmoralizada y desmovilizada, sin líderes ni referentes; (3) que existen poderosas fuerzas de mercado que actúan -y actuarán- buscando la pervivencia de un modelo tan objetivamente beneficioso como el actual; y (4) que las burocracias políticas y directivas sólo parecen preocuparse de obtener más recursos y de su propia supervivencia... Entonces, no cabe ya confiar, razonablemente, en impulsos internos, sino en un liderazgo político que ha estado prácticamente siempre ausente en el Sistema Nacional de Salud. En lo que respecta a los profesionales, son precisas actuaciones a medio plazo que intervengan sobre sus verdaderos problemas: la dependencia de la industria en la generación y difusión de la información y el conocimiento, la descohesión y la falta de liderazgo intelectual y moral, el fracaso del modelo de representación corporativa, la franquiciación de muchos *oligopolios locales*, la inexistencia de sistemas de incentivos sustentados en valores profesionales y, sobre todo, la falta de un modelo organizativo que devuelva la responsabilidad a los profesionales. Todo ello no puede ser planteado, ni a nivel local, ni sin un alto grado de consenso en los niveles *micro* (profesionales), *meso* (sistemas autonómicos de salud) y *macro* (fuerzas políticas y agentes sociales).

**CAPITALIZACION GLOBAL
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**



Luis Angel Oteo Ochoa
José Ramón Repullo Labrador

Foro por la mejora del SNS

El objetivo fundamental de crecimiento de la inversión productiva, en un sector de economía social preferente como es el de la salud, exige indagar en profundidad en el nivel de eficiencia de los servicios públicos, en los instrumentos de medida, evaluación y control de las prestaciones, y en general, en el funcionamiento de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS); máxime, cuando se ha culminado el proceso transferencial de los servicios sanitarios de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas y se hace imprescindible garantizar su cohesión y calidad.

La financiación de los servicios sanitarios públicos debe cubrir preferentemente las necesidades de inversión en activos inmovilizados esenciales, la cartera de innovación tecnológica y no tecnológica, así como las infraestructuras, instalaciones y equipamientos médicos que contribuyan a mejorar los patrones de competencia y productividad social, con el consiguiente valor añadido para el conjunto del sistema, lo cual exige un entorno económico, político y social estable que garantice la continuidad de las estrategias de progreso en el gobierno y gestión del conocimiento operacional.

Es responsabilidad de los órganos de gobierno de las instituciones emprender actuaciones que fomenten la inversión sanitaria, dando respuesta a las nuevas necesidades de salud de la población. Para este fin son prerequisites; en primer lugar, el proceder a la evaluación y difusión de las innovaciones tecnológicas y no tecnológicas; en segundo lugar, armonizar el cambio tecnológico junto con el organizativo y social; y por último, ajustar las prioridades y preferencias a los criterios de valor de la sociedad.

Los imperativos tecnológicos y sociales para impulsar una dinámica de inversión en los servicios sanitarios públicos son, por una parte, la consecuencia del acortamiento de los ciclos estratégicos que obliga a intensificar la capitalización del sistema y a gestionar y evaluar la disrupción tecnológica, y por otra, el compromiso institucional de mejorar la capacidad asistencial ajustando la respuesta a las demandas cualificadas y necesidades de los usuarios, cada vez más conscientes, informados, exigentes y sensibles a la calidad de los servicios ofertados.

Desde una perspectiva más global, el concepto económico de capital trasciende a los bienes tecnológicos e instrumentos de la función de producción, para integrar también lo que se ha venido a denominar capital humano.

El capital humano representa la capacidad de producir eficientemente y de crear riqueza que poseen las personas. Es la productividad de los trabajadores del conocimiento la que puede hacer posible un progreso económico y social prácticamente indefinido, dado que las personas están en condiciones de desarrollar un aprendizaje tecnológico, una mejora continua de las herramientas del ciclo de actividades y un crecimiento de las bases conceptuales y operacionales de la innovación

El esfuerzo educativo para desarrollar el capital humano y sus competencias extiende sus efectos a toda la economía y a toda la sociedad por ser esencialmente difusivo y traslacional. La convergencia entre capital humano y progreso educativo centrado en necesidades sociales de orden preferente, exige un compromiso institucional para gobernar desde la función de autoridad sanitaria, tanto los procesos de gestión del conocimiento esenciales, como los sistemas de garantía y acreditación formativa,

Foro por la mejora del SNS

evitando externalidades, interferencias del mercado y redes de aprendizaje paralelas orientadas a otros fines de interés meramente lucrativos. La inversión pública en desarrollo formativo para los profesionales

sanitarios en base a la misión del SNS, debe ser hoy una prioridad política a garantizar como derecho social.

Por tanto, el fomento de la inversión socialmente productiva deberá abarcar todas las dimensiones que fortalezcan la arquitectura de competencias estratégicas e intratérgicas de los procesos y servicios, incluyendo medidas para la promoción educativa, la mejora de los estándares de calidad asistencial, el aprendizaje organizativo, la formación continuada e impulso del capital intelectual, el desarrollo de la innovación, la capitalización en tecnologías de la información y comunicación para la gestión del conocimiento y el estímulo de una política de investigación apropiada en biomedicina y ciencias de la salud. La creación de un marco institucional y cultural apropiado para materializar efectivamente este proceso de capitalización social, constituyen las bases para la consolidación y revitalización del propio SNS.

El retorno de la inversión sanitaria pública en políticas de prevención, promoción educativa, formación y aprendizaje continuo, desarrollo de la investigación epidemiológica y clínica aplicada, así como en la mejora de los servicios asistenciales, debe ser analizado y estimado empíricamente para conocer y evaluar los resultados en términos de impacto social y mejoras en la salud poblacional.

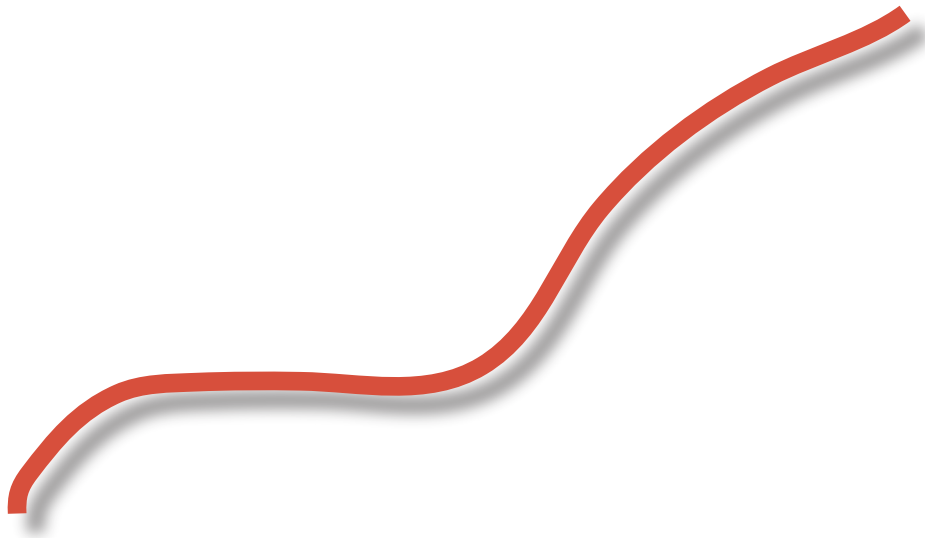
Más específicamente, la política de investigación e innovación requiere de un diseño específico y de un fondo de inversión perfectamente consignado, diferenciado y sostenible en el presupuesto de las instituciones sanitarias; esta estrategia permite diferenciar claramente la organización para innovar de la organización asistencial operativa, ambas integradas funcionalmente en la cadena de valor del sistema sanitario.

El capital social se considera como un activo estratégico inherente a las propias relaciones entre personas, comunidades, redes y sociedades.

Su definición y vinculación al sistema sanitario va más allá del acervo institucional de las organizaciones modernas y de su identidad corporativa, existiendo evidencia de su efecto positivo en funciones de gobierno de personas así como en la creación de valor en los procesos organizativos y de dirección. Desde esta perspectiva puede fomentar la empleabilidad, facilitar la innovación y el intercambio de experiencias, dinamizar redes de aprendizaje y de colaboración agencial, favorecer la creación de capital intelectual y la mejora de equipos funcionales y fortalecer la carrera profesional y los sistemas de incentivos mediante políticas de compensación evaluadas.

Señalare finalmente que toda inversión social preferente en procesos y desarrollos de calidad en el SNS para mejorar las competencias organizativas y de gestión, la cartera de prestaciones asistenciales y los resultados de la práctica clínica, obliga a ser coherente con los principios éticos que concurren y se internalizan en las políticas sanitarias.

LA INVESTIGACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD



Foro por la mejora del SNS

Los servicios de salud están en un entorno muy dinámico, lo que hace que continuamente existan problemas o retos. Desde hace varias décadas, los servicios de salud se enfrentan a numerosos retos. Entre estos retos destacan, además de la complejidad de sus prestaciones y organización: la rapidez en la innovación y difusión de la tecnología médica, el envejecimiento de la población, las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de servicios, la limitación de los recursos, y sobre todo el desconocimiento del impacto que tiene sobre los costes y sobre los resultados de salud, lo que se hace, lo que no se hace, y lo que se podría hacer en la política y en la práctica.

Todos estos elementos que constituyen los servicios de salud, y que influyen en ellos, están ahí. Podemos ignorarlos o no. Pero si algo no funciona y lo ignoramos, no puede mejorar. Sólo se puede mejorar aquello que se conoce. La investigación en servicios de salud puede contribuir a producir conocimiento sobre la naturaleza de los servicios de salud, sobre los retos a que están sometidos, y sobre los costes y consecuencias de abordarlos con diferentes estrategias.

La investigación en servicios de salud de nuestros días intenta responder preguntas sobre el mejor método diagnóstico, el mejor tratamiento médico, la mejor prevención, la calidad de una determinada institución, la provisión de servicios de manera eficiente, el acceso a los servicios de los pacientes que los necesitan, y el coste en que se incurre para proveer la atención.

La meta final de la investigación en servicios de salud, según el Instituto de Medicina (IOM en sus siglas en inglés), es producir conocimiento que conduzca a mejorar la salud de los ciudadanos. El IOM define la investigación en servicios de salud como un campo de investigación multidisciplinario, en disciplinas básicas y aplicadas, que examina el acceso, la utilización, los costes, la calidad, la provisión, la organización, la financiación, y los resultados de los servicios de salud para producir conocimiento sobre la estructura, el proceso, y los efectos que los servicios de salud producen en los individuos y en las poblaciones.

El IOM ha identificado los grandes temas que los investigadores en servicios de salud pueden abordar hoy.

Entre estos temas, destacan los siguientes:

- **Organización y financiación de los servicios de salud**
- **Acceso a la atención sanitaria.**
- **Conducta de los profesionales de la salud, del paciente, y del ciudadano.**
- **Calidad asistencial.**
- **Evaluación de resultados.**
- **Tecnologías de la información y ayuda en el proceso de decisiones médicas.**
- **Necesidades de recursos humanos.**

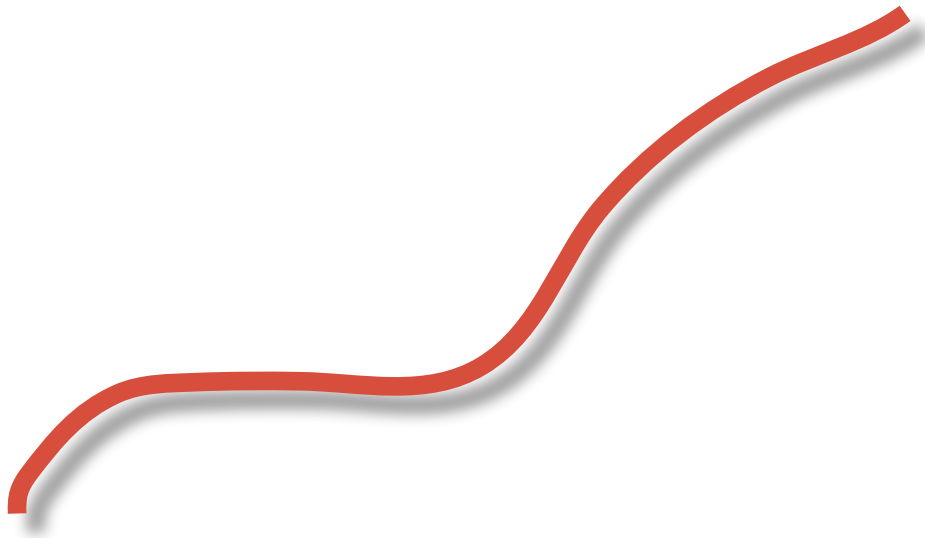
Con la investigación se puede contribuir a avanzar en la resolución de los problemas

Foro por la mejora del SNS

de los servicios de salud. Por ejemplo, profundizar en el análisis de la eficiencia podría reconducir algunos debates sobre la necesidad o no de racionar la prestación de servicios sanitarios, o de introducir o no el copago, puesto que si, en vez del copago, se pudiesen eliminar selectivamente los servicios inefectivos, se podría disponer de recursos para atender a quien necesite aplicación de procedimientos efectivos. De esta forma estaríamos mejorando la eficiencia y equidad de nuestro sistema de salud.

La investigación bien orientada, de buena calidad metodológica, y aplicada en la política y en la práctica, puede contribuir poderosamente a que los recursos que la sociedad dedica a la atención sanitaria le sean devueltos con creces en forma de más salud y menos sufrimiento.

**RETOS DE SOSTENIBILIDAD EN LA SOCIEDAD
DEL CONOCIMIENTO Y LA INFORMACIÓN**



José Luis Monteagudo Peña

Foro por la mejora del SNS

Las tecnologías de la información y las comunicaciones son uno de los factores de cambio más importantes de la Sociedad actual. Cualquier análisis sobre el SNS y su futuro debe considerar seriamente el papel de estas tecnologías y sus aplicaciones sanitarias que hoy se conocen como e-Salud.

La e-Salud va mucho más allá que el simple uso de Internet para proveer servicios de información a través de la red o de aplicaciones de comercio electrónico. Constituye la infraestructura tecnológica imprescindible para hacer viables mejoras de calidad y acceso de los servicios sanitarios acordes con las demandas de una sociedad avanzada.

El desarrollo de la e-Salud significa unos pacientes más informados; unos profesionales con mejores herramientas y mejor acceso al conocimiento, y unas organizaciones sanitarias más eficientes. Significa disponer de medios indispensables para la investigación biomédica y para la traslación más rápida de sus resultados a la práctica clínica.

Las tecnologías de la información y las comunicaciones están en el centro de los planes de modernización de la sanidad de todos los países avanzados. En esta línea, la Unión Europea considera la e-Salud como una parte central de su estrategia eEuropa. Muy recientemente, se ha lanzado un Plan de Acción para la construcción de un espacio europeo de e-salud. Se trata de desarrollar la cooperación en interoperabilidad de datos, comunicación de historias clínicas, identificadores de paciente, movilidad de pacientes y profesionales, mejora de infraestructuras digitales, aspectos éticos y legales, recursos humanos, sistemas de evaluación comparativa, calidad de la información, intercambio de buenas prácticas, sensibilización y potenciación del papel de los ciudadanos.

En el ámbito nacional, la situación del SNS plantea cuestiones de cooperación similares. La operación eficiente de una organización descentralizada, y tan compleja como el SNS requiere infraestructuras de redes de información y aplicaciones de e-salud, compatibles e interoperables, que permitan soportar la comunicación y colaboración entre sus múltiples actores para facilitar el cumplimiento de los objetivos comunes de mejora de la calidad y equidad de acceso para todos los ciudadanos, así como disponer de soportes apropiados de información para la gestión, la planificación y la Salud Pública a los niveles correspondientes.

Ciertamente, el desarrollo de una estrategia de e-salud en el SNS tiene un gran impacto económico y social por su naturaleza y sus dimensiones. Además, afecta a una población laboral importante y multitud de economías locales. Las nuevas tecnologías son un agente de cambio muy poderoso cuya introducción da lugar a nuevas formas organizativas, de provisión de cuidados, de entornos de trabajo.

Se estima que el capítulo de e-Salud alcanzará el 5% de los presupuestos sanitarios de los países europeos en la próxima década. Esto da idea del esfuerzo inversor a realizar, pero también de los recursos humanos especializados que serán necesarios y la gestión del cambio que se debe abordar.

No se trata simplemente de promover la adquisición de equipos y sistemas. Sin un enfoque apropiado las nuevas tecnologías pueden actuar de amplificador de los problemas que están subyacentes en el SNS. Las capacidades potenciales de la e-

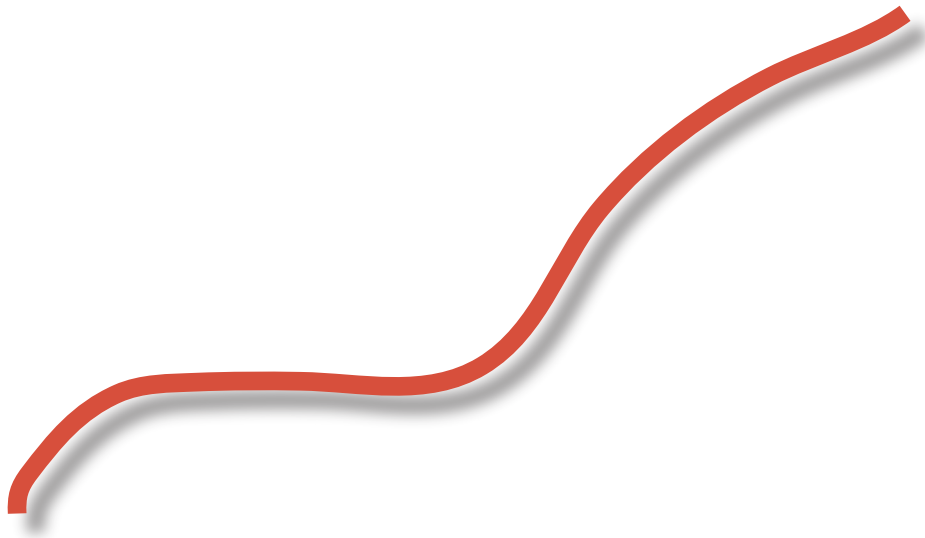
Foro por la mejora del SNS

Salud pueden no traducirse en los beneficios esperables e incluso producir problemas añadidos si no se atiende a factores como los valores que gobiernan su utilización.

Por su alcance y magnitud, cobra una gran relevancia la coordinación de la estrategia de e-salud del SNS con las políticas de investigación, desarrollo tecnológico e innovación así como de despliegue de infraestructuras y servicios avanzados de telecomunicación. Por otra parte, un desarrollo tecnológico desequilibrado puede acentuar barreras de acceso para personas, colectivos, o instituciones en relación con servicios de e-Salud por factores geográficos, económicos, o de conocimiento.

En resumen, la viabilidad, sostenibilidad y calidad del funcionamiento del SNS van a depender de la idoneidad de los recursos tecnológicos del mismo y su coordinación con las acciones en el entorno europeo en una sociedad cada vez más informada y comunicada. La tecnología es un factor que está modelando la sanidad del futuro, lo que plantea nuevos dilemas y acrecenta algunos antiguos sobre el SNS. Parece conveniente, por no decir necesario, acordar una estrategia nacional coordinada para afrontar retos comunes y crear un marco para el desarrollo apropiado de las infraestructuras de e-salud que requiere nuestro país en la Sociedad de la Información y el Conocimiento.

**ARQUITECTURA E INSTRUMENTOS DE COHESIÓN
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**



Foro por la mejora del SNS

La protección sanitaria forma parte del conjunto de bienes y servicios garantizados socialmente que constituyen el Estado de Bienestar.

Lo característico de la protección sanitaria es que, a diferencia de otras prestaciones incluidas bajo la misma idea común de proporcionar protección frente a los riesgos vitales más comunes (la pobreza, la carencia de vivienda, la ausencia de conocimientos), el mecanismo establecido para garantizar la protección de la salud en la casi totalidad de los países desarrollados, con la excepción singular de los Estados Unidos, es la constitución de servicios públicos sanitarios encargados de organizar y mantener esa protección.

La contribución a la cohesión social que proporciona la existencia de sistemas de protección sanitaria que garantizan la atención a la totalidad de la población es, en consecuencia, el resultado de los mecanismos y principios que sirven de base a los servicios sanitarios en todos los países en los que están constituidos. Entre esos principios y mecanismos destacan: 1) la propia concepción de la protección sanitaria con carácter universal y vinculada a la condición de ciudadanía de cada Estado (aunque en algunos países la protección se vincule a la condición laboral de cada ciudadano, estableciendo mecanismos específicos para hacer posible la protección de los ciudadanos que carecen de esa condición); 2) la garantía del uso de los servicios sanitarios con arreglo a criterios de necesidad, sin que, al margen de las imperfecciones y problemas concretos que puedan existir en cada caso, ni las condiciones económicas individuales ni las de lugar de residencia puedan afectar en lo sustancial ni constituir excusa para justificar diferencias en el acceso a los servicios sanitarios, cuya desaparición o corrección, por el contrario, constituye un objetivo por sí mismo de su organización y prestación; 3) el sistema de financiación establecido en cada caso, sobre la base de impuestos generales o cotizaciones sociales repartidas en sentido proporcionalmente inverso a la capacidad económica de cada uno, lo que constituye otro de los mecanismos por los que la existencia de los sistemas sanitarios contribuyen a la redistribución que pretenden ejercer los sistemas sociales de protección; 4) por último, la existencia en cada caso de un ámbito de conocimiento compartido, difundido a través de los profesionales sanitarios y su capacidad de movilidad y relación a lo través de cada sistema sanitario, y también la existencia de un mercado tecnológico común, que permiten aplicar los mismos medios de diagnóstico y tratamiento a toda la población.

Por otra parte, los sistemas sanitarios así constituidos han permitido la existencia de una demanda agregada y garantizada de recursos sanitarios que está en la base del desarrollo de las industrias farmacéutica y de tecnología médica. Alcanzado el grado de desarrollo obtenido por estas industrias, convertidas en potentes organizaciones transnacionales que superan el poder de los Estados, la orientación del desarrollo tecnológico en estos campos, capaz de inducir la demanda desde la oferta, se ha convertido en el principal factor de crecimiento del gasto sanitario, que está poniendo de hecho en cuestión la posibilidad del mantenimiento de la universalidad y la extensión de la protección ofrecida por los servicios sanitarios.

En el caso de países federales o de organización descentralizada, de la organización de sus sistemas sanitarios se pueden deducir algunas características comunes peculiares: 1) la iniciativa para la extensión universal de la protección sanitaria ha correspondido en todas partes al nivel federal o central del gobierno, y no a otros niveles, regionales o locales, de gobierno; 2) la extensión de la cobertura en términos

de contenido de las prestaciones cubiertas es mayor en aquellos países en los que la universalización precedió a la descentralización que en los países federales o en aquéllos en los que la descentralización precedió a la universalización; 3) el papel reservado al gobierno federal o central es en todos los casos el de garantizar y mantener la universalidad de la protección y la igualdad en el acceso a las prestaciones; 4) la eficacia de la intervención federal o central en el cumplimiento de ese rol se basa sobre todo en el *spending power*, antes que en una delimitación definida de las competencias sanitarias de unos y otros niveles de gobierno, en los que se produce habitualmente una superposición; 5) los sistemas de financiación sanitaria federales o descentralizados tienden a establecer mecanismos complejos de financiación, incluyendo la cesión de tributos, que hacen difícil de delimitar las responsabilidades por las insuficiencias financieras que son comunes a todos los sistemas, convirtiendo la solución de éstas en un conflicto político entre administraciones de difícil solución; 6) en relación con las características de los sistemas de financiación y con las modalidades adoptadas de descentralización de la gestión, los sistemas federales y descentralizados resultan poco eficaces en el control del gasto sanitario; por el contrario, no suelen plantear problemas para el mantenimiento universal de la protección, que, sin embargo, puede ponerse en cuestión como consecuencia del incremento del gasto; 7) entre los mecanismos para mantener la igualdad de la protección en diferentes territorios, algunos países federales han adoptado el establecimiento de determinadas condiciones generales de funcionamiento de los servicios sanitarios bajo control del gobierno federal, y cuyo mantenimiento condiciona la aportación de una parte de la financiación aportada por el gobierno federal para la protección sanitaria; en otros casos se han establecido estándares comunes para la prestación en términos de rotación de recursos, tiempos de espera u otros; en todo caso, todos los sistemas federales o descentralizados disponen de sistemas de información sanitaria que permiten evaluar de manera común el funcionamiento de los servicios en territorios diferentes.

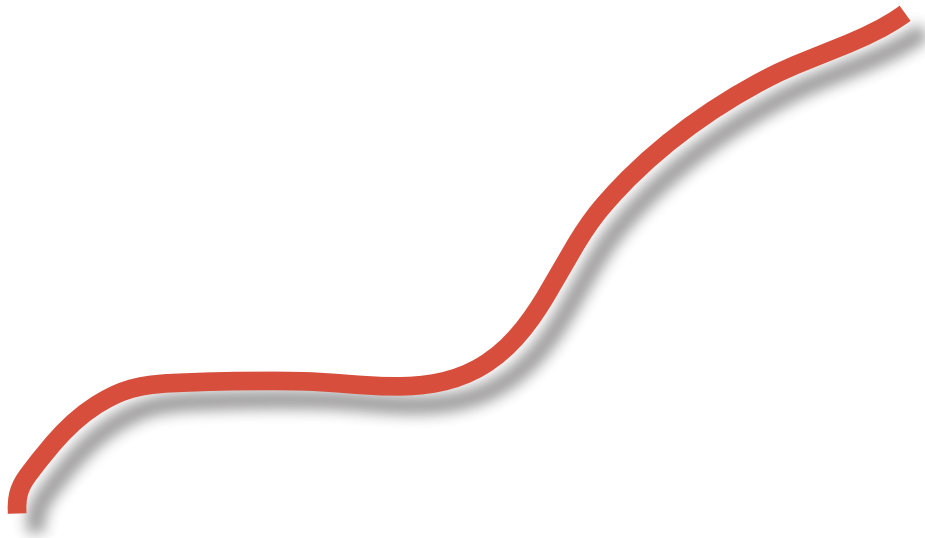
En España la extensión casi universal de la protección sanitaria, que mantiene algunas lagunas, y diferencias entre sistemas distintos de protección, se ha hecho principalmente sobre la base de un sistema de Seguridad Social centralizado preexistente, financiado con cotizaciones sociales, que ha dado lugar a un Sistema Nacional de Salud financiado con impuestos generales, cuyo sostenimiento pasó a incluirse en el sistema general de financiación autonómica en 2002. Esa evolución ha sido paralela a la descentralización completa de la gestión sanitaria a las CC.AA., finalizada a la vez que el establecimiento del nuevo sistema de financiación, y de manera condicionada a la aplicación de éste.

En el conjunto de ambos procesos, y en las normas que se han desarrollado posteriormente, en especial la Ley de Cohesión, no se han establecido mecanismos eficaces que garanticen el funcionamiento coordinado del sistema y el mantenimiento de la universalidad de la atención. De manera destacada, en el nuevo sistema de financiación sanitaria acordado hace dos años ha desaparecido por completo la responsabilidad financiera de la Administración General del Estado y, con ello, la utilización de instrumentos financieros para la coordinación. Por otra parte, no existe siquiera una base de interpretación común del ejercicio de las competencias sanitarias, y de las normas en vigor no se deriva una atribución clara de la responsabilidad del mantenimiento de la universalidad de la protección sanitaria. Esa situación se da además en un contexto de debilidad, y casi inexistencia, de un sistema de información que permita conocer globalmente la situación de los servicios, tanto en sus aspectos

financieros como los estrictamente sanitarios.

Con todo ello, a la situación de crisis de los sistemas sanitarios que es común a muchos países, y que se da en el contexto de la regresión del Estado de Bienestar que se está produciendo en todas partes, en España hay que añadirle elementos peculiares derivados de la forma en que se ha producido la descentralización sanitaria y la aplicación del nuevo sistema de financiación. Las expresiones de esas peculiaridades han abarcado los dos ámbitos, poniendo de relieve la crisis de los instrumentos de coordinación sanitaria, de manera especial el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a la vez que la insuficiencia financiera que afecta a los servicios sanitarios regionales. Las demandas autonómicas se van dirigiendo cada vez más hacia la consecución de un “pacto” que resuelva (probablemente de manera puntual, como ha ocurrido en ocasiones anteriores) las insuficiencias financieras actuales. Si se quiere que el sistema sanitario español mantenga las condiciones de universalidad y equidad de la protección, cualquier “pacto” que pretenda plantearse debe incluir no sólo los aspectos financieros, sino también los de la organización y coordinación del sistema sanitario que, de otra forma, terminará dividido en diecisiete servicios de salud independientes con distinta capacidad de sostenimiento de la protección.

**SOSTENIBILIDAD FINANCIERA, LEGITIMIDAD SOCIAL
Y PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD**



Jose Luis Conde Olasagasti

SOSTENIBILIDAD Y LEGITIMIDAD

De la sostenibilidad financiera del SNS se viene hablando insistentemente desde hace más de una década (y mucho en los últimos meses) lo que no es de extrañar a la vista de la tendencia expansiva gasto sanitario público (GSP), que superando todos los voluntarismos políticos, ha ocasionado persistentes desviaciones presupuestarias que a su vez han requerido (y aún requieren) repetidas operaciones de saneamiento, siendo objeto de debate y tensión entre administraciones central y autonómicas por un lado, y financiadoras y proveedoras de servicios por otro. Parecería que el crecimiento constante (si no creciente) del GSP puede hacer no sostenible el SNS en su configuración actual habiéndose planteado la necesidad de un “Pacto de Toledo” que garantice su futuro, al tiempo que se han propuesto medidas tales como el copago de ciertas prestaciones sanitarias como procedimiento de disuasión para su uso y fuente de financiación complementaria.

Mucho menos sin embargo, se habla de la legitimidad del modelo que se pretende sostener y menos aún de los fundamentos en que debiera asentarse.

Un sistema de atención a la salud con vocación de legitimidad debería cumplir con ciertos criterios medibles, que acrediten el que responde a las razones por las que ha sido creado y a las expectativas de la mayoría de la población a que sirve.

El primero y fundamental de estos criterios es que conserve y eventualmente mejore el nivel de salud individual y colectiva de la población a él asignada. Semejante constatación puede sonar a obviedad clamorosa; sin embargo las actitudes sociales y políticas ante el hecho sanitario no siempre parecen reclamar el cumplimiento de este criterio que podríamos denominar de **efectividad**. Con cierta frecuencia las propuestas políticas y las demandas sociales y profesionales se orientan más al crecimiento cuantitativo de la estructura (más camas, mas medios, más personal) y de la producción de servicios (más actos profesionales) que al logro medible de mejoras en la salud. No es casual por ello, aunque si muy relevante, el que sepamos tanto de infraestructura y producción (camas, médicos, intervenciones por población) y tan poco de resultados (supervivencias, curaciones, efectos adversos) del SNS y sus subsistemas.

El segundo sería el de **accesibilidad**, que requiere de poca glosa y aclaración..

El tercero correspondería al de **equidad**, que debiera medirse por el grado de igualdad en el acceso a todas las atenciones que el SNS tiene previstas en función de las necesidades sanitarias para las poblaciones y personas asignadas.

Un cuarto criterio podría denominarse de **amabilidad** en sentido amplio, lo que tiene que ver con el trato personalizado, la eliminación de actuaciones molestas o innecesarias y la minimización de barreras burocráticas.

Por último el SNS debiera estar en condiciones de rendir cuentas (el intraducible término inglés **accountability**), lo que supone medir el cumplimiento de todos los criterios hasta aquí mencionados y poner esa medida a disposición regular y periódica de los receptores de las atenciones del sistema y de los diferentes agentes sociales

implicados en su financiación y gestión.

Un sistema de salud efectivo, accesible, equitativo amable y *accountable* debería ser públicamente sostenible en términos financieros. Es dudoso en cambio que deba sostenerse con fondos públicos si no cumple mínimamente con esos criterios, aunque financieramente ello fuera posible.

PRÁCTICA CLÍNICA

La cuestión se torna más complicada al considerar que el núcleo básico de las acciones de los sistemas de salud es ejecutado por profesionales cualificados que trabajando en complejas organizaciones, no solo responden a las necesidades y demandas espontáneas de la población atendida, sino que además las moldean definen e inducen. En general, no es el paciente quien decide que necesita tal prueba diagnóstica, operación, consulta especializada o medicamento; alguien (un médico) toma esa decisión por él convirtiéndose así en agente real de demanda cuando simultáneamente es además el constructor de la oferta. Este ejercicio cotidiano de elección entre opciones no es otra cosa que el fundamento primero de la práctica clínica que determina el nivel de producción de actuaciones médicas que en España, al igual que en otros países ha crecido espectacularmente. La conjunción de envejecimiento poblacional, disponibilidad de más y mejores tecnologías diagnósticas y terapéuticas, y crecimiento del número de profesionales especializados dispuestos a indicárselas y usarlas, en un marco asegurador generoso, explica sin recurrir a la manida invocación al consumismo sanitario la existencia de expansión del gasto en medicamentos, pruebas diagnósticas, consultas e intervenciones quirúrgicas.

Semejante hecho no parece en principio negativo, por cuanto evidencia que cada vez hay más intervenciones en salud técnicamente posibles y un colectivo profesional preparado para aplicarlas. No obstante junto a ese imparable crecer se constata la existencia de fenómenos inquietantes tales como la introducción precipitada y desordenada de nuevas tecnologías, la variabilidad inexplicada de uso y resultados (efectos adversos incluidos) de multitud de prácticas clínicas y sobre todo, tal como ya se ha señalado, la escasa información disponible acerca del resultado en salud que en la vida real tal intensidad de actuación determina. Todo ello induce a sospechar que es probable que exista un uso no adecuado de medicamentos, técnicas y procedimientos; lo que se ha dado en llamar **práctica clínica inapropiada**. (inútil, innecesaria, inclemente o insensata) cuya frecuencia media se ha estimado en algunos países en un 30% de las actuaciones médicas.

Son muchos los patrones de organización y conducta profesional que pueden inducir o facilitar la sobreproducción de actuaciones. En el SNS español merece subrayarse una de carácter semiestructural, consistente en la rutinaria, frecuente e innecesaria derivación de pacientes entre profesionales (generalista -especialista, especialista-especialista) El abordaje asistencial multidisciplinar, a veces técnicamente inevitable, debe limitarse y organizarse para evitar un troceamiento y despersonalización de la asistencia médica al individuo que con toda probabilidad será causa de práctica clínica inapropiada.

De lo dicho se concluye que podría ocurrir que se estuvieran consumiendo cuantiosos recursos en acciones inapropiadas al tiempo que se dejan de invertir en otras

inapropiadamente omitidas, si bien, y ello es grave, lo desconocemos.

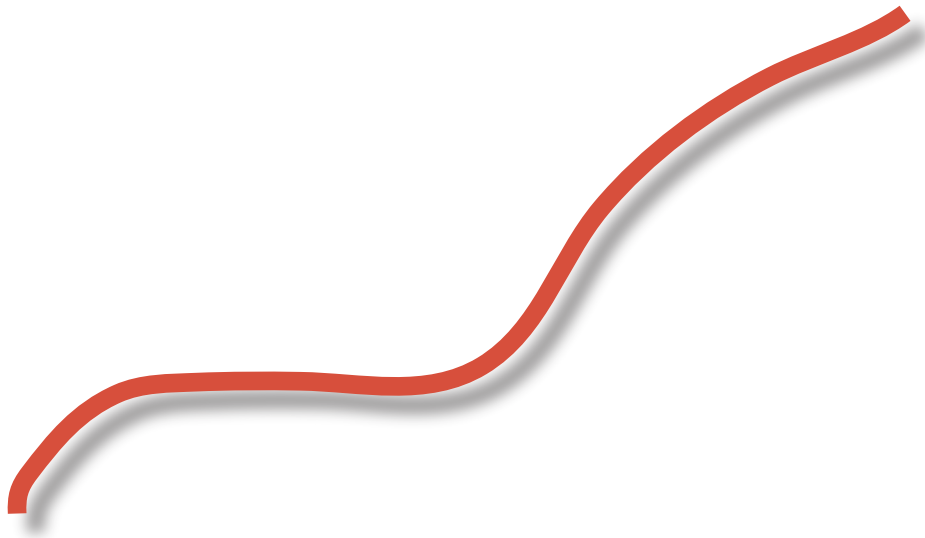
Parece pues que la **práctica clínica apropiada** y el **conocimiento sobre los resultados en salud** de las intervenciones médicas vienen a constituirse en los pilares de la legitimidad y por ende de la sostenibilidad del SNS.

ALGUNAS PROPUESTAS

La traducción en acción de estos principios obliga a reconsiderar tanto las políticas orientadas a la contención de la supuesta demanda sanitaria (copago) como las de incentivación cruda de la “productividad” médica y crecimiento indiscriminado de la oferta promoviendo en cambio mejoras en la calidad de la atención médica integral y el conocimiento de sus resultados a través de estrategias que las faciliten e incentiven tales como las que siguen:

1. Delimitación y racionalización de la oferta tal como ya se propone en normas legales vigentes (RD de Ordenación de Prestaciones y Ley de Cohesión) con especial énfasis en la introducción ordenada y uso tutelado de nuevas tecnologías.
2. Promoción, fomento y dotación económica preferente de sistemas coordinados de registro sistemático y líneas de investigación específica y dirigida, relativos a resultados en salud de las intervenciones médicas y sanitarias.
3. Redefinición de la misión del médico de atención primaria enfatizando y posibilitando su papel de auténtico director de biografía sanitaria individual e hilo conductor permanente de los procesos asistenciales que tienen lugar en sus pacientes (especialmente en los crónicos). Ello junto a la delimitación precisa de la función de los especialistas en los procesos diagnóstico-terapéuticos en que participan con el norte y la orientación de reducir a lo estrictamente necesario la participación simultánea de varios de ellos en el manejo de pacientes que en todo momento deben disponer de una dirección de proceso responsable identificada.
4. Modificación del contenido curricular y de formación pre y postgrado de los profesionales sanitarios (especialmente los médicos) dotándolos de orientación acorde con una práctica clínica más integral basada en el uso crítico de la mejor evidencia disponible junto a un reforzamiento de formación en los aspectos ético-humanistas del ejercicio profesional.
5. Estímulo institucional efectivo a la práctica clínica apropiada mediante el establecimiento de políticas de personal que a través de sistemas de acreditación, formación continua y audit clínico vinculen la carrera profesional y parte sustancial de las retribuciones al nivel de cumplimiento de dicha práctica.

**MODELO E INSTRUMENTOS DE CALIDAD
EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS**



Foro por la mejora del SNS

El somero diagnóstico elaborado sobre la calidad de la gestión en las instituciones sanitarias del SNS tiene el objetivo de plantear ciertas preguntas y realizar diversas propuestas de actuación que susciten el debate y la búsqueda de alternativas que permitan la sostenibilidad y mejora del sistema en su conjunto para generar una mayor salud en los ciudadanos y aumentar el bienestar de la sociedad en su conjunto.

¿ Qué papel debe adoptar cada uno de los agentes del sistema (profesionales, clientes, proveedores, sistema sanitario y sociedad) para asegurar la sostenibilidad y la mejora continua de los resultados del sistema sanitario ?

¿ Qué modelo de gestión debe servir de referente para implantar la mejora y medir su efectividad?

¿ Qué cambios fundamentales hay que introducir cuanto antes en el sistema para poder afrontar el futuro con garantías de éxito?

- El derecho a la salud y a recibir una atención sanitaria de calidad es un derecho ineludible de los ciudadanos y un importante factor de bienestar para la sociedad en su conjunto.
- La búsqueda de la excelencia en las organizaciones sanitarias debe suponer un motor de cambio en las mismas y constituir la parte fundamental del compromiso suscrito con la sociedad para cuidar la salud de los ciudadanos y contribuir a la mejora del bienestar de la población.
- Los conceptos fundamentales de la mejora continua y de la excelencia deben constituir el referente para los sistemas de gestión de las organizaciones sanitarias, teniendo al cliente como eje fundamental del sistema.
- La sostenibilidad del sistema tiene serias amenazas que hay que tener presentes. Entre otras, las restricciones presupuestarias, la progresiva descapitalización material de los equipamientos tecnológicos, la presión de la incorporación de nuevas tecnologías no evaluadas, la cultura burocrática y corporativa, las necesidades y expectativas crecientes del ciudadano a veces sin modular o el interés político si se basa exclusivamente en el corto plazo.
- El modelo de excelencia de la EFQM tiene un alto grado de consenso como referente en la evaluación de la calidad de la gestión y supone una importante herramienta para la gestión de la mejora.
- El ciclo de mejora continua debe aplicarse a todas y cada una de las actividades y procesos de las organizaciones, no solamente a las asistenciales.
- La situación actual exige transformaciones importantes en las relaciones laborales, los modelos retributivos, la coordinación entre niveles asistenciales, los modelos de financiación, el grado de participación del usuario o la autonomía de gestión.
- Los cambios que se realicen tienen que abordarse conjuntamente y tener

Foro por la mejora del SNS

un crecimiento equilibrado para las distintas funciones del sistema.

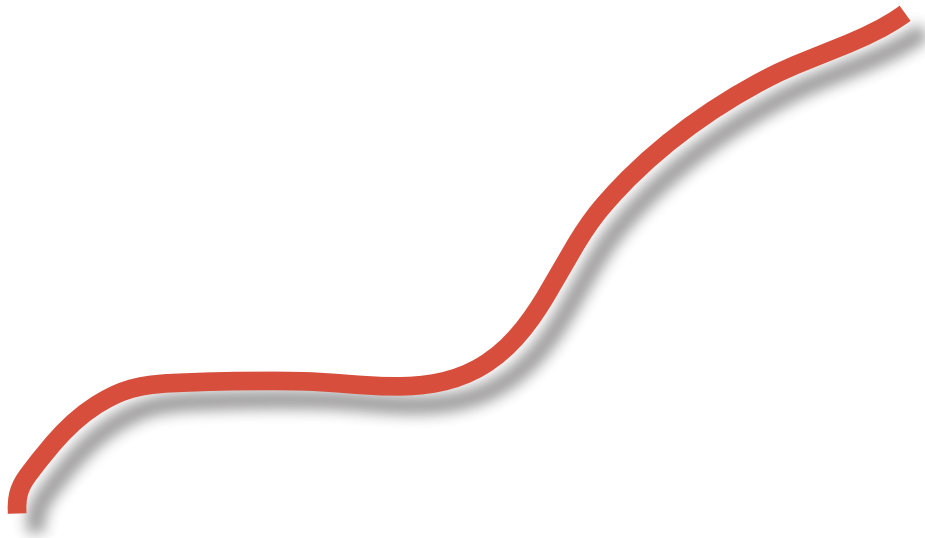
- Se necesita un esfuerzo de pedagogía institucional, apoyado por los profesionales, para comunicar al ciudadano las limitaciones previsibles del sistema.
- La calidad no se programa al margen de los planes de gestión sino que forma parte del sistema de gestión de la organización.
- La cultura corporativa y la gestión de los valores en las organizaciones es un potente motor para la implicación efectiva y la mejora de los sistemas de gestión.
- El sistema de gestión y la mejora de la calidad en las organizaciones necesita del compromiso explícito del equipo directivo y el impulso de un liderazgo ético, creativo y transformador que implique a todos los responsables y profesionales de la organización.
- El ejercicio del liderazgo debe contener elementos de evaluación y reconocimiento acordes con el nivel de responsabilidad.
- Los objetivos estratégicos de las organizaciones deben intentar equilibrar las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés así como propiciar un consenso entre derechos y obligaciones de los mismos.
- La disponibilidad de un desarrollo estratégico claro, realista, con participación y consenso entre los diferentes agentes, evaluable y actualizado periódicamente supone una orientación de los esfuerzos de toda la organización y un punto de enganche básico para la implicación de los profesionales.
- La implicación de los profesionales y el crecimiento de sus capacidades para adaptarse a los nuevos retos supone el elemento fundamental e imprescindible del cambio y la posibilidad de mantenimiento continuo de la mejora del sistema.
- Debe abordarse de forma urgente un tránsito progresivo de los modelos de administración de personal hacia la gestión de las personas, incorporando procesos de gestión del liderazgo, el empowerment, la comunicación, la capacitación y el capital intelectual, el cambio de estructuras organizativas, el diálogo y los sistemas de incentivación y reconocimiento.
- La gestión de las alianzas en todo su ámbito de actuación debe sistematizarse y buscar beneficios mutuos que maximicen el valor para las organizaciones.
- Es importante apostar por la implantación intensiva de las TIC en las organizaciones y un mayor aporte de recursos para las funciones de I+D+i en el sistema sanitario en su conjunto.
- La gestión por procesos puede suponer uno de los motores más importantes para gestionar el cambio en las organizaciones, situar al cliente como eje

Foro por la mejora del SNS

del sistema, organizar la participación y empowerment de los profesionales y dirigir a la organización en su conjunto de una forma coordinada y sinérgica la mejora de sus resultados. Además puede ayudar a resolver los conflictos de coordinación existentes entre procesos intracentros y con otras organizaciones implicadas en la asistencia.

- Los procesos asistenciales, así como la gestión del conocimiento, de las tecnologías y de los procesos de innovación y de gestión de personas deben tener un mayor grado de sistematización e incorporar mayores recursos, esfuerzos y creatividad para su gestión y mejora.
- La autonomía clínica debe basarse en la compartición de los principios éticos, la evidencia científica disponible y la evaluación crítica y continua de resultados para mejorar su eficiencia.
- La elaboración de sistemas de información homogéneos en el conjunto del SNS en un mínimo de indicadores y resultados comunes en función de las diferentes líneas de servicio en aspectos de resultados clave, resultados de procesos y medidas de percepción, así como su difusión y análisis pueden suponer una inestimable herramienta de comparación para el benchmarking y la detección de mejores prácticas.
- Es conveniente compartir estándares de medida en los resultados para detectar mejores prácticas y compartir conocimiento y permitir al ciudadano valorar con mayor objetividad los avances y las posibilidades del sistema.
- La utilización de encuestas de satisfacción como guías para mejorar la gestión con clientes, profesionales y la sociedad deben generalizarse y mejorar su alcance y metodologías.
- Los resultados e indicadores clave de rendimiento en las organizaciones deben seleccionarse adecuadamente, tener una categorización consecuente con la estrategia y abarcar todos los aspectos relevantes de la organización.
- Resulta crítica la investigación en resultados en salud de las actuaciones, la evaluación de la práctica clínica y la disponibilidad de la información para su análisis y evaluación por los profesionales.

**EL GOBIERNO DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS
EN EL ESTADO ESPAÑOL**



José Jesus Martín Martín

Foro por la mejora del SNS

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud exige el incremento de los recursos para hacer frente a las crecientes necesidades y demandas ciudadanas, pero esta condición aún siendo necesaria no es suficiente para garantizar su mantenimiento y mejora. Otro elemento clave es la reforma e innovación en el ámbito de la organización y gestión. Lamentablemente no disponemos de un modelo de organización sanitaria que podamos considerar “el mejor”, y la evidencia empírica tanto en nuestro país como en otros es limitada y no concluyente. Sin embargo si es posible delimitar algunas propuestas que podrían mejorar la eficiencia del sistema sin cuestionar el pacto social basado en la equidad que el actual Sistema Nacional de Salud supone.

La generalización del proceso de transferencias sanitarias ha reproducido un modelo burocrático de producción de servicios sanitarios en la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas. Es preciso, realizar transformaciones importantes, sobre estas formas organizativas fundamentalmente en el ámbito de las relaciones laborales, los modelos retributivos, la coordinación entre niveles asistenciales, los modelos de financiación de los centros, el grado de libertad de elección de los usuarios y la descentralización intraorganizativa tanto a nivel de centro sanitario como de unidades clínicas.

En diversas Comunidades Autónomas estas innovaciones pueden favorecerse mediante una transformación de las fórmulas de gestión directa por ejemplo mediante el cambio desde un Organismo Autónomo de Carácter Administrativo a un Ente de Derecho Público.

Deben desarrollarse políticas laborales y retributivas armonizadas entre los diferentes Servicios Regionales de Salud, que eviten una dinámica de reivindicaciones permanentes difícilmente financiables por todas las CCAA así como, la creación de déficit de determinados profesionales y especialistas en algunas Comunidades Autónomas.

En relación, a las nuevas fórmulas de gestión directa (Entes Públicos, Fundaciones públicas, Consorcios, etc.) es preciso modificar el actual marco de regulación y financiación, de forma que se dé una separación efectiva entre financiador público y la organización sanitaria. Esto implica la modificación de los consejos de gobierno de estas fórmulas de gestión y una separación más efectiva de de las autoridades de compra de servicios sanitarios, del nivel estrictamente político.

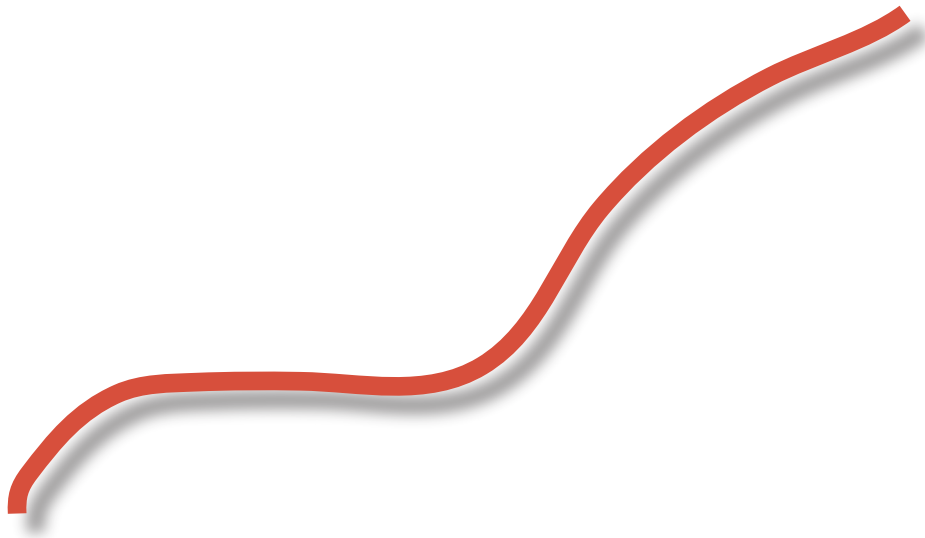
Hay que potenciar las fórmulas de financiación *per cápita* ajustadas como mecanismo clave para repartir recursos en función de las necesidades sanitarias y favorecer la integración y coordinación entre niveles.

La participación privada lucrativa y la producción de servicios sanitarios en el SNS deben ser minoritarias, y estar sometidas a procesos rigurosos y evaluación y control.

Este tipo de experiencias, con las cautelas y estricta regulación pública que exige, puede constituir un factor dinamizador en algunos Servicios Regionales de Salud.

Existe una necesidad acuciante en el actual sistema sanitario descentralizado de desarrollar un sistema de información sobre costes, recursos, productos intermedios y resultados en salud válido para el conjunto del Estado, siguiendo la estrategia que están desarrollando otros países.

**LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**



Salvador Peiro Moreno
Rafael Sotoca
Enrique Bernal

Los sistemas sanitarios están integrados por pequeñas unidades clínicas situadas en la “primera línea” de la atención de salud. Es en estas unidades –sean servicios, equipos de atención primaria, unidades clínicas, microsistemas o como se les quiera llamar- donde se produce el contacto del paciente con el sistema de atención, donde se realizan los procesos, donde se producen los resultados de salud y donde se configuran las experiencias de los pacientes. Los resultados del sistema sanitario no pueden ser mejores que los de estas unidades (aunque el sistema sanitario puede ayudar a que estas unidades tengan mejores resultados).

El SNS ha considerado tradicionalmente que la “gestión sanitaria” se refiere a los aspectos macro (política, regulación, financiación, ...) y meso (gestión de centros y organizaciones sanitarias), pero no a la micro, no al núcleo fundamental de la atención sanitaria que reciben los pacientes (probablemente, el mejor ejemplo de este desenfoco fue transformar el concepto de gestión clínica -la gestión de las pequeñas unidades asistenciales- en un problema meso -formalizar modalidades organizativas como los institutos o las áreas clínicas- olvidando sus contenidos asistenciales. En realidad, la “calidad” de la macro, la meso y la micro sólo puede juzgarse en función de los efectos de sus acciones sobre los pacientes. La calidad de los microsistemas debe valorarse por su capacidad para desarrollar una asistencia segura, efectiva, centrada en los pacientes, sin demoras, eficiente y equitativa; la calidad de las organizaciones por su capacidad para ayudar a los microsistemas a cumplir estas funciones; y la calidad del sistema –incluyendo sus políticas y sus normas- por su capacidad para orientar y apoyar a las organizaciones para que estas puedan cumplir su función de ayuda a los microsistemas.

El SNS necesita una apuesta radical por la calidad de la atención sanitaria a nivel “micro”. Que los profesionales se esfuercen en hacerlo mejor, aun siendo un requisito, no será suficiente para superar los problemas de baja calidad. El problema no es tanto que “la calidad de la asistencia no sea la que debería ser”, sino que “el actual sistema de atención sanitaria es incapaz de alcanzar los niveles de calidad que debería ofrecer” y, por tanto, se requieren cambios profundos en el sistema sanitario para cambiar la atención en las trincheras del día a día con los pacientes, que es donde hay que mejorar la asistencia sanitaria.

Las estrategias esenciales para mejorar en el nivel clínico pasan, probablemente, por:

1. Mejorar las bases científicas (“evidenciarias”) de la atención sanitaria, que incluye aspectos de incremento de la investigación clínica (reducir las lagunas de conocimiento) pero, y sobre todo, el desarrollo de instrumentos y políticas para la difusión e implementación del conocimiento existente en la toma de decisiones sobre la atención a pacientes individuales, incluyendo la participación de los pacientes en tales decisiones. El desarrollo de centros y redes de “conocimiento clínico” (que no grandes burocracias funcionariales) al estilo del NICE puede ser una ayuda, siempre que consigan ganar legitimidad ante los clínicos. En algunas áreas, como la prescripción, este tipo de centros parece una necesidad urgente.
2. Desarrollar las tecnologías de la información en el punto de contacto con los pacientes. No se trata tanto de disponer de un ordenador, sino de desarrollar plataformas de información que den soporte a la toma de decisiones clínicas (incluyendo aspectos de formación, información y retro-información ofrecida en

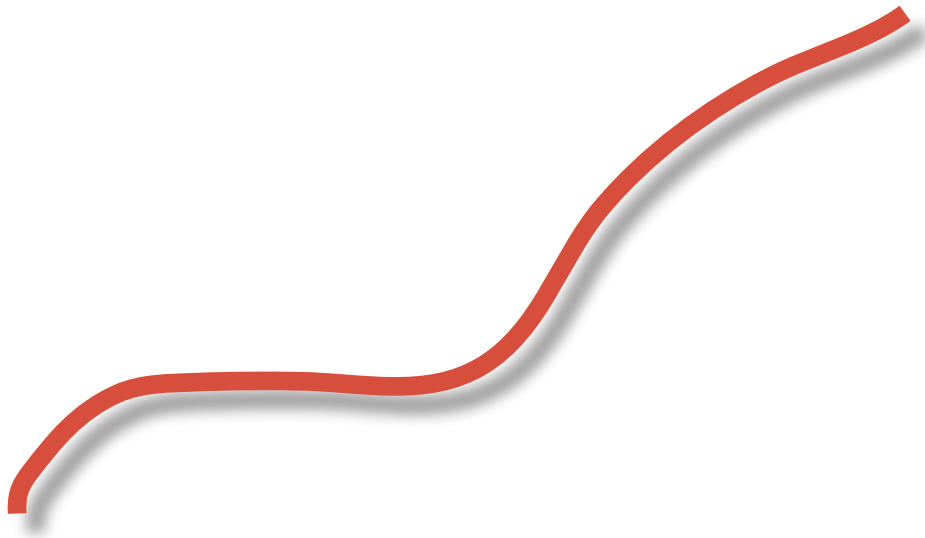
Foro por la mejora del SNS

tiempo, lugar y forma para mejorar la calidad asistencial de un modo real) y a la coordinación de cuidados intra-nivel y entre niveles asistenciales. Se trata de un aspecto que, probablemente, debe abordarse con un plan de inversiones en infraestructuras de información sanitaria (algo parecido a lo que se ha hecho para superar las insuficiencias históricas en autopistas o en ferrocarriles).

3. Alinear los sistemas de pago y los incentivos de las organizaciones y los profesionales con la mejora de la calidad asistencial. Se trata, en alguna forma, de pasar de pagar “por estar” o “por hacer” a pagar por “hacer bien lo que debe hacerse”.
4. Formación y formación continuada de los profesionales, incluyendo la formación en áreas como la comunicación con los pacientes, el manejo de las nuevas tecnologías pero también la introducción de la mejora de calidad como parte integral de los procesos de cuidados (no se trata tanto de formar en “calidad” como de incluir los métodos y cultura de mejora de calidad en las enseñanzas clínicas).
5. Cambios organizativos que incluyan la introducción de medidas-evaluaciones de calidad, el desarrollo de instrumentos de coordinación y cooperación entre organizaciones y profesionales, incluyendo el aprendizaje de las organizaciones con mejores resultados, el desarrollo del liderazgo clínico y la introducción de la toma de decisiones compartidas con los pacientes.

Es obvio que en el SNS muchas de estas medidas pueden requerir cambios en los niveles macro y meso, incluyendo cambios legislativos, pero es esencial saber que lo que se busca es producir mejoras en el micronivel (gestión clínica y de pequeñas unidades) en beneficio de los pacientes. El conocimiento es un pilar esencial para estos cambios y, por tanto, la investigación en servicios sanitarios será necesaria para conocer los problemas de calidad existentes, que acciones deben emprenderse y como deberían llevarse a cabo. Con todo, y en la situación actual, quizás lo primero es mirar el SNS desde la perspectiva de esos no tan pequeños porcentajes de pacientes subtratados, sobreatados o “maltratados” (tengan ellos conciencia o no de esta situación) y querer buscar los caminos para minimizarlos. Luego ya sólo será una cuestión de trabajo, esfuerzo político y profesional, capacidad de consenso y, también, voluntad y liderazgo político.

**SALUD Y SOCIEDAD. EL PAPEL DE LA MEDICINA
Y LA SALUD PÚBLICA.**



Andréu Segura Benedicto

Foro por la mejora del SNS

La justificación principal de los sistemas sanitarios es su potencial contribución a la mejora de la salud de las personas y de las comunidades. Sin embargo, el consumo de bienes y servicios de salud no siempre comporta un efecto benéfico ya que las actividades sanitarias no son inocuas. Por ello todas las intervenciones deberían ser pertinentes y proporcionadas.

En los países occidentales, la demanda de consumo sanitario se ha incrementado a un ritmo mayor que la evolución de las necesidades, como consecuencia de las expectativas generadas por la oferta y del aumento de los niveles de renta de la población. Lo que comporta una tendencia a la utilización indiscriminada que facilita la aparición de efectos indeseables superfluos.

La organización actual de los sistemas sanitarios se caracteriza por la atomización de sus dispositivos y por la fragmentación de los servicios tanto en el ámbito de la asistencia – atención primaria y especializada-- como entre la asistencia y la salud pública. Tampoco existe una buena coordinación con los servicios sociales y con el resto de agentes determinantes de la salud.

La medicina clínica ha experimentado un desarrollo técnico espectacular mediante el aumento de su capacidad de intervención en los aspectos más biológicos pero el trato a los pacientes no ha evolucionado paralelamente. La atención primaria no ha conseguido convertirse en el eje de la asistencia médica, dificultando la continuidad y longitudinalidad en la atención a las personas. Lo que comporta solapamientos e interferencias. El papel de apoyo y complemento a la atención primaria de la atención especializada es manifiestamente mejorable.

El fenómeno de inducción de la demanda se amplía a situaciones apenas relacionadas con la salud, mediante el fomento de falsas necesidades sanitarias y una medicalización excesiva de la vida cotidiana. La integración de actividades preventivas en el sistema asistencial favorece, dadas las características de los dispositivos de atención y la orientación de los profesionales, el incremento de la prescripción de medicación profiláctica y de las visitas y pruebas de control, que tienen un bajo cumplimiento y que a menudo se consideran alternativas a las medidas higiénicas, las cuales difícilmente se pueden llevar a la práctica mediante una exclusiva intervención asistencial.

El ejercicio de la clínica, particularmente en el ámbito de la atención primaria, es poco gratificante, debido a la presión de la demanda pero también a la escasa adecuación de las competencias profesionales a la relación con los pacientes y a los propósitos de las intervenciones. La polarización hacía una orientación científica de la medicina distorsiona las expectativas de los profesionales de la asistencia. Finalmente, la escasa autonomía en relación al conjunto del sistema limita las posibilidades del compromiso con los pacientes característico del ejercicio profesional. Lo que se traduce en desencanto y en el incremento de derivaciones.

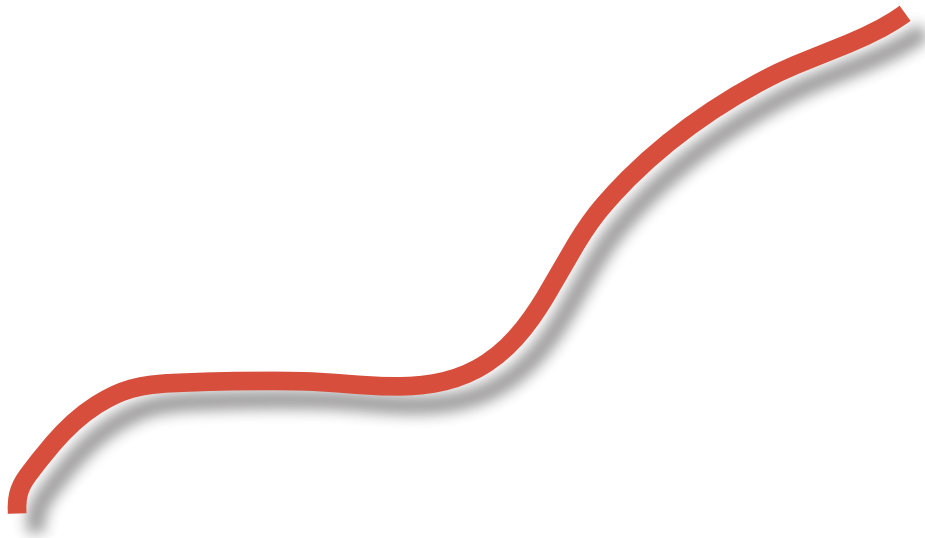
La salud pública es un apéndice marginal de los sistemas sanitarios, con escasos recursos humanos y materiales, una excesiva dependencia de los responsables políticos de las administraciones y poca capacidad de conectar el sistema sanitario en su conjunto con la comunidad. La perspectiva poblacional no se utiliza sistemáticamente para analizar la importancia de los problemas de salud ni para evaluar el impacto global de las intervenciones.

Foro por la mejora del SNS

El papel de la comunidad es, básicamente, el de usuario y consumidor pasivo de los servicios. Los mecanismos formales de participación son excesivamente burocráticos. Las asociaciones de pacientes y familiares y las de consumidores acentúan los elementos de reivindicación que a menudo se limitan a exigir mayor accesibilidad y rapidez de la atención. La mayor disponibilidad de información aumenta las expectativas de consumo y fomenta la presunción de que casi todos los problemas de salud tienen solución si se puede acceder a los recursos disponibles. Los sistemas sanitarios públicos no ayudan a promover el consumo responsable ni favorecen la confianza y el compromiso mutuos.

La viabilidad de los sistemas sanitarios no depende solamente de la suficiencia de recursos económicos sino de su capacidad efectiva de contribuir a la mejora de la salud de la población, proporcionar seguridad y favorecer la cohesión social. Lo que requiere credibilidad entre todos los agentes implicados. De ahí la conveniencia de replantear un nuevo contrato social entre la comunidad y el sistema sanitario.

**LA RELACIÓN CLÍNICA: PERSPECTIVA ACTUAL
Y DE FUTURO.**



Foro por la mejora del SNS

La relación médico-paciente, esto es, la llamada relación clínica, está en plena transformación como consecuencia de una serie de factores dinámicos que todavía no han alcanzado su total configuración.

Entre los factores citados hay que destacar la implicación de la bioética en la toma de decisiones clínicas, que constituye un factor cultural nuevo y que cada vez tendrá una mayor amplitud (esfuerzo terapéutico, priorización, distribución de recursos escasos, etc.). Además, el principio de autonomía se muestra emergente y con mucha fuerza, propiciando una cierta horizontalidad en la relación clínica (al menos en una serie de situaciones), siendo el principio determinante en el ámbito bioético y normativo de los momentos actuales (Convenio de Oviedo, Ley de autonomía del paciente).

Se constata una mayor sensibilidad de la ciudadanía en sus relaciones con la sanidad y en lo referente al mantenimiento de un ámbito privado o de intimidad (habitaciones de una o dos camas, evitación de exploraciones innecesarias, confidencialidad), que debe traducirse en una realidad más o menos inmediata (por ejemplo, la inevitable modificación de la arquitectura física de muchos de nuestros centros sanitarios)

El principio de justicia en el Sistema Nacional de Salud (y también en el sistema privado) adquirirá cada vez una mayor importancia pero si bien se mira se trata de una cuestión que puede englobarse, sin problemas, en la bioética (en concreto, es uno de los principios vertebradores de la llamada teoría principialista).

Por último, hay que destacar la enorme complejidad del ejercicio de la medicina moderna (incluso para descartar la información inadecuada en internet), el fenómeno de la judicialización y los problemas que plantea la llamada medicina a la defensiva.



oro por la mejora del SNS



**POR UN NUEVO
CONTRATO SOCIAL
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**



Colaboradores

Foro por la mejora del SNS

José María Antequera Vinagre Jefe Unidad Desarrollo Normativo. Dpto. de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios. Instituto de Salud Carlos III
José Manuel Freire Campo Jefe del Dpto. de Salud Internacional. Instituto de Salud Carlos III
Juan Hernández Yáñez Socio Consultor ERYBA S.L
Javier Rey del Castillo Consejero Técnico. Ministerio de Sanidad y Consumo
Antonio Iñesta García Jefe de Area, Dpto de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitario. Instituto de Salud Carlos III
Ricard Meneu Guillerna Vicepresidente. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS) Valencia
Francisco Sevilla Pérez Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales. Francia
José Conde Olasagasti Jefe Servicio de Nefrología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo
Alberto Infante Campos Asesor Ejecutivo . Ministerio de Sanidad y Consumo
Andréu Segura Benedicto Profesor de Salud Pública. Universidad de Barcelona
Oscar Moracho del Río Director Gerente. Hospital De La Antigua. Zumárraga. Osakidetza. Gobierno Vasco.
José Luis Monteagudo Peña Jefe Dpto. de Investigación en Telemedicina y Sociedad de la Información. Instituto de Salud Carlos III
Pablo Lázaro y de Mercado Director de Técnicas Avanzadas de Investigación de Servicios Sanitarios (TAISS)
Salvador Peiró Moreno, Presidente. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

Foro por la mejora del SNS

Rafael Sotoca,

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Enrique Bernal

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Juan Gimeno Ullastres

Catedrático de Economía Aplicada. UNED. Madrid

Pedro Tamayo Lorenzo

Profesor Titular. Cátedra de Economía Aplicada. Secretario Gral.
UNED. Madrid

Javier Sánchez Caro

Director de la Unidad de Bioética y Derecho Sanitario. Consejería de
Sanidad. Madrid

José Jesús Martín Martín

Profesor Titular de Economía Pública. Facultad de Económicas.
Universidad de Granada

José Ramón Repullo Labrador

Jefe del Dpto. de Planificación y Economía de la Salud. Instituto de
Salud Carlos III

Luis Angel Oteo Ochoa

Jefe del Dpto. de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios
Sanitarios. Instituto de Salud Carlos III