



INTERNATIONAL MEETING OF HEALTH LEADERS

www.worldhealthleaders.org

UN MODELO DE FUTURO DE GESTION DE LA SALUD

Ideas para Debate

Ignacio Para Rodríguez-Santana

Presidente de la Fundación Bamberg

Ricardo de Lorenzo

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

Mariano Avilés Muñoz

Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico

Julio Sánchez Fierro, Asociación Española de Derecho Sanitario





INTERNATIONAL MEETING OF HEALTH LEADERS

www.worldhealthleaders.org

Introducción

EL MODELO DE FUTURO DE GESTION DE
LA SALUD

JULIO SANCHEZ FIERRO

Importancia del sector salud



El problema de la salud es un problema estratégico

La salud está alineada con el desarrollo económico y cultural de un país

La salud es un motor de desarrollo económico

- 10 **Deben desarrollarse políticas de Estado a largo plazo buscando la connivencia del ciudadano y no su voto**
- 10 **Las Autoridades Sanitarias deben centrarse en gestionar la salud, no en los hospitales**
- 10 **Gestionar bien la salud es más rentable**

Evolución del gasto sanitario de los países de la OCDE

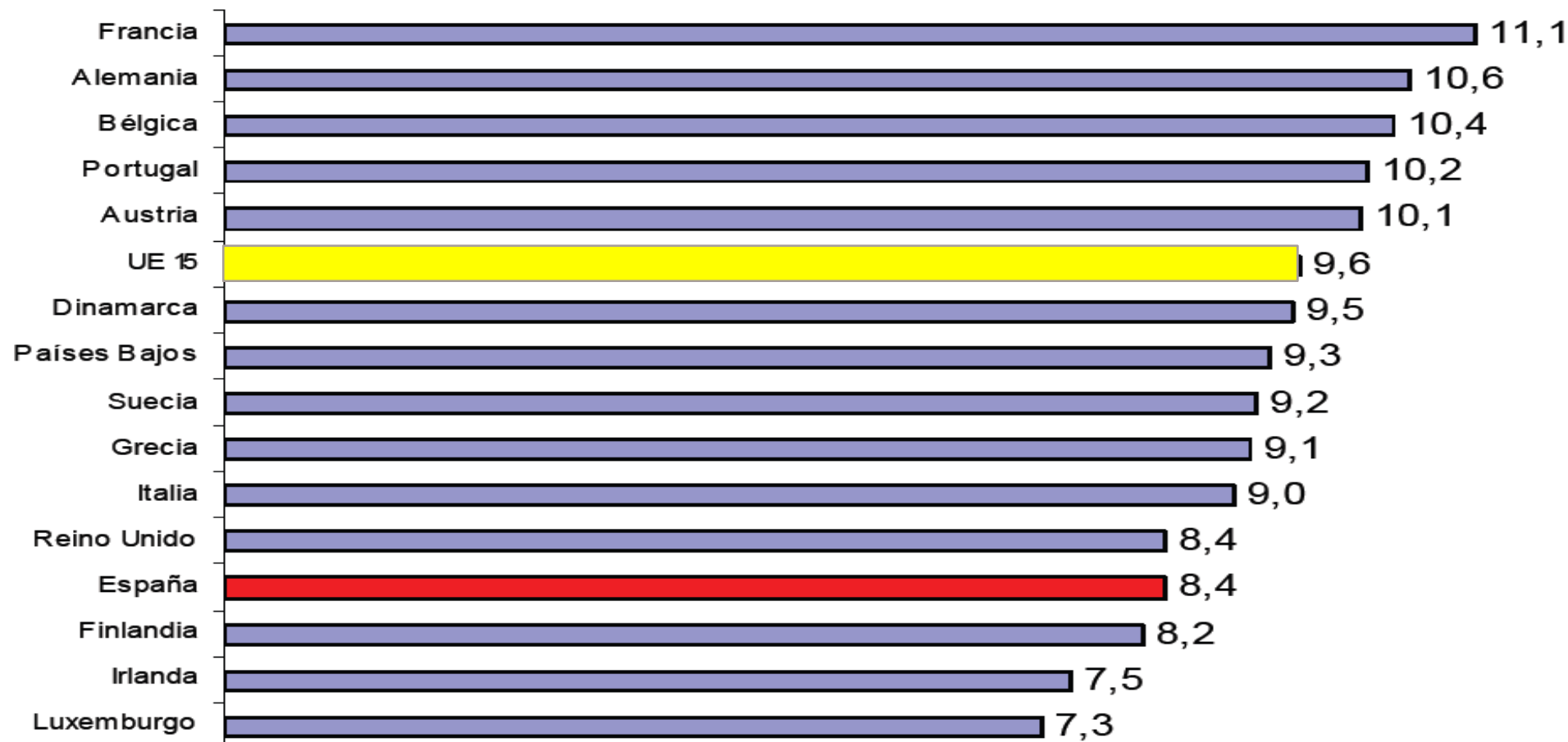
PAÍS	TASA CREC. ANUAL (%)	% SOBRE EL PIB	PAÍS	TASA CREC. ANUAL (%)	% SOBRE EL PIB
 Austria	1,5	10,1	 Luxemburgo	-0,5	7,3
 Bélgica	0,3	10,4	 México	7,3	6,6
 Canadá	4,1	10,0	 Holanda	4,0	9,3
 Rep. Checa	0,9	6,8	 Nueva Zelanda	6,3	9,3
 Dinamarca	4,6	9,5	 Noruega	-2,2	8,7
 Finlandia	3,3	8,2	 Polonia	6,0	6,2
 Francia	1,6	11,1	 Portugal	1,3	10,2
 Alemania	1,8	10,6	 Eslovaquia	-	7,1
 Grecia	6,0	9,1	 España	4,9	8,4
 Hungría	1,7	8,3	 Suecia	4,0	9,2
 Islandia	1,1	9,1	 Suiza	2,7	11,3
 Irlanda	-2,5	7,5	 Turquía	-	5,7
 Italia	2,7	9,0	 Reino Unido	5,4	8,4
 Japón	-	8,2	 EEUU	3,5	15,3
 Corea	12,8	6,4	Media	3,1	8,9



Fuente: OCDE 2008.

elEconomista

Gasto Sanitario: % PIB en la UE15



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos de 2006

Gasto Sanitario: % PIB en la UE15

Evolución de la opinión sobre el funcionamiento del sistema sanitario en España



El Sistema sanitario
está tan mal que
necesitamos
rehacerlo

Año	Interés por Sanidad	En general, el Sistema sanitario funciona bastante bien	El Sistema sanitario funciona bien, pero necesita cambios	El Sistema sanitario necesita cambios fundamentales	El Sistema sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo
1995	36,11	20,71	40,57	28,18	9,57
1997	31,75	21,26	41,10	28,39	7,67
1998	34,15	21,77	43,47	27,73	7,03
1999	32,37	23,36	45,03	23,84	7,19
2000	32,07	21,34	45,46	25,51	6,38
2002	31,02	18,41	47,67	27,31	5,51
2003	30,15	18,58	47,61	26,96	5,60
2004	31,40	19,80	47,10	27,10	5,00
2005	30,30	19,40	48,30	26,00	5,10
2006	28,33	19,16	50,53	24,97	4,42
2007	28,32	20,05	47,35	26,85	4,69
2008	28,10	19,20	68,1%	48,90	4,90

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, *Barómetro Sanitaria*.

Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España en 2008, CES.



- ⑩ Los sistemas sanitarios en todo el mundo serán **difícilmente sostenibles en un plazo de 15 años**.
- ⑩ El año 2020 el gasto sanitario de los países de la OCDE se habrá multiplicado por tres respecto a 2005, hasta alcanzar los 10 billones de dólares.
- ⑩ El fuerte incremento de los costes, el importante crecimiento de la demanda, una calidad irregular y unos incentivos inapropiados son las **principales amenazas** que pueden llevar a la quiebra financiera de estos sistemas.
- ⑩ En 2020 los gastos sanitarios alcanzarán el 21% del PIB en Estados Unidos y una media de 16% en los demás países de la OCDE.
- ⑩ ¿La incorporación de nueva tecnología está en la base de este crecimiento?
 - En biomedicina se está produciendo una auténtica avalancha de nuevo conocimiento (más de 30.000 citas mensuales en el Medline), lo que permite resolver problemas de salud hasta este momento inabordables.

Fuente: HealthCast 2020, PwC.



Los Retos para el futuro de la Gestión de la Salud

JULIO SANCHEZ FIERRO



Globalización. Migraciones. Nuevas enfermedades

Dispersión y concentración de la población

Baja natalidad. Envejecimiento. Enfermedades degenerativas

Cronificación de enfermedades antes mortales

Sostenibilidad económica y financiera



10 Resumiendo, necesitamos hacer frente a **los grandes retos de nuestro Sistema Nacional de Salud:**

- La promoción de la salud y prevención de las enfermedades
- El mantenimiento y mejora de la calidad
- La mejora de los procesos de incorporación y formación en la profesión médica y de enfermería y desarrollar la excelencia del personal
- El acceso a la innovación científica y tecnológica
- La eficiencia en la producción y en el uso de los servicios y de la tecnología
- Garantizar a los ciudadanos la equidad y la accesibilidad
- Garantizar la cohesión y la sostenibilidad.
- Conseguir la efectividad del sistema, resultados en salud

10 **Para ello es necesario cambiar el modelo** político, legislativo, económico y asistencial, es necesario un nuevo modelo para el desarrollo del personal asistencial y de la investigación y es necesario un nuevo modelo de gestión tecnológica y farmacéutica.



Necesitamos un nuevo Modelo

Sin un nuevo modelo los cambios no serán posibles

IGNACIO PARA

Problemas singulares de España



No tenemos un sistema Universal

No existe equidad y accesibilidad

Proliferación exagerada de legislación inconexa en las CCAA

No están claras las competencias y hay un déficit de cohesión es entre las CCAA

No están resueltas las competencias del Ministerio de Trabajo, el INSS y la Tesorería General de la SS

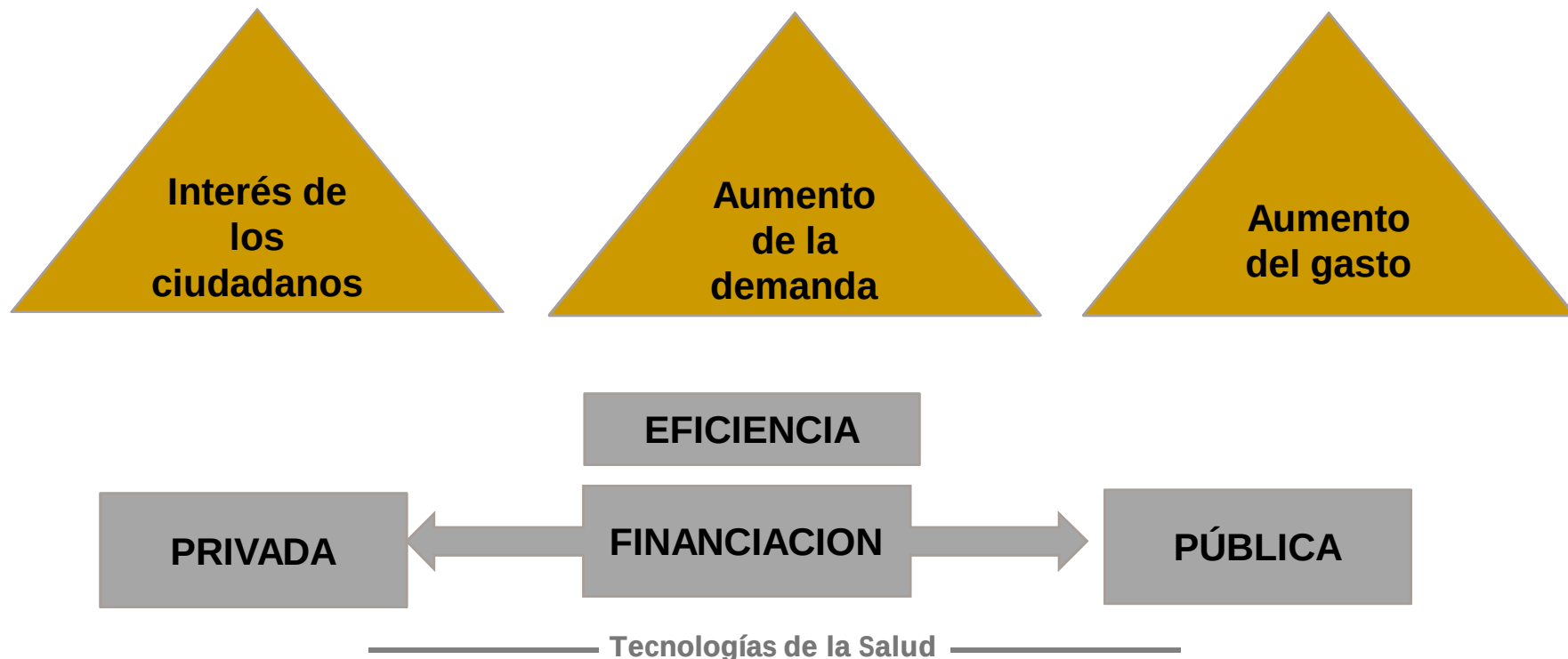
Modelos de MUFACE (Administración Central), MUFAJU (Justicia) y ISFAS (Ejército) un elemento más de inequidad

Hay una total falta de integración y coordinación con los Centros e Instituciones privadas



Mientras la gestión de la Sanidad sea realizada por políticos, la Sanidad estará politizada

Hospitales espectáculo como imagen política: En todas las CC. AA. y de todos los colores políticos...





El Ciudadano-Paciente ha de ser realmente el centro del sistema

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">10 Gestión proactiva, personalizada, de base poblacional10 Gestión de riesgos personales y profesionales10 Integración entre la Asistencia Primaria y la Especializada, continuun asistencial, gerencia única.10 Integración de la Salud Pública Salud Mental y la asistencia sociosanitaria en la práctica asistencial.10 Orientado a la gestión de crónicos. Gestión de casos.10 Organización de los hospitales por procesos de atención clínica y no por especialidades médicas10 Abordaje multidisciplinar, sin olvidarse del liderazgo y del responsable del proceso | <ul style="list-style-type: none">10 Oportunidad tecnológica: HCE y RE. PMR10 Gestión del conocimiento, procesos colaborativos10 Implicación del paciente en su salud proceso asistencial10 Formación del paciente10 Control del abuso del sistema10 Responsabilidad sobre la salud, no sobre los medios de producción10 Financiación per cápita: promoción de la salud10 Medir a médicos y centros en función del grado de mejora de la salud de su población10 Mayor independencia y autonomía a nivel de Centro y también de Departamento |
|--|---|



Es necesario un nuevo modelo de **Gestión de integral de la Salud**, que la conciba contemplando sus diferentes aspectos como un todo, y donde el objetivo de mejorar y mantener la salud y de curar las enfermedades o evitar su desarrollo y paliar sus consecuencias se contemple de manera integral e integrada

Necesitamos un nuevo Modelo



Gestión predictiva y proactiva de base poblacional

Integrando la medicina preventiva y predictiva y de la salud mental y también la asistencia sociosanitaria.

Eliminación de los actuales niveles asistenciales y la **potenciación del médico de cabecera o de familia** como responsable de la salud de su población asignada

Provisión de los servicios sanitarios se realice por parte de **todos los recursos**, bien sean de propiedad pública como privada en concurrencia y autogestión

Valoración y **premio** por los **resultados en salud** derivados de la actividad sanitaria.

Libre elección del ciudadano, como garantía de la equidad y accesibilidad y la concurrencia de todos los proveedores de servicios sanitarios.

Regulación del mercado sanitario con el objetivo de conseguir la mejor calidad de las prestaciones aseguradas, evitar oligopolios, oligopsonios y situaciones de privilegio



Necesitamos un modelo en el que estén claramente **separadas las funciones de financiación, de aseguramiento y de provisión** de servicios y en el que las prestaciones a recibir por los ciudadanos estén en correspondencia con la capacidad financiera del Estado



PROPUESTAS PARA EL NUEVO MODELO

IGNACIO PARA



Bases conceptuales

IGNACIO PARA



La solidaridad, el bien común, la libertad individual, el premio al esfuerzo, a la iniciativa, la actividad emprendedora y la innovación.

- ✓ La consecución de una población saludable y sana, el desarrollo e implantación de una atención sanitaria orientada al logro en salud mediante el uso de las más modernas técnicas
- ✓ La erradicación de la exclusión y marginación social de las personas, condición sine qua non para garantizar la salud de un País.
- ✓ La protección de la libertad, la confidencialidad y los derechos individuales, tanto para los profesionales como para los pacientes y usuarios de los servicios de salud
- ✓ El desarrollo de la actividad asistencial, la investigación y la innovación en un contexto de reconocimiento social.
- ✓ La defensa de las iniciativas personales como base y fundamento de la creatividad, la innovación y el progreso
- ✓ La defensa de la competitividad como motor que genera la mejora continua y el crecimiento de la riqueza.

Lo que importan son las personas



cada persona es única



El Modelo Político

**Mientras la gestión de la Sanidad sea realizada
por políticos, la Sanidad estará politizada**

IGNACIO PARA

Modelo político. Los deberes del Estado



- ⑩ **Procurar la salud de los ciudadanos**, para lo que deberá promover que lleven una vida saludable en alimentación, actividad física e intelectual, asegurando el saneamiento y salubridad individual y colectiva y promoviendo los comportamientos saludables.
- ⑩ Desarrollar **la prevención de enfermedades** mediante la vacunación de la población y el cribado de la población de riesgo aplicando técnicas de diagnóstico precoz y otras tecnologías predictivas mediante los oportunos estudios de coste/beneficio tanto en términos económicos como en términos de salud.
- ⑩ Finalmente, en nuestro Estado del Bienestar, éste debe tener por objetivo la **cobertura de la atención sanitaria en términos de equidad y con la mayor calidad y eficacia posible para la curación de las enfermedades o paliar sus efectos** en la medida de lo posible mediante la gestión de las enfermedades crónicas, la prestación de asistencia sociosanitaria o de cuidados paliativos que se requieran.

Modelo político. Los deberes del Estado



- ⑩ Con una cobertura de servicios **en función de la capacidad de financiación disponible en los Presupuestos Generales del Estado**. Nadie puede vivir por encima de sus posibilidades, ni las naciones ni, las familias, ni las personas.
- ⑩ Esta cobertura de servicios **debe realizarse de la manera más eficiente en función de los recursos financieros generados por los presupuestos del Estado u otras fuentes complementarias**. La capacidad de financiación determinará los límites de la cobertura. De esta manera se asegura la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y de los Sistemas Autonómicos de Salud.
- ⑩ **La provisión de los servicios debe realizarse por aquellos provisosores públicos o privados que ofrezcan las mejores relaciones calidad/precio**, es decir la mejor calidad (a partir de la mínima exigible) al mejor precio.

Responsabilidad de la Administración Central



- ⑩ **Regular el mercado** para evitar situaciones de abuso por posición dominante, trusts, cárteles, monopolios u oligopolios, etc..
 - Realizar una potente acción de Auditoría y alta inspección de las prácticas asistenciales y clínicas
- ⑩ **Normalización e Interoperabilidad**
 - Establecer mediante la normativa correspondiente, estándares de interoperabilidad semántica y tecnológica para todo el SNS.
 - Establecer estándares de datos clínicos y de representación de información clínica, gráficas, etc. (NHS)
- ⑩ **Establecer los requerimientos del aseguramiento:** condiciones de la prestación asistenciales, calidad, resultados en salud, cartera de servicios, etc.)
- ⑩ **Derechos y obligaciones del ciudadano**
- ⑩ **Cohesión y Calidad**
- ⑩ **Evaluación y autorización de Medicamentos y tecnologías sanitarias**

Responsabilidad de las Administraciones Autónomas



- ⑩ **Planificar las necesidades** de servicios de salud de los ciudadanos mediante el estudio logístico de la oferta necesaria respecto a la demanda teniendo en cuenta las condiciones y calidad del servicio
Definir las áreas de salud y asegurar la prestación sanitaria en todos los sitios.
(por ejemplo: la cápita será mayor en zonas poco pobladas o con riesgos mayores como la edad, etc.)
- ⑩ **Controlar el desarrollo del mercado** No participando directamente como un agente más.
 - Realizar una potente acción de Auditoría e inspección de las prácticas asistenciales y clínicas
 - Control, primero de los resultados en salud y, en segundo lugar, del nivel de satisfacción de los usuarios

La planificación de necesidades



La planificación de necesidades de servicios de salud ha de hacerse identificando las prestaciones y las condiciones de calidad y servicio

Estándares de calidad y de interoperabilidad y representación de la información clínica y administrativa

Necesidades de financiación y las condiciones del aseguramiento de la población protegida,

Potente acción de auditoría y control de calidad sobre los proveedores de los servicios de salud, sean estos públicos o privados.



Características generales

Características Generales del Modelo de Futuro





Características Generales

10 Financiación

- Estatal con cargo a los presupuestos generales
- Financiación finalista a las Comunidades Autónomas
- Implantación de impuestos finalistas

10 Aseguramiento

- Asegurar la cobertura Universal para todos los ciudadanos, independientemente de su renta o de su condición social o laboral.
- Definición de la cobertura de las prestaciones del SNS: Exclusión de prestaciones y fármacos referentes a patologías menores.
- Concurrencia de las aseguradoras privadas y la pública.
- Posibilidad de seguro privado para prestaciones no cubiertas (accesorias, confort, etc. como ya existe)

10 Provisión

- La provisión de los servicios asegurados por el Estado podrá realizarse por parte de todos los recursos bien sean de propiedad pública como privada.
- Libre elección del ciudadano del centro y profesional que desea que le atienda entre los provisos concertados con el Seguro.
- Concurrencia de los proveedores de servicios sanitarios.



- ⑩ Parece de universal aceptación que la financiación de la asistencia sanitaria asegurada por el Estado debe ser con **cargo a los Presupuestos Generales del Estado**.
- ⑩ **El Estado tiene que evaluar cuándo cuesta el nivel de asistencia que desea asegurar a sus ciudadanos y dotar así la partida presupuestaria que resulte adecuada y suficiente.** La idea de un copago por la asistencia sanitaria recibida, por tanto, es desechable. Incluso como elemento disuasorio. Lo que el Estado tiene que determinar es cuál es el alcance de las prestaciones que asegura a los ciudadanos.
- ⑩ El resto de **prestaciones**, que se referirán a **patologías menores**, confortabilidad, hostelería especial, etc. **no estarán cubiertas por el Estado** y serán sujeto de aseguramiento privado o de la financiación directa por el ciudadano que las contrate.



El Estado debe de acompañar el gasto sanitario a las disponibilidades financieras a través de los Presupuestos Generales no pudiendo, en ningún caso, sobrepasar el gasto.

Esta Financiación ha de ser, en todo caso, finalista.

“El presupuesto debe equilibrarse, el Tesoro debe ser reaprovisionado, la deuda pública debe ser disminuida, la arrogancia de los funcionarios públicos debe ser moderada y controlada, y la ayuda a otros países debe eliminarse para que Roma no vaya a la bancarrota. La gente debe aprender nuevamente a trabajar, en lugar de vivir a costa del Estado”

(Marco Tulio Cicerón, año 55 a.C.)



- ⑩ El **Estado** definirá la cartera de servicios a asegurar y **será el contratante del seguro**
- ⑩ El **asegurador podrá ser la aseguradora pública (entidad a crear) y aquellas aseguradoras privadas que concurren** y cumplan con los requerimientos del contratante del seguro
- ⑩ Tanto la **aseguradora pública como las privadas podrán concertar con centros o grupos de centros públicos o privados** para la prestación de los servicios sanitarios asegurados.
- ⑩ Los hospitales públicos o privados, financiados mediante cápita y responsables de un área de salud o de un grupo de áreas en cuanto a centros de referencia para determinadas prestaciones, estarán obligados a concertar con la aseguradora pública sin menoscabo para concertar con las aseguradoras privadas que deseen.
- ⑩ El resto de hospitales podrán concertar o no libremente con cualquier aseguradora bien sea la aseguradora pública o cualquiera de las privadas.



10 Mercado

- Asignación de la población correspondiente a un área de salud y un proveedor de referencia.
- Pago de un seguro per cápita al proveedor de referencia del área de salud correspondiente a la población asignada
- Inter-facturación por personas asistidas pertenecientes a otra área
- Inter-facturación por personas asistidas por un Centro que no es el de referencia al que lo es por personas asistidas de su área correspondiente.
- Incentivos a los proveedores de servicios en función de sus resultados en salud

10 Regulación del mercado por parte de las Autoridades para conseguir

- Calidad de las prestaciones aseguradas
- Competencia perfecta (evitar oligopolios, oligopsonios y situaciones de privilegio)
- Beneficios en salud derivados de la actividad sanitaria



- ⑩ **El Estado debe de regular y vigilar los mercados**, no interviniendo en ellos como agente productor o comprador privilegiado sino generando leyes y normas que garanticen su libertad y que eviten situaciones de privilegio permanente y situaciones monopolísticas, vigilando e impidiendo el desarrollo de actividades contrarias a las leyes de libertad de mercado antes expuestas.
- ⑩ El modelo contempla la **planificación de la oferta de servicios sanitarios** mediante la creación de áreas de salud y el aseguramiento de la oferta en cada área. Igualmente contempla la libre concurrencia entre aseguradoras y entre prestadores públicos o privados de servicios de salud, hospitales y demás centros asistenciales.
- ⑩ **Los hospitales públicos deben ser auto-gestionados, con presupuesto propio y cuenta de resultados**, al igual que los consorcios catalanes. Los hospitales públicos y los privados concertarán con las compañías aseguradoras la prestación de las prestaciones aseguradas

La Gestión Asistencial y la atención clínica



- Gestión **proactiva de base poblacional** y gestión integrada de todos los recursos.
- Énfasis en la **promoción de la salud** y la **prevención de enfermedades** e integración de estas actividades en la **práctica asistencial** en su relación con los ciudadanos.
- Integración de la medicina preventiva y predictiva y de la **salud mental y la asistencia sociosanitaria** con la práctica asistencial.

Eliminación de los actuales niveles asistenciales como elementos de gestión separados y potenciación del médico de cabecera o de familia como responsable de la salud de su población asignada, apoyándose en la Historia Electrónica de Salud.



10 Gestión de riesgos

- Personales
 - **Genoma**
 - **Edad/sexo**
 - **Hábitos no saludables**
- Ambientales
 - **Entorno natural**
 - **Entorno social**
- Laborales

10 Gestión de enfermedades

- Procesos
- Episodios

10 Gestión de crónicos

10 Estados neurodegenerativos

**Por el médico
responsable de
cabecera/familia**

Gestión proactiva
Preventiva
Predictiva



Definición de áreas de salud y con un hospital integrado con el resto de centros de salud actuando de manera conjunta e integrada con una gerencia única por área de salud. Con una buena definición e identificación de los centros de referencia para procesos de alta complejidad y alta tecnología.

Asignación de la población correspondiente de un área de salud a un provisor de servicios de salud, con un **pago de un seguro per cápita** correspondiente a la población asignada e **inter-facturación** por personas asistidas pertenecientes a otras áreas y con incentivos a los proveedores de servicios en función de sus resultados en salud.

COMPATIBILIZANDO EL PAGO CAPITATIVO CON LA FACTURACION DE LA
ACTIVIDAD Y LA COMPETENCIA



10 Provisores de servicios sanitarios

- **Autonomía de gestión**, sean públicos o privados (en inversiones, compras, retribuciones, etc.) Aplicación de las modernas técnicas de gestión
- **Mayor poder y autonomía de los Médicos y Jefes de Servicio**, de Departamento o de Área de gestión clínica. **Incentivos al personal en función de sus resultados en salud**
- **Replanteamiento de la organización de los hospitales** por especialidades médicas (Actuales Servicios) y de los centros de tecnología o de alta resolución, organizándose por procesos asistenciales y trascendiendo los límites físicos y organizativos del hospital.

10 Personal Asistencial

- **Revalorización del Profesional**: autoridad, participación en la gestión, iniciativa
- Evaluación e incentivos por **resultados en salud**
- Nuevo marco en el que se **ponga en valor su profesión** y en el que deje de ser un funcionario.
- **Mayor relevancia de los Colegios profesionales** de médicos, enfermeros y farmacéuticos



La atención clínica y el abordaje de las enfermedades

- ⑩ **Atención integrada, pluridisciplinar y por casos, centrada en el paciente, con la coordinación de todos los agentes asistenciales y administrativos que intervienen en el proceso.**
- ⑩ Organización de la práctica asistencial por **procesos** optimizando los recursos existentes
- ⑩ Procesos orientados al tratamiento **pluridisciplinar** y en enfermos con **pluripatologías**.
- ⑩ **Gestión de casos**, especialmente para los pacientes crónicos y con pluripatologías.
- ⑩ Replanteamiento de la **organización** por especialidades médicas (Actuales Servicios) de los hospitales y centros de tecnología o de alta resolución.
- ⑩ **Abordaje genético** tanto en la prevención de enfermedades como en el tratamiento de las mismas, aplicando las medidas terapéuticas y el uso de las tecnologías disponibles en **medicina regenerativa**.

Modelo de Provisión. Características de la Gestión



- ⑩ **Gestión eficaz y eficiente, orientada a la maximización de la calidad y a la sostenibilidad económica.**
- ⑩ **Centrada en el negocio (la salud de los ciudadanos) => externalización**
- ⑩ **Externalizando lo que es ajeno al negocio**
- ⑩ **Benchmarking de gestión (indicadores)**
- ⑩ **Aplicando las mejores fórmulas de gestión de los RR.HH.**
 - Gestión por competencias
 - Incentivos por resultados (en salud, en satisfacción del cliente y en sostenibilidad)
 - Visibilidad de formación y carrera
 - Liderazgo y compromiso. Fidelización
 - Equipos alineados con la Institución



10 **Gestión de los costes**

- Modelo de gestión de costes por Centros de Beneficio de cada Área de Gestión, controlando la capacidad cesante.
- Imputación de costes de oportunidad en función de los precios de mercado
- Control de la capacidad cesante y comparación con los beneficios o pérdidas de los Centros de Beneficio
- Relación entre costes y resultados en salud

10 **Objetivos**

- Conocer el precio de “venta”
- Análisis comparativo. Benchmarking
- Optimizar la capacidad de producción de servicios
- Conocer los resultados económicos en función de la actividad desarrollada y los resultados en salud.

Algunas ideas para debate. Modelo de Personal



- ⑩ **Revalorización de los médicos y enfermeros.** en el que se valore al profesional, su autoridad, su participación en la gestión, su iniciativa. Necesitamos un nuevo marco en el que se ponga en valor su profesión, en el que deje de ser un funcionario.
- ⑩ **Posicionar al médico de familia o de cabecera como gestor de la salud de su población asignada,** midiéndole por los resultados en salud, y de cada uno de sus pacientes, siendo responsable de la historia de salud, integranda por todos los procesos y episodios
- ⑩ **Reequilibrar los roles** del personal médico, de enfermería y farmacéutico
- ⑩ Gestión de los RRHH por parte de los Centros Sanitarios
- ⑩ **Trasparencia del mercado de trabajo:** Necesidades, Retribuciones. Libertad de contratación. Garantía de la movilidad del personal
- ⑩ Evaluación e incentivos en función de sus **resultados en salud**
- ⑩ Desarrollo del papel **relevancia de los colegios profesionales** de médicos, enfermeros y farmacéuticos, como instrumentos de desarrollo profesional, autocontrol y expresión.

Algunas ideas para debate. Modelo de Formación



- ⑩ **Regulación de contenidos, créditos, etc. Bolonia. Aseguramiento de la calidad mediante instrumentos objetivos y medibles. Alta inspección.**
- ⑩ **Libertad de mercado de la enseñanza y despolitización de la Universidad**
 - Transparencia
 - Resultados
 - Libertad de elección
- ⑩ **Autogestión de las Universidades, públicas o privadas.**
 - Criterios y técnicas de selección de estudiantes
- ⑩ **Competitividad entre Universidades**
- ⑩ **Libertad de concierto entre centros asistenciales y universidades**
- ⑩ **Impulso del mercado de enseñanza sanitaria.**



Algunas ideas para debate. Modelo Farmacéutico

10 **Autorizaciones**

- Procesos racionales. Coste-beneficio. Menos burocracia. No barreras administrativas.

10 **Inclusión en el Nomenclator**

- Gestión de las prestaciones cubiertas. Optimización de los presupuestos. Normalización.

10 **Mercado**

- Transparencia, Libertad de acceso, Homogeneidad de producto, Competencia.

10 **Gestión del Consumo**

- Seguimiento terapéutico
- Resultados en Salud
- Coste-beneficio

10 **Oficinas de farmacia**

- Poner en valor los roles como centro sanitario
- Incentivación económica para zonas no rentables



- ⑩ **El Estado** es responsable de desarrollar las siguientes acciones:
 - Crear y mantener una **infraestructura de la red sanitaria** a nivel del Estado español en la que se integren todos los centros sanitarios públicos y privados
 - Desarrollar una **normativa de normalización para la necesaria interoperabilidad** entre todos los sistemas de software de salud. Lo que significa lo siguiente
 - Promover una ley y desarrollarla respecto a la **interoperabilidad semántica y tecnológica** que obligue a todas las soluciones informáticas, siempre en un entorno de neutralidad tecnológica y sin favorecer ni perjudicar a ninguna empresa.
 - Promover una ley y desarrollarla respecto a la **normalización en el modo de representación de la información clínica**, que evite la posibilidad de toma de decisiones errónea debido a la variabilidad de la representación.
 - Dar un plazo para la **obligatoria acomodación del software** existente a estas leyes



- ⑩ **El Estado** es responsable de desarrollar las siguientes acciones:
 - Realizar las labores de auditoría e inspección para la **evaluación del cumplimiento** de esta normativa por parte de todas las soluciones informáticas en relación con la Salud.
 - Definir las **informaciones** con sus características que todos los Centros Asistenciales, Farmacéuticos y Sanitarios en general, públicos y privados, deben **aportar al SNS** para la mejor gestión de la Salud.
- ⑩ **La elección y dotación informática**, sujeta a la normativa anterior, **es potestativa de los Centros Sanitarios representando un hecho diferencial de competitividad** en pro de una mejor calidad y eficiencia de sus actividades.



El Modelo Legislativo

MARIANO AVILES

Los retos legislativos



- ⑩ Ante la profusión de normas legales emanadas por las Comunidades Autónomas, será necesaria la **racionalización y refundición legislativa**
- ⑩ No existe una **Comisión Legislativa en el Consejo Interterritorial**, que pudiera promover la racionalización y armonización de las disposiciones normativas entre las Comunidades Autónomas y con Europa y aprovechar sinergias y experiencias y garantizar la equidad de derechos y obligaciones en materia de Salud de los ciudadanos de la Nación.
- ⑩ Será necesaria la realización de un **estudio competencial** con el fin de determinar la situación legislativa actual en función de las competencias en relación con la Constitución y los Estatutos de Autonomía.



- ⑩ Como resultado del diseño del modelo de futuro de gestión de la salud, se identificarán aquellas **leyes que estarían sujetas a modificación para su adaptación a las definiciones del Modelo.**
 - Constitución
 - Leyes orgánicas
 - Estatutos de autonomía
 - Leyes estatales y su desarrollo normativo
 - Leyes autonómicas y su desarrollo legislativo
- ⑩ El **nuevo Modelo legislativo** contemplará **las políticas a seguir para el desarrollo legislativo**, definiendo la legislación que debe realizarse a nivel estatal y cuál a nivel autonómico y cuáles deberían ser los elementos de coordinación para los desarrollos legislativos a nivel autonómico, como por ejemplo podría gestionar el Senado.



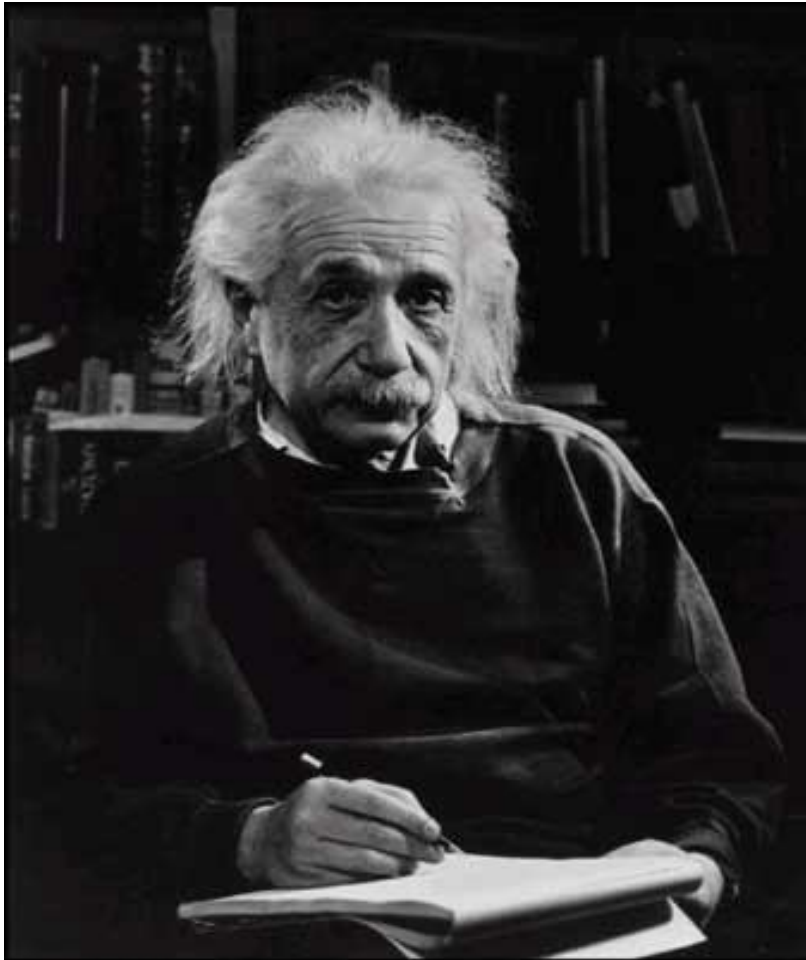
Conclusiones

MARIANO AVILES

Conclusiones



- ⑩ Las ideas expuestas se ofrecen para el debate con el fin de construir el Modelo de Futuro recogiendo todas las ideas posibles.
- ⑩ Estaremos muy agradecidos y reconocidos ante cualquier comentario crítico que nos hagan llegar
- ⑩ Pueden participar en la elaboración del Modelo de Futuro
 - Dándose de alta en la web de la Fundación
 - Solicitando al Presidente su incorporación al Modelo General y a cualquier Modelo específico de los que contempla el proyecto
 - Alternativamente, enviando sus aportaciones o comentarios por email a secretaria.presidente@fundacionbamberg.org
- Estamos siguiendo un proceso interactivo con los expertos, enviándoles borradores, recibiendo comentarios , actualizando el borrador, volviéndolo a mandar, etc.
- Complementaremos el informe con los documentos aportados por las instituciones que deseen expresar su punto de vista particular ante cualquier visión del modelo



“ En los momentos de crisis, sólo la imaginación es más importante que el conocimiento”

Sentido común, Iniciativa, decisión, arrojo y prudencia



Inscrita en el Registro General de Fundaciones OM ECI 2858/04
info@fundacionbamberg.org. Teléfono: 34+915714248. Capitán Haya, 47, 3º 10. 28020 MADRID www.fundacionbamberg.org
© 2009. Todos los derechos reservados