SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

12 Y 13 DE JULIO DE 2010

¿Es necesario el cambio en el Sistema Nacional de Salud?

Quiero agradecer a los organizadores de los cursos de verano de la Universidad Complutense de Madrid y a los de este curso en particular sobre la Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España, Julio Zarco (representado aquí por el eficaz Ignacio Cano) y Jerónimo Sancho, presidentes respectivamente de Semergen y de la Sociedad Española de Neurología, su amable invitación a participar en esta mesa de debate.

¿Es necesario el cambio en el Sistema Nacional de Salud? Cómo no. Pero lo voy a dejar a su consideración después de que oigan mis palabras.

CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL

El avance representado por las economías y por la medicina y el esfuerzo desarrollado por los Estados en la promoción de la salud, han logrado un alargamiento de la esperanza de vida (y de vida útil) que, en el caso de España, se sitúa en una de las más altas del mundo, como es el caso de Castilla y León o Navarra. Pero además, los avances médicos y farmacológicos están permitiendo que, enfermedades mortales, como el sida, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, se cronifiquen, remitan e, incluso, se curen.

Estamos ante una situación marcada por la globalización, las migraciones demográficas y, en el mundo desarrollado, por el envejecimiento de la población y una alta concentración y dispersión demográficas.

También, la baja natalidad y el alargamiento de la vida, provocan una situación de envejecimiento de la población, con el consiguiente crecimiento relativo de enfermedades degenerativas que ello conlleva.

España es uno de los países con menor tasa de natalidad del mundo, paliado en parte ahora por la inmigración que, por otra parte, genera nuevos problemas. Sin embargo, nos encontramos con los problemas generados por un crecimiento demográfico muy fuerte en España causado por la inmigración y la consiguiente aparición de nuevas enfermedades o enfermedades que estaba ya erradicadas pero que han vuelto a aparecer debido a las migraciones.

En otro orden de cosas, el desarrollo de la red internet ha supuesto una revolución en cuanto a la accesibilidad de los ciudadanos a la información médica y sanitaria, motivando esta información que los ciudadanos vayan cambiando sus hábitos de vida haciéndolos más saludables y cambiando también la relación con su médico, desde una posición más informada, con mejor o peor calidad de información pero, en todo caso, más exigente.

Los avances en el desarrollo de software clínico están agilizando la práctica clínica, ayudando a los profesionales, mejorando los procesos de diagnóstico, prescripción terapéutica y administrativos, haciéndolos más eficientes, evitando errores y mejorando la calidad asistencial y la confortabilidad de los pacientes.

En España y en la mayoría de los países desarrollados, el Estado garantiza, mediante un aseguramiento universal, la atención sanitaria a todos sus ciudadanos con cargo a los presupuestos públicos, es decir, financiado a través de los impuestos.

Uno de los principales desafíos ante el que nos encontramos es garantizar la sostenibilidad económica y financiera de nuestro Sistema de Salud, asegurando la calidad y la seguridad de

los pacientes y optimizando el uso de las nuevas tecnologías, trasformando este reto en oportunidades de mejora y de eficiencia. En el caso de España, además, dada la descentralización de nuestro sistema de salud, es necesario garantizar la equidad y accesibilidad de los ciudadanos a la asistencia sanitaria así como la cohesión entre los diferentes servicios autonómicos de salud.

El incremento de la sensibilidad de los ciudadanos hacia la salud y el aumento de la demanda de servicios asistenciales, motivados por este cúmulo de aspectos, obligan a las administraciones a un ineludible aumento del gasto sanitario, pero, a la vez, a un desarrollo del gasto más eficaz y eficiente, es decir, más económico, lo que conlleva rentabilizar al máximo los recursos disponibles.

Una de las funciones principales que han de tener los Sistemas de Salud, sobre los que es necesario realizar un gran esfuerzo, es la de tratar de que la población no enferme, de que los ciudadanos tengan una vida cada vez más saludable; y esto ayudará considerablemente a la sostenibilidad económica y financiera pues evitará el desarrollo de enfermedades, muchas de ellas agudas y de costoso tratamiento.

Pero no debemos dudar que el pilar fundamental para lograr el buen funcionamiento y la excelencia de nuestro Sistema Nacional de Salud son los profesionales asistenciales de medicina y enfermería. Sin su concurso no habría sido posible conseguir el grado de excelencia del que ha venido gozando nuestro Sistema Nacional de Salud. Sin su mejora continuada, ninguno de los retos expuestos es asumible.

Es necesaria una mayor inversión en las actividades de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades, en la gestión proactiva, personalizada, de base poblacional, en la gestión de riesgos personales y profesionales y, en fin, proponiendo una gestión integrada, lo que supone la integración de la salud pública en la práctica asistencial y la integración con la salud mental y la asistencia sociosanitaria.

Desde hace tiempo se viene promoviendo en diferentes foros la *disease management* o gestión de la enfermedad, la gestión por procesos y una nueva manera de abordar la gestión de crónicos de manera proactiva y personalizada enfocándose en una gestión de casos, dada la prevalencia de pluripatologías en los enfermos crónicos.

Desde estas posiciones se reclama la necesidad de implicación del paciente en su salud en un ambiente de progresiva formación del ciudadano a causa de su mayor nivel cultural y su acceso a internet, televisión y otros medios de divulgación sanitaria.

Necesitamos una nueva organización asistencial centrada en el ciudadano, un nuevo modelo de gestión de la salud, que supere los modelos de gestión sanitaria y asistencial actuales. En estos últimos años prácticamente todas las autoridades y expertos sanitarios han estado expresando la necesidad de la continuidad asistencial, de la integración entre la asistencia primaria y la asistencia especializada, de la gerencia única de áreas o departamentos de salud de salud.

Necesitamos mejorar nuestras estrategias y políticas de formación, investigación, gestión y financiación eliminando barreras y prejuicios ideológicos e innovando, aprovechando las experiencias de éxito y las oportunidades de las nuevas tecnologías.

Resumiendo, necesitamos hacer frente a los grandes retos de nuestro Sistema Nacional de Salud: El mantenimiento y mejora de la calidad, mantener la actualización tecnológica, la excelencia del personal, garantizar a los ciudadanos la equidad y la accesibilidad, conseguir la efectividad del sistema, resultados en salud y garantizar la cohesión y la sostenibilidad.

© Ignacio Para

LA GESTIÓN SANITARIA

La Sanidad es siempre un tema controvertido y de gran impacto tanto económico como social, que, en estos momentos, está sometido a una gran politización. El estado de salud es un indicador fundamental del bienestar social y condición imprescindible para el desarrollo económico. La demanda de servicios de salud es creciente y cada vez más informada. Por otra parte, la Sanidad es un importante motor de creación de riqueza y empleo sostenible y la cobertura universal es también un importante elemento redistributivo de la renta. De este modo, las partidas de gasto sanitario son las más grandes, con diferencia, de los presupuestos de cada Comunidad, una media de casi el 40% y, si excluimos el gasto en educación, el 65%, siendo el sector sanitario uno de los que tienen un crecimiento más dinámico, creciendo más que el PIB.

Las Comunidades Autónomas tienen la obligación de desarrollar, con arreglo a sus competencias y dentro del marco del Sistema Nacional de Salud, la asistencia sanitaria que nuestro régimen legislativo garantiza: la cobertura universal mediante fondos públicos, es decir, la cobertura de todos sus ciudadanos residentes o transeúntes. Y todas las Comunidades Autónomas quieren desarrollar esta función de manera excelente, de manera que los ciudadanos reciban la mejor asistencia sanitaria y los mejores cuidados de su salud, ahora y en el futuro.

Uno de los temas a abordar es el papel de la Seguridad Social y del Instituto Nacional de de la Seguridad Social en el Modelo de Gestión de la Salud, así como el papel del Ministerio de Trabajo en referencia a los convenios internacionales en esta materia. No parece que debiera tener papel alguno en un contexto de prestación universal (que habrá que concretar para que la organización responda realmente a tal aserto) y financiación pública basada en los presupuestos generales del Estado. Igualmente habrá que clarificar en el nuevo modelo la dependencia patrimonial.

En este capítulo se han de desarrollar los elementos que ha de contener la Política Sanitaria, cuáles son sus objetivos y cómo se priorizan éstos.

Por ejemplo se han de determinar aspectos tales como la separación entre financiación y provisión de los servicios, la colaboración público-privada, etc.

LA ORGANIZACIÓN SANITARIA

En este capítulo se establecerá cuál debe ser la organización de la Sanidad, tanto a nivel Estatal como de las Comunidades Autónomas. Se deben definir las logísticas de asignación de recursos humanos, profesionales, tecnológicos y materiales y su distribución por el territorio en función de las necesidades de la población y contando con todos los recursos disponibles, tanto públicos como privados.

En este capítulo hay que definir los criterios más idóneos para la determinación de las necesidades (demanda) de la población y, por tanto, de los servicios a ofertar y la configuración de dicha oferta y establecer la organización para gestión De la salud sobre una base poblacional y proactiva.

Hay que redefinir cómo debería estar estructurada la organización y cómo deberían integrarse medicina de familia, de cabecera y atención primaria, medicina preventiva y predictiva, la salud pública, la salud mental, la atención especializada y la atención sociosanitaria en todos sus aspectos.

© Ignacio Para

Se deben de definir la existencia, estructuras, roles y relaciones entre Hospitales, Centros de Especialidades, Centros de alta resolución, Centros de Urgencias, Centros de Salud, Consultorios, etc.

Finalmente, debemos definir también las estructuras gerenciales a los diferentes niveles y las definiciones matriciales con sus dependencias jerárquicas y funcionales.

LA GESTIÓN ASISTENCIAL

Igualmente es necesario abordar la definición de los procesos de gestión conforme a la estructura anteriormente diseñada. Es decir, cómo interactúan y coordinan los diferentes órganos de gestión definidos en la estructura. Cómo se definen las relaciones y los niveles de autoridad y responsabilidad de los mismos.

El Estudio también contemplará la necesidad del cambio del modelo de asistencia primaria, pasando de ser un medio para gestionar la demanda asistencial, descargando el trabajo de los especialistas y de los hospitales y siendo básicamente un elemento de filtrado, al progresivo reconocimiento de la gran importancia que tienen los hábitos de vida saludables, el enorme valor de la prevención de las enfermedades y del diagnóstico precoz y la introducción de la medicina predictiva. Todo ello pone de relieve la necesidad del médico de "cabecera" (llamado también de "familia") como artífice del control de la salud de los ciudadanos, a través y como responsable proactivo de su "historia de salud".

Es necesario contemplar los procesos asistenciales, la implicación de los diferentes órganos en los procesos y el liderazgo de los mismos, definiendo los criterios de actuación para la definición de los mismos.

EL ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES

Estamos inmersos en el principio de un cambio de modelo en la práctica asistencial, condicionado por la medicina predictiva e individualizada; de un cambio de los productos farmacéuticos basados en la química, con moléculas universales para todos, a un modelo basado en la genómica y proteómica, en la terapia celular y génica y en la farmacogenómica. Los nuevos descubrimientos, más que productos, son procesos terapéuticos individualizados y pluridisciplinares.

Por ello es necesario desarrollar los aspectos clínico-asistenciales, la gestión de enfermedades más prevalentes como las cardiovasculares y el cáncer, así como la gestión de casos, especialmente para los pacientes crónicos y con pluripatologías. Igualmente se contemplará el abordaje genético tanto en la prevención de enfermedades como en el tratamiento de las mismas y la aplicación de las medidas terapéuticas y el uso de las tecnologías disponibles.

LA INVESTIGACIÓN

Es necesario analizar los elementos clave del desarrollo de la investigación y la innovación en el sector de la salud, atendiéndose especialmente a:

- Los aspectos relacionados con organización, gestión y financiación de la Investigación, tanto de las fundaciones integradas en los grandes hospitales como de centros independientes sean públicos o privados y de las relaciones entre ellos.

© Ignacio Para

- El papel de la industria farmacéutica como promotor principal y motor de la Investigación y Desarrollo farmacéuticos.
- Los aspectos relacionados con los profesionales dedicados total o parcialmente a labores de investigación.
- Los aspectos relacionados con los procesos de investigación y, especialmente de la investigación clínica y la accesibilidad a las fases II y III y a la futura comercialización de las patentes.
- Los aspectos relacionados con el acortamiento de los plazos para la disponibilidad de los nuevos descubrimientos por los médicos asistenciales y su aplicación a los pacientes.
- La competitividad del entorno regulatorio, de comités éticos y gerencias hospitalarias y la profesionalización de los investigadores en el marco europeo y global como polo de atracción de proyectos e inversiones internacionales.
- La regulación específica de los progresos de investigación de soluciones terapéuticas como la medicina regenerativa, la terapia celular y la terapia génica.
- El papel emergente de los *clusters* de salud como integradores de las iniciativas empresariales y los recursos públicos comunitarios alineados en la cadena de valor de generación de conocimiento e innovación y como facilitadores de la investigación traslacional.

Ante el avance en la investigación y el desarrollo de la biomedicina, parece necesario reformar los procesos de ensayos clínicos, incluyendo campos como la medicina individualizada y la regenerativa, pues los procesos actuales muestras ya síntomas de agotamiento y podrían resultar inadecuados, a medio plazo, para el desarrollo de la investigación campos innovadores, suponiendo una rémora y unos costes imposibles de asumir por los investigadores.

Es necesario crear entornos de colaboración entre investigadores, centros asistenciales y empresas pequeñas y grandes que permitan un rápido afloramiento e implantación de los descubrimientos científicos en el mercado posibilitando su aplicación a ciudadanos y pacientes.

La Medicina Individualizada se fundamenta en el diseño y la aplicación de protocolos de prevención y tratamiento más adaptados a la singularidad genética personal y familiar de cada paciente y de cada enfermedad.

Según los expertos la aplicación clínica de terapias celulares es potencialmente factible y segura. No obstante, los beneficios dependen del producto celular, el método de administración y el contexto clínico (existen muchas áreas no exploradas). Se vislumbra ya un futuro en el que se utilizarán nuestras propias células tumorales para el tratamiento del cáncer. Se empiezan a comprender las relaciones entre el sistema inmunológico, los procesos inflamatorios y el cáncer a través de la medicina regenerativa.

Es difícil que los grandes laboratorios financien proyectos de medicina regenerativa a partir de las propias células del paciente, dada la dificultad de que de ellos se obtengan productos alogénicos. Por ello se están desarrollando estos proyectos con base académica. Es necesario que la Administración desarrolle una normativa específica para el desarrollo y financiación de estos proyectos de investigación clínica de base académica, que exigen un gran esfuerzo de los investigadores de manera que no disuada sino fomente las iniciativas de investigación en estas

© Ignacio Para

materias, así como promueva la dotación de las infraestructuras adecuadas para su desarrollo. Es importante que estos avances se puedan transformar rápidamente en posibilidades diagnósticas, terapéuticas o preventivas al alcance de los ciudadanos; en posibilidades de mejoras y ahorros en la gestión asistencial y, en definitiva, en mejora de la gestión de la salud.

El mundo sanitario es un importante proveedor de I+D y un socio imprescindible en el desarrollo socioeconómico. La investigación científica es una herramienta de mejora de la asistencia y una auto-exigencia intelectual de los especialistas.

Pero para que el ciudadano perciba esta importancia, tenemos que reflexionar sobre qué es lo que podemos hacer para poder llevar con más rapidez estos avances a la práctica clínica, cómo podemos minorar este largo recorrido actual, en el que, mientras pasa, los pacientes sufren y mueren.

Cómo podemos ayudar a los investigadores a desarrollar sus iniciativas, su ingenio y su tenacidad, cómo podemos hacer más eficientes los procesos de los ensayos clínicos, agilizando la burocracia de los proyectos de investigación, recortando el tiempo logrando la coordinación y compromiso de los agentes involucrados en su realización; en definitiva, cómo podemos acercar estos avances a los pacientes y a los ciudadanos.

El ingenio y la creatividad se ponen de manifiesto más fácil y eficientemente en pequeñas empresas o grupos pequeños con gran autonomía. El reto es cómo podemos hacer que estas empresas puedan acceder a las fases de investigación clínica más costosas, cómo podemos establecer contactos con empresas más grandes y con recursos y organización para poder poner en valor estos logros y aprovecharnos de este conocimiento, completando su investigación y posibilitando su comercialización y, por tanto, su aplicación en beneficio de los ciudadanos y pacientes.

En este sentido, las medidas tomadas en diversas Comunidades Autónomas para la creación de *clusters* biotecnológicos y de salud y Parques Científicos y Tecnológicos, son una clara referencia para el resto del Estado Español y tienen modelos en Europa, Estados Unidos y Japón.

También se ha avanzado en el desarrollo de la carrera profesional de los médicos con el fin de compatibilizar la labor asistencial con la de investigación, la creación de Fundaciones de Investigación en los grandes hospitales con el fin de apoyar a los grupos de investigación, fundamentalmente en tareas administrativas, financieras y de gestión, y el desarrollo normativo que permita una mayor eficiencia de los ensayos clínicos, incluidos los de base académica. Medidas éstas que esperamos que en un futuro no muy lejano, permitan incrementar el número de patentes.

Pero esto no basta. Una vez que el avance clínico está conseguido y disponible, es necesario gestionar su rápida aplicación por la organización asistencial. Cómo capacitamos a nuestros profesionales, cómo implantamos estas nuevas terapias de la manera más eficaz y eficiente, cómo incorporamos estas novedades terapéuticas en los procesos y protocolos asistenciales.

Las oportunidades de mejora que nos ofrecen los avances de las nuevas tecnologías biomédicas, exigen que los gestores realicen análisis de coste/beneficio, en relación con cribados de poblaciones de riesgo para pruebas diagnósticas o vacunas que permitan la prevención de enfermedades o su desarrollo, calculando las economías que proporcionan y estimando los beneficios en salud, tanto en su aplicación para la prevención de enfermedades, como para su tratamiento y curación.

© Ignacio Para

Finalmente hay que poner de relieve la importancia de que el ciudadano, que paga con sus impuestos o con sus compras, valore y sepa de la utilidad de la investigación. Sea consciente de los grandes logros que se están alcanzando y se produzca una sensación de interés general en los medios de comunicación y por tanto en el público en general, similar a la expectación obtenida en su día por algunos avances científicos o tecnológicos, o por los grandes acontecimientos deportivos.

FORMACIÓN Y DOCENCIA

¿Cómo es posible que para ser médico, para poder entrar a estudiar en una Facultad de Medicina, se exija una nota promedio de un 9,8 como ha ocurrido recientemente en alguna de nuestras Universidades? ¿Cómo puede ser tan elemental la fijación de criterios de selección de nuestros futuros médicos? ¿De verdad creemos que éste es un buen método de selección? Esto está provocando que muchos jóvenes con vocación de médicos y capacidades sobradas para ello no puedan entrar a estudiar medicina. Y no olvidemos que la Medicina es una carrera vocacional. Para ser un buen médico hay que tener vocación. Y con esta política estamos logrando no sólo que jóvenes vocacionales no puedan ser médicos sino que otros que no tienen esa vocación entren en Medicina solo por el hecho de haber alcanzado la nota promedio requerida. Entre los criterios de selección de las primeras y más importantes universidades y hospitales de Estados Unidos están muchos de tipo cualitativo y de actitudes personales.

¿Qué sentido tiene limitar el acceso a las facultades de Medicina y limitar el número de estudiantes y de Facultades ante esta escasez? Sobre todo cuando contamos con excelentes hospitales públicos y privados con capacidad sobrada de formación tanto de estudiantes como de especialistas. Hoy en día se da el caso de que haya más plazas de médico residente MIR que licenciados mientras que un alto porcentaje de plazas de MIR son ocupadas por licenciados extranjeros.

En 2010 un 45% de los MIR son licenciados extranjeros y se prevé que en 2011 este porcentaje sea del 50% y aún así, según el Ministerio de Sanidad, todos los años quedan plazas vacantes. No puede decirse por tanto que nuestros hospitales no tengan capacidad para formar a los estudiantes de medicina que salen de nuestras Facultades.

Pongamos cordura y sensatez en todo esto, pero sobre todo, pongamos libertad. Demos libertad para que se creen más Universidades, Facultades de Medicina, puestos docentes, y no tratemos de regular ni la oferta ni la demanda desde intereses corporativos o políticos. Hagamos más trasparente la situación del mercado de la formación universitaria y del mercado de trabajo para que la demanda, y la oferta, se regulen por sí mismas. Fomentemos la libre competencia pero regulemos para dar transparencia al mercado, garantizar la calidad de la oferta, favorecer la accesibilidad y evitar el monopolio y la especulación.

Los procesos actuales, basados en la nota media de selectividad y bachillerato para el acceso a la carrera, no garantizan la idoneidad de la persona para desarrollar esta carrera. Debería cambiarse por un proceso más sofisticado del tipo concurso-oposición en el que se demostraran las aptitudes y las actitudes del candidato.

Es necesario contemplar los aspectos cualitativos y cuantitativos, la organización y los procesos referentes a la docencia y su integración y compatibilización con la práctica asistencial e investigadora e ir incorporando las nuevas tecnologías en los procesos formativos tanto de pregrado como postgrado, con las últimas herramientas de formación virtual y simulación de amplia aplicación en este campo.

© Ignacio Para

LA GESTIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Uno de los problemas más debatidos últimamente es el de la falta de médicos, de la contratación de médicos extranjeros con mayor o menor rigor en el reconocimiento de su titulación y especialidades, cuestionándose el *númerus clausus* como único elemento de selección de estudiantes para su ingreso en las Facultades de Medicina.

Pero la realidad es que nos encontramos con un cambio en la profesión de los médicos y una necesidad de ofrecerles, además de una retribución económica adecuada y un reconocimiento social, una carrera profesional satisfactoria que atienda y desarrolle sus inquietudes como investigadores y como docentes y en el desarrollo de su conocimiento tecnológico y asistencial en un contexto de valores propios de la actividad médica.

Y estos problemas son trasladables a los profesionales de la enfermería, responsables del cuidado de los enfermos, tanto leves o agudos como crónicos.

El médico diagnostica y prescribe pero el enfermero es el que aplica lo prescrito durante el proceso de la enfermedad y cuida del enfermo mediante una estrecha colaboración con el médico. Habrá que tener en cuenta también los resultados del debate en torno a la prescripción de enfermería y farmacéutica. Además, si nos comparamos con otros países de nuestro entorno, contamos con un porcentaje muy bajo de enfermeros por habitante.

Nos encontramos ante problemas como la progresiva falta de autoridad y reconocimiento social de los médicos, la burocratización de su carrera profesional y de su sistema retributivo, el alargamiento de las jornadas de trabajo, la falta de incentivos económicos y profesionales. Y no digamos ya el creciente problema de violencia física y verbal realizada por algunos pacientes, ante la caída de los valores sociales como el respeto del esfuerzo, el conocimiento y la autoridad de los profesionales de la medicina y la enfermería. Todo esto provoca falta de fidelización de los profesionales. Muchos no se van a Inglaterra, Alemania, Francia o Portugal por que les paguen más; que también, sino porque las condiciones profesionales, sociales y de trabajo son más favorables.

Nuestros médicos y especialistas son muy valorados en Europa por su buena formación. Cuesta mucho formar a un médico y a un especialista para que luego se marche fuera. Pero hay que tener en cuenta que ser médico también supone un gran esfuerzo a las personas que lo desean. Suponen diez años como mínimo de estudio y formación.

Y el problema se agrava ante la falta de profesionales, más importante en ciertas especialidades, que ha propiciado la entrada muy numerosa de profesionales extranjeros, con heterogénea formación, con dudosos criterios de convalidación, sin conocimiento de nuestras costumbres y, en muchos casos, sin conocimiento del idioma. Y esto puede acabar deteriorando el Sistema Público de Salud como un sistema de segunda clase pues, que nadie lo dude, el sector privado, en la medida que el público se deteriore, mejorará llevándose poco a poco a los mejores profesionales e invirtiendo en las mejores tecnologías.

Para que la Sanidad Pública, la desarrollada con medios de producción pública no decaiga, será necesario emplear modos de gestión tradicionalmente “privada”, como la gestión orientada a la consecución de objetivos en calidad y en salud, en eficiencia y en eficacia, con sistemas de incentivos económicos y profesionales, favoreciendo las iniciativas individuales de cada profesional y permitiendo el desarrollo de una carrera profesional tanto asistencial como académica o de investigación.

Para ello será necesario modernizar la gestión de los recursos humanos, incorporando una gestión dinámica y no únicamente basada en la aprobación de normativas que, cada vez más

© Ignacio Para

rápidamente se quedan obsoletas y, en todo caso, insuficientes, para atender a los requerimientos de una sociedad en cambio constante.

LA GESTIÓN FARMACÉUTICA

Es necesario analizar reposadamente sobre cuáles son los elementos más adecuados para un control más racional del consumo de medicamentos mediante una prescripción más eficiente y un seguimiento de la terapéutica por parte de los médicos de primaria, implicándose en el seguimiento de la evolución del paciente y del cumplimiento del tratamiento, pues está demostrado su bajo cumplimiento.

Los nuevos sistemas de información y la implantación de la receta electrónica, tanto en sus aspectos de prescripción, como de dispensación, asociados a la historia de salud electrónica, y el análisis del consumo farmacéutico, permitirán un seguimiento mejor de la evolución de los nuevos fármacos, asociados a patologías y a resultados en salud y sus costes asociados.

Los sistemas de información permitirán un seguimiento certero sobre causa-efecto y coste-beneficio en el consumo de medicamentos.

La situación del sector y las medidas adoptadas por la Administración a la hora de contener el gasto farmacéutico es peligrosa y las consecuencias de las mismas sobre la oficina de farmacia y la industria farmacéutica pueden ser irreparables.

Habrá también oportunidad de valorar la peculiaridad del sistema de reembolso, mal percibido en el entorno comunitario europeo como de doble pago y la satisfacción de su funcionamiento en los componentes de la cadena de valor.

Es necesario estudiar el desarrollo del modelo de gestión de la farmacia en hospitales, centros de especialidades o alta resolución y la prescripción en los centros de salud y la dispensación por las oficinas de farmacia y las farmacias hospitalarias y del resto de centros asistenciales, contemplando las posibilidades de las tecnologías de la información y la comunicación así como los sistemas de transporte, almacenamiento y dispensación.

LA GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA SALUD

Desde la Ley General de Sanidad, la evolución de las tecnologías de la salud ha sido arrolladora en todos los ámbitos, la biotecnología con los avances genómicos y de la biología molecular y las ciencias ómicas, la medicina regenerativa, los avances en virología y terapia vírica y la nanotecnología, el desarrollo de la imagenología y de las tecnologías de la información y la comunicación, están suponiendo una auténtica revolución en la práctica asistencial y en el abordaje de las enfermedades, un abordaje multidisciplinar, pero que exige el liderazgo del responsable del caso clínico, del paciente.

El desarrollo de las tecnologías de la información ha propiciado un entorno mucho más eficiente y seguro en la gestión de los pacientes y en la práctica clínica con la implantación de la historia clínica electrónica y la receta electrónica y supone una oportunidad también para el estudio de las enfermedades y el desarrollo de la investigación y la innovación proporcionando plataformas idóneas para la gestión del conocimiento creando entornos colaborativos de investigación.

Pero es necesario un mayor rigor en la evaluación de las nuevas tecnologías sanitarias y la realización rápida de estudios coste beneficio pero sin que esto suponga una rémora más para su rápida aplicación a la práctica clínica.

© Ignacio Para

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Si hay que definir de alguna manera los nuevos sistemas asistenciales es que son sistemas tecnológicos. La tecnología está inmersa en todo el proceso asistencial, desde la medicina predictiva, la preventiva, los procesos diagnósticos y la actividad terapéutica y paliativa. Estudios genéticos, vacunas, cribados, tecnologías diagnósticas, guías clínicas, prescripción asistida, PET, TAC, robots quirúrgicos…. Y las tecnologías de la información y la comunicación afectando al resto de las tecnologías de la salud de manera transversal.

Técnicas avanzadas de la Salud antes comentadas como la genómica, la electromedicina, la radiología o la farmacología, están convergiendo entre ellas, e integrándose mediante las Tecnologías de la Información. Los avances en fármaco-genómica son muy importantes y nos van permitiendo ya, en función del genoma de cada persona, discriminar aquellos fármacos que tendrán el efecto esperado, mejorando así la seguridad y efectividad de los tratamientos - y evitando el gasto superfluo de los que no harán efecto. Por no nombrar también los avances en el diagnóstico, mediante el análisis del ADN, y los avances en la terapia génica mediante la evaluación de riesgos genéticos ligados a enfermedades.

Disponemos ya de prótesis “inteligentes”, con un chip, que miden el nivel de glucemia y, según el resultado, van liberando la dosis de fármaco correspondiente. Los avances en nanotecnología y biotecnología son espectaculares. Se está al borde de una revolución en el modo en que aún entendemos las tecnologías de la salud, integradas todas mediante las de Información y Comunicación: La tomografía computerizada, la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones, la interpretación multidimensional de imágenes radiológicas, los sensores de monitorización remota, etc.

Estas innovaciones, y otras, como el diagnóstico celular y molecular asistido por ordenador; el soporte informatizado a la decisión clínica e inteligencia artificial, la telemedicina (permitiendo diagnósticos e intervenciones a distancia) mediante aplicaciones móviles y sin hilos están convergiendo en una nueva y compleja herramienta: La historia clínica electrónica accesible por la red.

El desarrollo explosivo de las capacidades de procesamiento y almacenamiento de datos, Internet, los avances en interactividad, en interoperabilidad, confidencialidad y seguridad de datos ofrecen posibilidades casi ilimitadas para el desarrollo de soluciones clínicas ya asistenciales para la promoción y cuidado de la salud y para la prevención y tratamiento de las enfermedades.

La implantación de la receta electrónica, mediante la prescripción y dispensación electrónica, evitará además errores médicos y en consecuencia los problemas derivados de la ingesta de medicamentos inapropiados para la enfermedad tratada, controlando interacciones, efectos adversos o incompatibilidades, así como del desarrollo de enfermedades de tratamiento muy costoso debido a una prescripción errónea.

Las estaciones de trabajo médicas y de enfermería, y la receta electrónica, serán elementos fundamentales en la asistencia sanitaria. La incorporación de conocimiento al *software* clínico mediante guías clínicas de conducta y ayudas al diagnóstico y a la prescripción, supondrán elementos fundamentales de seguridad en el ámbito de la aplicación médica. La integración de los sistemas de información con la genómica, la farmacología, la electromedicina y las prótesis, constituirá un salto enorme en la forma de hacer medicina en los próximos años. El reto de los Sistemas de Información del futuro está en el *software* clínico y su integración con el resto de las tecnologías de la salud.

© Ignacio Para

Las tecnologías de la información, con la aplicación de la telemedicina serán una poderosa arma para la mejora y potenciación de la asistencia primaria, con la consiguiente descarga de trabajo en la asistencia especializada; así como un medio para mejorar la eficiencia y la formación de nuestros profesionales en estos momentos de escasez.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación son un elemento muy importante para garantizar la eficiencia siendo un medio ineludible para la futura sostenibilidad del Sistema. El avance de las Tecnologías de la Información y la Comunicación ha supuesto una revolución en cuanto a la accesibilidad de los ciudadanos a la información médica y sanitaria, motivando esta información que los ciudadanos vayan cambiando sus hábitos de vida haciéndolos más saludables y cambiando también su relación con el médico, desde una posición más o menos informada, con mejor o peor información pero, en todo caso, más exigente.

Sin embargo, aunque la aplicación de las Tecnologías de la Información indudablemente conduce a significativas mejoras en la prestación sanitaria, su dotación económica por el Sector Sanitario es todavía muy baja, situándose, en promedio, en menos del 1% del presupuesto, aún cuando el objetivo de la Unión Europea es llegar al 5% situándose así en un porcentaje más cercano al de otras industrias como la banca o el turismo. Paradójicamente, si hay un sector con más beneficios en cuanto a seguridad, calidad y eficiencia debido al uso de las TIC, éste es el Sector de la Salud.

LA ECONOMÍA DE LA SALUD

Es necesario desarrollar el modelo macroeconómico del sector de la salud, los indicadores de desarrollo económico inducido por las actividades relacionadas con la salud y los beneficios conseguidos en términos sociales y económicos mediante el desarrollo de esta actividad.

El estado de salud de la población, los programas de promoción y prevención, la calidad de la asistencia, el nivel de inversión en investigación, son criterios fundamentales en la medición del Bienestar Social de una comunidad.

Como decíamos al principio, la inversión en salud es la más rentable para un país. El nivel de salud y calidad de vida de un país está en relación directa con su prosperidad económica y social. Un país sano física y psíquicamente, es necesariamente un país próspero y feliz.

El sector sanitario es el responsable de uno de los servicios públicos con un crecimiento más dinámico, y con mayores exigencias futuras de recursos públicos. Dichos recursos son necesarios para dar respuesta a las mayores exigencias por parte de los ciudadanos, cada vez más informados, que demandan mayor número de servicios y de mayor calidad.

La inquietud que despierta la cuantía y el dinamismo del gasto de sanidad puede verse mitigada si se analizan los efectos positivos que un gasto en sanidad bien gestionado ejerce sobre la economía en su conjunto, bien a través de los efectos multiplicadores que provoca sobre otros sectores de actividad, o bien actuando como factor estratégico para la creación de empleo y para el mantenimiento de la demanda, sin olvidar el innegable efecto redistributivo sobre las rentas familiares.

La atención sanitaria es, a menudo, el empresario más grande en una sociedad desarrollada y, por lo tanto, un dinamizador importante para el desarrollo social y económico. De hecho, la creación de trabajo sostenible y la creación de riqueza son las bases sobre las cuales se construyen todos los demás servicios locales del sector de la atención sanitaria.

© Ignacio Para

GESTIÓN EFICIENTE Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA

Es indudable que los resultados de la descentralización y desconcentración de la gestión de la sanidad han significado en muchos casos la corrección de desigualdades territoriales. El nuevo modelo descentralizado ha provocado mejoras en la accesibilidad y en la planificación para la accesibilidad; en la integración de recursos entre la sanidad asistencial, la sanidad pública y la salud mental; mejoras en la dotación de tecnologías diagnósticas y terapéuticas en cada región, mejora de las condiciones laborales e incremento de médicos y profesionales y un acercamiento entre ciudadanos, profesionales y la Administración Pública.

Pero también es indudable que este nuevo modelo ha supuesto un coste importante en organización administrativa política y funcionarial. En definitiva, con este nuevo modelo logístico se gana eficacia, se gana en efectividad, aunque se pierde en eficiencia. Deberemos por tanto analizar cómo mantener los niveles de eficacia obtenidos y cómo mitigar a ineficiencia actual.

El compromiso político regional y la competitividad entre Comunidades, nos ha llevado también a incurrir en una carrera en prestaciones diferenciadas. Los ciudadanos, de entre los diferentes servicios públicos, dan la valoración máxima, con diferencia, a la salud. Este es un tema, por tanto, ante el que los políticos autonómicos son muy sensibles. También el afianzamiento del poder autonómico ha llevado a una independencia a veces extrema en la toma de decisiones y a una falta la planificación conjunta en seno del SNS.

Es necesario analizar la cartera de servicios mediante un estudio del coste / rentabilidad social en términos financieros y de salud, identificando las prestaciones que deben estar cubiertas, que serían todas las vitales, las prestaciones no cubiertas y las prestaciones sujetas a copago, que serían las no vitales y las que se prestan a un mayor abuso. Es necesario programar los niveles de calidad. Es necesario formar y corresponsabilizar al ciudadano y al paciente con su propia salud. Uno de los problemas más importantes de salud pública es el incumplimiento terapéutico y el bajo conocimiento de los pacientes en salud. Es necesario mejorar la racionalidad del gasto ya que la gestión en el SNS no es eficiente en muchos casos: la falta de rigor, la ausencia de criterios objetivos y de eficiencia económica nos ha llevado a un gasto estructural de difícil resolución.

Para ello, se necesitan hospitales modernos y bien gestionados, se necesitan las mejores tecnologías y los médicos mejor formados; y se necesita encontrar la financiación necesaria para ello, sin perjudicar a la actual generación en beneficio de las futuras generaciones, sino distribuyendo esa financiación entre los años que van a durar los bienes financiados.

Respecto a las modernas fórmulas de financiación público-privada, éstas permiten a las administraciones públicas financiar las inversiones, distribuyendo su presupuesto a lo largo de los años en que éstas inversiones van a dar utilidades y no toda la inversión con cargo al presupuesto del ejercicio en que se produce. No es lógico que se tenga que soportar todo el coste de la inversión en el año en que esta se produce. Lo lógico y natural es que este coste se reparta entre los años en que esta inversión vaya a ser productiva. Esto lo saben muy bien las empresas que amortizan la inversión a lo largo de varios años y que, a su vez, la financian también a lo largo de los años, distribuyendo así tanto el coste económico como el financiero.

Además en las inversiones con financiación pública-privada con arreglo a la llamada PFI (*Private Financial Iniciative*) desarrollada en el *National Health Service* del Reino Unido durante la época de Blair, ciertos aspectos de la gestión del Centro, los no asistenciales, se desarrollan

© Ignacio Para

por la concesionaria privada, desplazando hacia ella el riesgo y el posible beneficio o pérdida de su gestión, que debe ser ajustada a las exigencias de calidad estipuladas.

De acuerdo con estas experiencias, uno de los medios para lograr estos objetivos es la captación los recursos de empresas privadas en beneficio de la cobertura universal pública de la asistencia sanitaria, estableciendo ágiles convenios de colaboración en un contexto libre y trasparente, ampliamente ventajoso para la Administración Pública. Este es el caso de algunas Comunidades como Madrid, Baleares, Castilla La Mancha o Valencia, entre otras. Sin contar con los Consorcios Público-Privados y otras formas de colaboración desarrolladas en Cataluña.

Pero ha habido hasta ahora muchos otros modelos de colaboración público-privada, como los acuerdos del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) o la Mutualidad General de Funcionarios Civiles (MUFACE) con las Aseguradoras Sanitarias por los cuales los funcionarios de la administración central del estado, civiles y militares, pueden elegir entre ser atendidos por los centros privados concertados por estas sociedades o por la red pública llamada de la seguridad social. Menos del 15% opta por recibir la asistencia en el sistema sanitario público. No deja de resultar una paradoja que los funcionarios del Estado tengan la posibilidad de ser atendidos por la Sanidad Privada y, sin embargo, el resto de trabajadores, no.

Además, desde siempre, las administraciones púbicas han desarrollado conciertos con Centros Privados con el fin de suplir carencias en ciertas especialidades o pruebas diagnósticas u opciones terapéuticas. Incluso para cubrir un área de salud mediante acuerdo de pago *per cápita*, como es el caso de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Recientemente, las diferentes leyes de garantía de listas de espera, empezando por la de Castilla La Mancha, que van apoyadas en conciertos con los Centros Privados para cubrir aquellas intervenciones cuyo plazo de espera máximo se ha superado.

Pero habría que superar conceptos sobre lo público y lo privado que se mantienen actualmente y que pueden parecer erróneos o que, por lo menos, inducen a error. Defender la sanidad pública no consiste en garantizar que los médicos, enfermeras, y resto de personal asistencial sean funcionarios, sino en garantizar una sanidad pública, entendida ésta como la cobertura universal y gratuita de todos los ciudadanos, con derecho a prestaciones de calidad, con derecho a una atención digna e individualizada, con derecho al confort, al respeto y a la información.

Los Políticos y los Administradores públicos se valoran a sí mismos por el grado de poder que ostentan y, por tanto, consciente o inconscientemente, tienden a acaparar más poder. Y el poder se mide en cuán grande es el Presupuesto que se maneja, cuántos son los funcionarios o trabajadores que se gestiona y las decisiones que pueden tomar en aspectos muy importantes para la economía de las personas, instituciones y empresas bajo su entorno. Por ello muchos de ellos tienden, independientemente de su ideología, a desempeñar la producción de bienes y servicios y no tanto a administrar los fondos a su disposición fruto de los impuestos recaudados a los ciudadanos.

La Administración Pública debe administrar esos fondos con la mayor eficiencia para conseguir unos servicios al ciudadano lo más eficaces y completos y con el mejor nivel de calidad posible. Ése es su primer deber y su responsabilidad. Independientemente de quiénes y cómo produzcan esos servicios. El ciudadano no pide cómo, ni si las fábricas o los hospitales deben ser propiedad del Estado o no. Lo que pide es que el Estado, con el dinero que les recauda, les ofrezca servicios de calidad, con arreglo a las obligaciones del Estado de Bienestar.

© Ignacio Para

Por otra parte, son de dominio público las ineficiencias de las empresas estatales en su actividad económica, ya sea en la producción de bienes materiales como de servicios, deficiencias en la producción, en el I+D y en la retribución de los trabajadores, cuyo paradigma se evidenció en los Estados del antiguo régimen soviético; deficiencias que en países de economía de mercado han tenido que suplirse con subvenciones públicas más o menos encubiertas o la creación de situaciones de privilegio en los mercados.

Parece una falacia presentar la dualidad de que una empresa sanitaria pública persigue beneficios sociales mientras que una privada persigue beneficios económicos, pues para conseguir los beneficios sociales, la empresa pública ha de ser sostenible y competitiva y la privada, si quiere tener beneficios económicos tendrá que ser excelente en los servicios que ofrece. Además, el empresario no solo persigue beneficios de sus empresas sino mucho más; persigue su realización personal creando riqueza, empleo y bienestar y reinvirtiendo los beneficios en el desarrollo y mejora de la empresa. La diferencia en si la propiedad es pública o privada no debería influir en la gestión de la misma, que ha de ser excelente en la calidad de sus servicios, eficiente en la gestión de sus recursos y eficaz en la atención a la demanda de sus servicios por sus consumidores, resolviendo de manera efectiva sus necesidades.

Desde hace diez años en la Comunidad Valenciana y, recientemente, en Madrid, se han desarrollado concesiones a agrupaciones de empresas privadas con el fin de construir un hospital y dotarlo de todos los recursos materiales, tecnológicos y humanos para dar servicios a un área de salud. De esta manera se consigue un servicio completo “llave en mano”, que se paga con un importe *per cápita*, entre un 80 y un 85 por ciento más bajo que el que cuesta desde un centro de gestión pública. El modelo de pago *per cápita* fuerza a que el objetivo básico de la concesionaria sea la salud de los ciudadanos, la salud de su población asignada, desarrollando acciones preventivas. Cuanta más salud, menos gastos.

Ello no quiere decir que se deba prescindir de los centros de gestión pública, sobre los que será necesario llevar a cabo procesos de actualización y renovación que optimicen sus recursos haciéndolos más eficientes y eficaces, aprovechando las capacidades de sus profesionales, fundamentalmente médicos y enfermeros, que son los responsables directos de la excelencia de nuestro Sistema de Salud y contribuyendo de esta manera a su desarrollo y sostenibilidad.

Habría que introducir entornos competitivos en calidad de servicio, tanto entre centros de gestión privada como de gestión pública, como los que se pueden derivar de la libre elección de centro y médico, que conllevará un uso más intensivo de los recursos disponibles y una mayor calidad de los servicios al ciudadano-paciente.

FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Es necesario definir un nuevo modelo de gestión económica y financiera que, al margen de los condicionantes actuales, supere estos problemas y muestre cuál debería ser el ideal para la correcta financiación de la prestación universal garantizada por el estado.

Nos encontramos en una situación grave de crisis económica, engarzada y en parte generada por una crisis de los valores en que se asienta nuestra civilización y que se trasmite a las relaciones entre profesionales, ciudadanos y pacientes.

El SNS se financia, en su mayor parte, por impuestos. Se comprueba que cuanto más se dé, más reclaman los ciudadanos; entonces, ¿qué hacemos? En palabras del economista Samuelson, a coste cero la demanda es infinita, por lo que será necesario implantar medidas correctoras que contengan de alguna forma la demanda.

© Ignacio Para

De aquí la necesidad de reformar el modelo de financiación. Para ello hay que definir previamente qué prestaciones, cómo y con quién. El debate sobre lo que se quiere hacer y lo que cuesta debe ser único.

Nadie discute en nuestro país que la cobertura universal de la asistencia sanitaria, con cargo a los presupuestos generales, es uno de los pilares básicos de nuestro Estado de Bienestar, algo que prácticamente todos valoramos como irrenunciable. Para garantizar la sostenibilidad de este sistema, el equipo de expertos trabajará en la propuesta de acciones para:

El crecimiento de la población atendida (protegida) tanto comunitaria como inmigrante y el incremento del coste en Sanidad y el mal uso (abuso) del sistema son elementos que inciden directamente sobre las necesidades de financiación y de ordenación de los servicios de salud. En el futuro es indudable que se incrementará el porcentaje de participación de la sanidad en el PIB, tanto para poder pagar lo que debemos como para mejorar los servicios demandados.

Es previsible que en el futuro se incremente necesariamente el porcentaje de participación de la sanidad en el PIB, tanto para pagar lo que debemos como para mejorar los servicios demandados.

No se puede separar la financiación de la equidad y la sostenibilidad; por ello, el modelo de financiación debe atender a la estructura regional de cada Comunidad como, por ejemplo, la dispersión geográfica; y a variables como el crecimiento interanual y la estructura de la población, siendo necesaria la adecuación del Fondo de Cohesión y de los Fondos Específicos a estas variables.

El Estado debe garantizar el aseguramiento de la equidad y la calidad en todo el territorio nacional. Para garantizar la equidad se debe hacer un esfuerzo de coordinación del Consejo Interterritorial y para ello, el papel del Ministerio de Sanidad es más que importante, imprescindible. Para ello sería necesario acometer acciones como las siguientes:

1. Contener (y ordenar) una demanda con crecimiento acelerado y en casos abusiva. En España hay un promedio de 9,4 visitas al médico al año en comparación con 4 de media en la Unión Europea.
2. Delimitar las prestaciones, pactándolas en el Consejo Interterritorial e incluso llegando a un consenso entre las Comunidades Autónomas de manera que aquellas prestaciones no vitales pudieran quedar de alguna manera total o parcial fuera de la cobertura. Pero nunca adoptando soluciones simplistas como el poner barreras a nuevas prestaciones, sino trabajar en revisar las existentes que no sean vitales y así dar entrada a aquellas nuevas que si lo sean.
3. Mejorar en lo posible la eficiencia en el consumo de recursos eliminando el derroche actual, mediante la implantación de fórmulas de organización y gestión más flexibles y eficaces.
4. Asegurar la financiación adecuada y realista que se ajuste a las necesidades reales de los Servicios Regionales de Salud y demás agentes sanitarios, evitando el continuo exceso de gasto real sobre el presupuestado anualmente.
5. Informar a los ciudadanos implicándoles en el cuidado de su propia salud y haciéndoles ver que un incremento en las prestaciones necesariamente conllevará un incremento en el coste del sistema y que éste incremento deberá conllevar la financiación necesaria, bien sea mediante una fórmula de copago similar a la ahora existente para las prestaciones de farmacia, o mediante impuestos.

© Ignacio Para

RACIONALIZACION Y COHERENCIA LEGISLATIVA

Recientemente expertos en legislación y derecho sanitario y farmacéutico evidenciiaron la necesidad de hacer un análisis de la legislación actual, tanto de la Estatal como de la Autonómica, con el fin de identificar los aspectos necesarios para una racionalización legislativa.

Es curioso que no exista 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.

Ante la profusión de normas legales emanadas por las Comunidades Autónomas, 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. En este sentido, será necesario definir las políticas a seguir en el futuro para la elaboración de nuevas leyes o modificación de las existentes, tanto estatales como autonómicas.

ALGUNAS IDEAS PARA EL DEBATE

- **Separación de la financiación del aseguramiento y de la provisión de servicios**
  - Sector Público
  - Sector Privado
- **Financiación**
  - Estatal con cargo a los presupuestos generales
  - Finalista
  - Impuestos finalistas
- **Aseguramiento**
  - Asegurar la cobertura Universal para todos los ciudadanos
  - Cobertura de las prestaciones: Exclusión de prestaciones y fármacos referentes a patologías menores
  - Concurrencia de aseguradoras privadas y la pública
  - Posibilidad de coaseguro privado
  - Separación entre aseguramiento y provisión
- **Provisión**
  - Por parte de todos los recursos bien sean de propiedad pública como privada
  - Libre elección del ciudadano
  - Concurrencia de los proveedores de servicios sanitarios
- **Mercado**
  - Asignación de la población correspondiente a un área de salud un proveedor
  - Pago de un seguro per cápita correspondiente a la población asignada
  - Inter-facturación por personas asistidas pertenecientes a otra área

© Ignacio Para

- Incentivos a los proveedores de servicios en función de sus resultados en salud

❿ **Regulación para conseguir**

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

❿ **Papel de los Órganos Políticos**

- Planificación: estudio logístico de la oferta necesaria respecto a la demanda teniendo en cuenta las condiciones y calidad del servicio
- Regular el mercado para evitar situaciones de privilegio 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.) No participando directamente como un agente más.
- Establecer estándares de interoperabilidad entre los sistemas tecnológicos
- Establecer estándares de datos clínicos y de representación de información clínica, gráficas, etc. (NHS)
- Establecer los requerimientos del aseguramiento: condiciones de la prestación asistenciales, calidad, resultados en salud, etc.)
- Potente acción de Auditoría e inspección de las prácticas asistenciales y clínicas
- Control primero de resultados en salud y en segundo lugar en satisfacción de los usuarios

❿ **La Gestión Asistencial y la atención clínica**

- Gerencia única por área de salud
- 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
- Eliminación de los actuales niveles asistenciales 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
- Integración de la medicina preventiva y predictiva y de la salud mental y la asistencia sociosanitaria
- Organización de la práctica asistencial por procesos optimizando los recursos existentes
- Procesos orientados al tratamiento pluridisciplinar y en enfermos con pluripatologías. Crónicos.
- Replanteamiento de la organización por especialidades médicas (Actuales Servicios) de los hospitales y centros de tecnología o de alta resolución.

❿ **Proveedores de servicios sanitarios**

© Ignacio Para

- 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

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

Modelo Macroeconómico

- Aportación al PIB
- Efecto multiplicador del gasto en sanidad
- Indicadores de salud

Modelo Microeconómico

- Características del mercado
- Modelos de colaboración público-privada

Financiación

- Financiación finalista.
- ¿Impuestos finalistas también?
- Imputación del coste de las inversiones a los años durante los que se va a utilizar dicha inversión, con arreglo a una política de amortizaciones

© Ignacio Para