

¿QUÉ HACEMOS CON EL MODELO SANITARIO?

La opinión de los expertos

50 propuestas para el futuro

Edita: Círculo de Sanidad.

C/ Luxemburgo, 3 - Centro de Transportes - 28821 Coslada (Madrid).

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida o almacenada en forma alguna ni por medios mecánicos ni electrónicos, sin el permiso escrito del titular del copyright.

**A Sandra, que me enseñó el valor de la Salud,
“...y lo demás ya lo pongo yo”
A Lucrecia y Juan Ramón,
que me educaron para una vida saludable
A todos los que ponen la Salud por encima de todo, en particular
a los que se desvelan por la ajena.**

ÍNDICE

Introducción.....	7
Presentación.....	9
Juan Ramón Lucas Nada Humano nos es Ajeno	13
Juan Antonio Alvaro de la Parra Director de Hospitales de Madrid de IDCSalud	19
Humberto Arnés Presidente de Farmaindustria	25
Begoña Barragán Presidenta de GEPAC	31
Joseba Barroeta Director del Hospital del Aljarafe, San Juan de Dios. Sevilla	37
María Blasco Directora General del CNIO	43
Daniel Carreño Presidente y CEO de General Electric España y Portugal	49
Miguel Carrero Presidente de PSN	55
Cristina Contel Presidenta FNCP. Federación Nacional de Clínicas Privadas	61
Ricardo de Lorenzo Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario	67
Javier Ellena Presidente de Lilly España	73
Joaquín Estévez Presidente de SEDISA	81
Evarist Feliu Vicepresidente de la Fundación José Carreras	87
Juan José Fernández Ramos Director Gerente del Hospital Universitario Moncloa (Asisa)	93
Luis Fernández-Vega Instituto Oftalmológico Fernández-Vega	99
Amalia Franco Gerente del Hospital Comarcal de Jarrío. Asturias	105
Valentín Fuster Director del CNIC, Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica	111
Alfredo García Díaz Director-Gerente del Hospital de Bellvitge	115
Carlos González Bosch Presidente de COFARES	121
Máximo González Jurado Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería	127
Joan Guanyabens Director de Informática de Salud de PwC Consulting	133

Mariano Guerrero Director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud.....	137
Melchor Hoyos Gerente del Hospital Universitario La Fe. Valencia.....	143
Francisco Ivorra Presidente de Asisa.....	149
Diego Murillo Presidente de AMA.....	155
José Jerónimo Navas Responsable de Innovación del ICS.....	159
César Pascual Director Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.....	167
Cármén Peña Presidenta de la Federación Internacional Farmacéutica.....	175
Julián Pérez Gil Director de COGESA y Asesor para Sanidad del Banco Mundial.....	181
Rafael Pérez Santamarina Director-Gerente del Hospital La Paz.....	187
Joaquín Poch Presidente de la RANM.....	193
Miquel Porta Catedrático de Salud Pública de la UAB.....	199
Eduard Portella Presidente de Antares Consulting.....	207
Juan José Rodríguez Sendín Presidente de la Organización Médica Colegial.....	213
Marciano Sánchez Bayle Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.....	221
José Francisco Soto Bonel Director Gerente del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.....	227
Ignacio Tremiño Director General de Políticas de Apoyo a la Discapacidad.....	233
Luis Valenciano Fundación Salud2000 / Ex Subsecretario de Sanidad.....	239
50 Propuestas para la mejora y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.....	245
Agradecimientos.....	251

La fortaleza de un sistema democrático se mide también por la calidad del debate público sobre el que se sustenta. El debate ha de apoyarse en información fiable, estar dispuesto a superar prejuicios, cuestionar lugares comunes y escuchar con respeto todas las voces. Por supuesto, en una sociedad abierta, las opiniones y propuestas deben ser cuestionadas y discutidas, incluso juzgadas por la intención de quien las emite, pero también consideradas por sí mismas, de manera que se deje siempre una opción a que se puedan incorporar como propias ideas que nacen de la reflexión del otro. Este es el diálogo civil que da fruto. Y es el que propone Juan Ramón Lucas en el libro que tiene usted entre las manos. Un diálogo libre, aunque exigente, porque la crítica de lo que no funciona, o ha de ser mejorado, es imprescindible para impulsar el ánimo permanente de reforma, pero es insuficiente si no se orienta a la búsqueda concreta de soluciones prácticas.

Hace hablar Juan Ramón a expertos reconocidos y agentes activos en el sistema nacional de salud y desde la cuidada independencia del periodista y la mirada limpia de quien se siente neófito los va convocando a un propósito común, que desarrolla luego en una puesta común de cincuenta propuestas en las que desemboca el contraste de pareceres, pero que quiere realizar no ya sólo, y eso es mucho, como un Pacto político por la Sanidad, sino como un Pacto Social por la Salud.

A lo largo de las entrevistas se van desglosando los principales retos del sistema nacional de salud. La cohesión, la equidad, la adaptación del sistema a la realidad del paciente, la cronicidad, la integración del espacio socio-sanitario, las políticas de salud pública y la prevención, la gestión clínica, las innovaciones tecnológicas y en farmacia, el desarrollo profesional, o el debate, tantas veces falso, entre sanidad pública y privada. Y se siente más la confianza en la posibilidad de un gran pacto entre todos, cuanto más se ve el reconocimiento y el orgullo que nuestro sistema sanitario merece a profesionales y ciudadanos y la necesidad de cuidarlo y garantizar su futuro.

Con el trabajo de todos hemos conseguido construir uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, del que los españoles presumen cada vez que salen de nuestro país, y formar a unos profesionales reconocidos, igualmente, dentro y fuera de España.

Si hoy estamos ante un Sistema Nacional de Salud universal, gratuito y de la máxima calidad es gracias a los avances alcanzados entre todos. Si la mayor parte de los pacientes están satisfechos con la atención recibida es gracias a los profesionales. Y si, a pesar de las dificultades de la crisis, hemos conseguido preservar nuestro sistema sanitario es gracias al esfuerzo de todos los ciudadanos.

Contar con todos. Esta legislatura alcanzó un pacto histórico con los representantes de más de medio millón de médicos, enfermeros y farmacéuticos por la defensa y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Es preciso desarrollarlo, ampliarlo a los pacientes, involucrar a la sociedad, convencer a los representantes políticos de las ventajas de acordar. Como demuestra este libro, hay ideas muy distintas en ámbitos muy diferentes de la sociedad que pueden contribuir a construir un sistema sanitario mejor y más fuerte.

Por eso, en mi actual responsabilidad como Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad doy la bienvenida a esta publicación y agradezco el excelente trabajo tanto de Juan Ramón Lucas como del Círculo de la Sanidad que, espero, sigan durante muchos años fomentando el intercambio de ideas y puntos de vista que mejoren una sociedad llena de futuro y posibilidades como es la española.

Alfonso Alonso
Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

PRESENTACIÓN

El Círculo de la Sanidad, una Asociación constituida por empresarios dedicados al sector sanitario, conscientes de la importancia del Sistema de Salud en la vida española y la necesidad de mantener su calidad, recupera con este volumen su cita periódica con el análisis de nuestra realidad sanitaria y las ideas y propuestas encaminadas a conseguir su mejora.

Desde su primera publicación, en noviembre de 2004 bajo el título *El futuro de la Sanidad en España*, el Círculo ha conseguido aportar al constante y necesario debate sobre la situación de la Sanidad en España, reflexiones, datos y propuestas elaboradas y ofrecidas en forma de *Libro Azul* al alcance y disposición de los distintos actores que intervienen en la prestación de servicios sanitarios. Importantes expertos del sector han plasmado sus puntos de vista para contribuir año tras año al debate sobre la colaboración público-privada en el desarrollo de una política sanitaria eficaz y sostenible.

Fomentar el intercambio de ideas, análisis y estudios con las instituciones movidas por el mismo objetivo de mejora del sector sanitario y la atención al paciente, para conseguir avanzar en la excelencia y la eficacia que nos permitan a todos seguir creciendo, es uno de nuestros objetivos principales. Nuestra Asociación, que este año celebrará su decimoquinto aniversario, continúa en la línea de seguir trabajando y colaborando en hacer una Sanidad mejor.

En todo este tiempo, el Círculo de la Sanidad ha celebrado encuentros y foros dentro del ámbito preciso en que se desenvuelve su actividad, que es el sanitario en todas sus vertientes. Han sido quince años de eficacia en el intercambio de ideas, con un altísimo nivel de las personalidades que en los diversos encuentros han participado. Pero ha llegado el momento de dar un paso más en nuestro compromiso y nuestra labor de mediadores entre las propuestas y su eficacia; de pasar, si me permiten la utilización de terminología que nos es cercana, de la investigación básica a la clínica, de la reflexión en nuestro universo, a proponer a la sociedad participar en un debate que nos concierne a nosotros como profesionales y a ella –de la que somos parte- como sujeto y objeto de la actividad sanitaria.

Más aún, considerando que el necesario debate sobre la situación de la Sanidad en España está influenciado por intereses políticos y que nada tiene que ver con la sostenibilidad del Sistema. Todos sabemos que la cuestión en estos momentos no es el debate entre lo público y lo privado que parece ser que es lo que llega a la opinión pública, sino la forma en que mantenemos un Sistema eficaz y sostenible que preste los servicios que hasta ahora se han venido realizando .

Ciertamente los modelos de colaboración público/privada no sólo son parte necesaria del Sistema, sino que debidamente gestionados están dando sus frutos. La situación de crisis económica y las dificultades de financiación obligan a buscar fórmulas de colaboración para seguir modernizando hospitales y centros de atención primaria allí donde sea necesario.

Por lo demás, alrededor del 20 por ciento de la población tiene un seguro privado, lo que no sólo refleja una disposición ciudadana a buscar el mejor servicio posible aunque tenga que pagar por ello, sino que libera a la Sanidad pública de un considerable esfuerzo. Además, los profesionales de nuestro Sistema de Salud, reconocidos y admirados por su capacitación y eficacia, participan con la misma vocación y compromiso hacia los pacientes tanto en los centros públicos como en los privados.

Todo este escenario es bien conocido por el Circulo de la Sanidad, de ahí la necesidad de que nuestra Asociación haga sus aportaciones pasando de ser un foro de opinión y encuentros, a un proveedor de ideas y reflexiones para el necesario debate social.

Es evidente, además, que la Sanidad como servicio público no se cuestiona pese a que hoy gran parte de la ciudadanía pone en duda los modelos económicos y sociales vigentes, no tanto por inservibles, como por la pésima imagen de sus gestores y la sospecha de que actúan y han actuado movidos por intereses que no son el servicio público. En torno a la Sanidad, sucede precisamente lo contrario: no sólo no se pone en duda su eficacia, sino que se le concede una altísima valoración y el temor ante ella es precisamente su desaparición.

Estas razones serían suficientes como para que nuestra Asociación decidiera dar el paso de hacer llegar a la opinión pública su conocimiento de la realidad y su experiencia en materia sanitaria. Pero además está presente su compromiso con la calidad en el sector en tanto actor principal de su desarrollo, y su conocimiento del mismo que le permite despejar dudas y contar realidades.

Son tiempos de muchas ideas y propuestas de cambio y mejora que no siempre se basan en hechos y cifras reales. España se enfrenta en los próximos meses a una serie de citas electorales que pueden suponer cambios importantes, y por eso es necesario que quienes tienen la responsabilidad y el conocimiento los aporten. Como dice el periodista Miguel Ángel Aguilar, lo que más falta hace en tiempos de inundación es precisamente el agua potable.

Este libro quiere ser agua clara y reflejo de un compromiso. Por eso hemos elegido un formato y un contenido completamente diferentes.

Estoy convencido de que el Círculo servirá mejor a sus fines y sus intereses con este paso de mero espectador o promotor de estudios sobre el papel del sector privado en la prestación del Sistema Nacional de Salud, a impulsor del necesario debate sobre el futuro de ese sistema entre todos los actores implicados.

Por eso este año hemos querido salir a un ámbito más amplio en el que nuestra aportación esté más acorde con la capacidad del Círculo para actuar positivamente en la sociedad, y nuestro compromiso con la Sanidad.

En esta ocasión el encargado del trabajo no es un experto en el mundo de la Salud, sino un observador de la realidad sanitaria como de muchas otras realidades de nuestra sociedad, un periodista prestigioso y conocido que ha puesto su capacidad de diálogo y sus dotes de interpretación analítica al servicio de una intención del Círculo que él comparte: contribuir a la mejora de la Sanidad en España.

La aportación de Juan Ramón Lucas al Círculo de la Sanidad nace precisamente de su distanciamiento de nuestro ámbito de actividad y nuestros legítimos intereses como colectivo. Nuestra intención al proponerle a él la elaboración de este trabajo era precisamente la de buscar una mirada distante pero objetiva al sector en que nos desenvolvemos no sólo para conseguir una aproximación exenta de interés corporativo o profesional, sino para, a través de ella, poder conocer cómo se contempla desde fuera la tensión que vemos y vivimos nosotros en el sector.

El resultado son las siguientes páginas en las que Lucas se acerca, diálogo a diálogo, a distintos expertos con los cuales comparte conversación hasta encontrar explicaciones y respuestas.

De ese modo, las entrevistas no se suceden una a otra sin solución de continuidad, sino que van permitiendo al lector ir construyendo una imagen cada vez más amplia y completa del Sistema de Salud, sus problemas, y sus posibles soluciones.

El resultado es que en apenas unas decenas de páginas de intenso contenido, se reflejan los problemas del sector sanitario y se aportan soluciones. Y además lo hacen en un formato que cumple su voluntad de divulgación, porque el fondo y la forma de las entrevistas se hace pensando en un lector universal, no necesariamente familiarizado con el sector sanitario.

De esta forma, conseguimos ampliar el interés sobre la Sanidad a todos los ciudadanos.

Hay varias conclusiones claras y compartidas en estos diálogos. La primera es la necesidad de un Pacto sobre la Sanidad que implique a todos los actores, ya sean profesionales, usuarios, industria farmacéutica o proveedores privados; también la necesidad de recuperar una verdadera coordinación sanitaria para toda España, y una política de Salud pública que eviten las desigualdades que el actual Sistema propicia; la definición de un paquete básico de prestaciones, la necesidad de establecer procedimientos que eviten gastos superfluos o excesivos, la mejora de las fórmulas de contratación, o la implicación de los profesionales en las decisiones relevantes son algunas otras de las conclusiones. Por encima de todas ellas, y quizá como obligación necesaria de quienes habrían de suscribir el Pacto por la Sanidad, la necesaria independencia del poder político de toda la gestión sanitaria y la reforma de los procesos en una Administración cuya falta de agilidad resulta particularmente incómoda en todos los ámbitos de lo público, pero singularmente en la Sanidad, donde su lentitud cuesta dinero y calidad de vida.

Con todo, y a modo de conclusión de los diálogos sobre la Sanidad, éste volumen incluye una serie de propuestas surgidas de esas conversaciones: 50 propuestas para el debate, 50 sugerencias para el cambio que constituyen el punto de partida del necesario debate profesional pero también social en torno al futuro del Sistema Sanitario en España.

Ángel Puente
Presidente del Círculo de la Sanidad

NADA HUMANO NOS ES AJENO

Juan Ramón Lucas

La reforma del Sistema Nacional de Salud es tan urgente como difícil de conseguir. Se asemeja a un coche que hubiéramos dejado cuesta abajo sin freno de mano y ahora cae descontrolado ganando velocidad a medida que avanza metros, lo que hace cada vez más difícil detenerlo. Lo peor es que su propietario, la ciudadanía, no se ha dado cuenta, y el encargado de mantenerlo y conducirlo, la Administración, no ve llegado el momento de tener el arrojo suficiente como para lanzarse a parar la enloquecida carrera de la máquina.

Y cuanto más se tarde peor. Porque si finalmente se precipita al abismo, la explosión será de tal magnitud que su expansiva llevará la devastación mucho más allá, llegando a alcanzar territorios que creíamos intocables.

El objeto del libro que el lector tiene en sus manos es alzar la voz para avisar de lo que sucede y sugerir la forma más eficaz de alcanzar con éxito el vehículo. Se puede hacer, es relativamente sencillo y aún estamos a tiempo.

Conviene de entrada que dejemos claro que lo sencillo no es necesariamente fácil. Es más, casi siempre lo más sencillo es lo más complicado porque exige libertad, criterio y determinación que son cualidades loables y valoradas pero escasamente presentes en la vida cotidiana.

El paradigma de nuestra realidad social e individual es que somos complejos, lo es nuestra organización y lo es nuestra sociedad. Pero en realidad todos buscamos satisfacer necesidades primarias, encontrar y construir territorios de afecto y trascender más allá de nuestra propia existencia cotidiana. Todo lo demás son adornos o caminos de los que no siempre somos conscientes aunque están ahí y nos complican la existencia.

Si uno se detiene a pensar los “*porqués*” de sus actuaciones, encontrará que casi siempre responden a alguna de esas tres necesidades o a la combinación de varias de ellas. Complicamos los sistemas porque queremos llegar más lejos en sus efectos y en nuestra ambición.

Las estructuras de poder político y económico responden en realidad a comportamientos tribales, de grupo al que unen intereses o gustos comunes y sus decisiones están encaminadas al bienestar de sus miembros y el crecimiento o mantenimiento de la existencia o el poder del propio grupo. Al frente de las organizaciones, privadas o públicas, de gobierno o de empresa, siempre hay una o varias personas cuya actuación, por muy certera y profesional que sea, tiene componentes que responden a las necesidades del grupo y a su realidad personal. La Historia la escriben personas como cualquiera de nosotros, con capacidades singulares, desde luego, algunas admirablemente únicas, pero tan humanas como para seguir buscando con ellas satisfacción, afecto y reconocimiento.

Desde esa perspectiva hay que contemplar la necesaria mirada crítica a las acciones de cualquier tipo de organización humana formemos o no parte de ella.

Los estados, los gobiernos, tienen la obligación de proporcionar el bien común a los ciudadanos que se acogen a su estructura. Grecia consideraba la del político la profesión más alta y noble, puesto que comprometía a quienes la ejercían con el bienestar de toda la sociedad: el hombre se diferenciaba de los demás porque era un “animal político”.

Los hombres y mujeres que gestionan en cualquier lugar del mundo la “cosa pública”, deben recibir de la sociedad tanto apoyo cuando se empeñan en conseguir su objetivo como desafecto cuando no ejercen su responsabilidad de procurar el bien común. Naturalmente, no son ellos los únicos responsables de la buena marcha de la sociedad, pero cabe exigirles la eficacia comprometida y la excelencia de gobierno para los ciudadanos a la hora de fijar y hacer cumplir las leyes que determinan ese bienestar.

Es lo que se llama “gobernanza”, uno de los términos que más se repiten en estos diálogos que aquí se abren porque es una exigencia, un clamor general hacia los responsables de esa organización del Estado que llamamos Sistema Nacional de Salud. Gobernanza entendida como “arte de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía”. Así lo define el Diccionario de la RAE.

Esa es la exigencia con que los ciudadanos tenemos que espolear a los poderes públicos, a los gestores en cuyas manos hemos puesto nuestro gobierno. Ejecutores de un mandato popular a cuya actuación deberemos estar muy atentos no vaya a

ser que su fragilidad humana sea capaz de superar la exigencia ética y moral de pensar primero en el bien común y después en el propio. El Estado es la organización que sostenemos con nuestro esfuerzo y nuestro dinero y hay que exigir a quien lo gestiona la excelencia en todas sus actuaciones. No sólo en calidad de ciudadanos, sino como empresas, organizaciones, sistemas o colectivos que dependen o se relacionan con esa organización.

Naturalmente, en el ámbito en que debe de actuar. El Estado no es una entidad todopoderosa que todo lo alcanza, todo lo controla y todo lo gestiona. Hemos aprendido ya que no puede ser ilimitado porque entonces todo lo estropea. Y no rebasar esos límites es también su responsabilidad, como la nuestra.

Podemos discutir dónde están esas fronteras de actuación, o incluso pensar que si no actuara en casi ningún ámbito nos encaminaríamos mejor a la efectiva sencillez. Pero parece también evidente que sin una organización estatal eficaz la aspiración individual y colectiva al bien de todos sería mucho más difícil. Lograr una igualdad de derechos y oportunidades razonable requiere compromisos universales más fáciles de alcanzar en el ámbito estatal.

La realidad ideal es una convivencia equilibrada y colaborativa entre el Estado y las iniciativas privadas. En qué medida y qué aporte cada cual ya es cuestión de puntos de vista políticos o de ideas sobre lo que ha de ser la sociedad que tengan las organizaciones y las personas.

Todo esto es el punto de partida de este trabajo, de este encuentro periodístico coral. Hallar propuestas y caminos de solución a problemas comunes en el diálogo cercano y creativo con personas altamente implicadas en el Sistema Nacional de Salud desde todas las perspectivas posibles que compartieran su experiencia y análisis y nos brindaran ideas de futuro. Cada uno desde su ámbito y conocimientos; entre todos, ofreciendo una mirada global al problema de la Sanidad española. En una cuestión, además, como es la Salud en la que se manifiesta de manera especial e incuestionable nuestra fragilidad y limitaciones como seres humanos.

La propuesta del Círculo de la Sanidad, concretamente de su presidente Ángel Puente, entrañaba un riesgo pero suponía también para el periodista un desafío. El riesgo, asumido, justo es decirlo, en primer lugar por él mismo, apostar por un esfuerzo de síntesis que permitiera en el limitado espacio de unas decenas de páginas de un libro recoger los puntos de vista de todos los sectores sociales y profesionales vinculados con la Sanidad y la Salud Pública; el desafío, sobre todo para el periodista, conseguir de todos ellos miradas singulares y propuestas originales que una vez puestas en común nos brindaran un cuadro de soluciones eficaces al problema de la sostenibilidad del Sistema. A la luz del resultado, y, naturalmente, a la espera de las críticas de quienes ahora van a conocerlo, me atrevo a aventurar

que no hemos salido mal parados de la apuesta. A lo cual añadiré que, en caso de que el juicio del lector no coincidiera con esta apreciación amable, toda la responsabilidad habría de recaer, naturalmente, en el autor del trabajo y no en quien creyó y sigue creyendo desde la dirección del Círculo de la Sanidad que lo mejor para encontrar soluciones a los problemas es el diálogo constructivo y comprometido de los expertos y los poseedores del conocimiento.

En todo caso, estoy convencido de que la voluntad del Círculo de sacar su “Libro Azul” del territorio de las reflexiones técnicas y los informes analíticos al debate accesible y participativo, es un paso decisivo y absolutamente comprometido en su voluntad de mejora del Sistema Nacional de Salud y puesta en valor de la aportación del sector privado a la Sanidad pública. Paso adelante y compromiso que, no tenga duda el lector, la sociedad sabrá reconocer y valorar.

Obviamente, era necesario un contacto personal, una aproximación a cada uno de los interlocutores que rebasara consciente y decididamente la barrera de la mesa del despacho o el quirófano, para tratar de extraer de cada individuo lo mejor de su pensamiento y sus propuestas no sólo como expertos en la materia, sino como seres humanos limitados y condicionados, pero también emocionales y creativos. Y hasta personalmente implicados en la solución de un problema que afecta a todos.

Porque, repito, nada de lo que hacemos está libre de nuestra condición humana ni deja de afectar al mundo en que vivimos, sea próximo o lejano. Las decisiones que afectan a los hombres las toman siempre otros hombres.

Y el resultado es una serie de diálogos enriquecedores, sugerentes y positivos que no sólo ofrecen pistas y aportan ideas nuevas, sino que todos y cada uno de ellos invitan individualmente a explorar esas propuestas y crear e investigar otras que las mejoren.

Hay, de entrada, una opinión general, un criterio compartido por todos, una consideración previa que antecede cualquier punto de vista sobre la situación del Sistema Nacional de Salud, y es la necesidad de reformarlo si queremos que sobreviva. El nuestro es de los mejores del mundo, pero se nos está haciendo viejo y su musculatura se resiente porque ya no sirven sus viejos hábitos, ya no son eficaces sus recetas de siempre, ya no alivia la medicina que siempre aplicó. El gasto excesivo, despilfarro a menudo, la ineficiencia, la falta de equidad y su enfermiza dependencia de la política, o, por ser más riguroso, de las políticas, son los síntomas de una grave dolencia que de no tratarse con determinación y rapidez podría acabar con su vida. Hay quien sostiene que esto no es sino un envenenamiento, que alguien interesado en que se estrelle ha quitado el freno de mano permitiendo que caiga cuesta abajo. Es una opción, una de las interpretaciones de la realidad.

Pero nadie discute la realidad misma: dicho de forma llana pero precisa, esto no puede seguir así.

La forma elegida para estructurar este diálogo coral y sus propuestas bebe de la fuente del periodismo escrito. Son entrevistas con cada uno de ellos realizadas en momentos distintos a lo largo de los últimos meses y servidas en orden alfabético con el evidente propósito de no establecer jerarquías de opinión o de interés. Esa prolongación del trabajo “de campo” ha propiciado, por ejemplo, que algunos de los entrevistados ya no ocupen el cargo que tenían cuando se habló con ellos, pero, obviamente, sus conocimientos, experiencia y criterio siguen teniendo valor; pero además, ese tiempo ha permitido constatar uno de los rasgos más dañinos de la crisis sanitaria: su inmovilidad; o, por ser más rigurosos, su paulatina caída. Porque nada se ha movido en los últimos seis meses en la Sanidad española, salvo algunas compras en el sector privado, o la paralización de algunos procesos de privatización de la gestión en hospitales de Madrid.

La Administración sigue aparentemente ciega y sorda a las llamadas de atención y hasta de auxilio que se lanzan desde el sector sanitario. Tanto las empresas privadas, como las aseguradoras, las farmacéuticas o las tecnológicas reclaman una acción decidida y coordinada para evitar que se pierda un Sistema que los españoles seguimos considerando de alta calidad. Una reclamación que comparten también sectores profesionales como médicos, enfermeros o farmacéuticos y, desde luego, los gerentes de hospitales y los propios pacientes. Todos coinciden en que hay que actuar ya, y la mayoría está de acuerdo en que la gobernanza pasa por una verdadera política de coordinación que sin recentralizar los servicios, sí acabe con desigualdades y despilfarros, libere de presión política local y central a la provisión de los servicios de Salud, y reconstruya una verdadera política nacional de Salud Pública que comprometa a otros muchos sectores de la sociedad en la gestión sanitaria. Porque la Sanidad no es sólo cuestión de atención Primaria o ingreso hospitalario: el medioambiente, la calidad de vida, el estado de nuestras carreteras o la seguridad laboral son factores que inciden directamente en el Sistema Nacional de Salud.

Estas preocupaciones se encuentran reflejadas en las siguientes páginas de diálogos sobre la Sanidad. Pero también las propuestas para solucionarlo.

Este trabajo tiene como título una pregunta fundamental, y bajo ella, un compromiso de propuestas de solución que tomadas en su conjunto intentan ser útiles para detener el coche en su loca carrera cuesta abajo.

Entre la pregunta y las respuestas, una treintena de diálogos periodísticos, honestos y comprometidos nos ayudarán a entender lo que está pasando y lo que se puede hacer porque lo contemplaremos desde todas las perspectivas posibles.



Ahora le toca a quienes tienen que gestionar lo público tomar notas, atender sugerencias y, sobre todo, tener en consideración algo que sobrevuela todos estos encuentros con expertos, un ánimo que acaso pudiéramos resumir en esta frase: **“Estamos aquí, sabemos lo que pasa, te proponemos soluciones y te tendemos la mano, pero el siguiente paso es el tuyo”**

JUAN ANTONIO ALVARO DE LA PARRA
Director de Hospitales de Madrid de IDCsalud"

“Es posible que dentro de cinco años volvamos a tener la misma situación de peligro del modelo”

Juan Antonio Álvaro de la Parra es Director de Hospitales de Madrid de IDCsalud, antigua Capio, que gestiona siete hospitales en la Comunidad, cuatro de ellos públicos, seis en Castilla-La Mancha y otros cuatro en Extremadura. Pertenece al Grupo Sanitario IDCsalud, propiedad de la firma de capital riesgo CVC. Gestiona la salud de más de un millón de personas a través de sus conciertos con las administraciones públicas. A lo largo del año 2014 ha reforzado su posición mediante la absorción del Grupo Hospitalario Quirón y la compra del grupo Ruber

El director de Hospitales de Madrid de IDC Salud cree en la Sanidad Pública:

“El Estado de bienestar tiene dos pilares fundamentales que hay que aprovechar, la Sanidad y la Educación. Lo que ahora está en riesgo es la sostenibilidad de esa Sanidad Pública, y me preocupa”.

Ese es a su juicio el problema y no si la Sanidad debe ser pública o privada.

“No es una cuestión de debate entre lo público y lo privado, sino cómo lo hacemos sostenible. En nuestro modelo todo se centra en el paciente, el paciente es el que origina todo lo demás y los recursos para atenderle deben de ser los adecuados a la demanda. ¿Cómo funcionamos nosotros? Para cualquier proceso es el médico el que dice qué recursos se necesitan y en principio se le dan. Al cabo del tiempo valoras y ves si para hacer este proceso se necesitan dos, tres o un cirujano, o tres o cuatro enfermeras. Y como él tiene responsabilidad en la gestión, va a adecuar los recursos a lo que se necesita.

En estos últimos años, desde las transferencias, han aumentado mucho los costes sin mejorar en una misma proporción las ventajas para los ciudadanos. Hay que pensar en el paciente, en el ciudadano, en lo que recibe a cambio de sus impuestos”

.- Y eso no está mejorando?

.- En algunos aspectos sí y en otros no; por ejemplo, las listas de espera: interesa no tener demasiados servicios súper especializados y que estén centralizados para el conjunto del país, porque eso encarece el servicio y aumenta las listas de espera. Nosotros trabajamos en red, tenemos aquí cuatro hospitales, y el profesional que opera en la Fundación Jiménez Díaz lo hace también en el Hospital Rey Juan Carlos y en el Infanta Elena, y no es el ciudadano el que se mueve. Tenemos un equipo que al cabo del año hace más de trescientas operaciones de cirugía cardíaca. Por tanto, tiene práctica, conocimiento, experiencia y es mucho más rentable desde el punto de vista del recurso que tener cinco equipos de cirugía cardíaca, uno en cada hospital. Eso hace insostenible el modelo.

.- Ya, pero dígame usted a los políticos que no utilicen como ariete la Sanidad, que además constituye la mayor partida de gasto público de casi todas las autonomías

.- Es que tiene que haber un pacto que haga sostenible la Sanidad Pública. Lo que no podemos hacer es que el ciudadano sea el que pague las decisiones política de uno u otro partido y no se pongan de acuerdo en las cosas básicas como ésta.

El Pacto. El acuerdo hasta ahora imposible entre todos los actores de la Sanidad española para que el modelo pueda mantenerse.

“Un pacto que no tiene que ser en principio temático, sino de compromiso entre todos para que de aquí a diez años tengamos un modelo sostenible.

Esto había que haberlo hecho en los años 80, en que se veía el camino que llevábamos...ya lo dijo entonces el Informe Abril: si se sigue con este nivel de gastos, esto no se mantiene. El ritmo de crecimiento del gasto sanitario está muy por encima de lo que crece el PIB, y así no hay manera”

Lo reclama uno de los máximos responsables de una empresa privada que gestiona varios hospitales en Madrid

.- Yo he sido gerente de un hospital público y he intentado gestionar siempre con la misma filosofía de buscar la eficiencia.

.- ¿Y es más eficiente la gestión privada?

.- Un ejemplo: el rendimiento de un quirófano para una operación de cataratas en la pública o en la privada; tienes que mirar los recursos que realmente necesitas y ponerlos al servicio de la intervención. Hay que medir y dotar de lo que realmente se necesita.

.- Pero se está recortando ya, y mucho...

.- Se ha racionalizado el gasto, sí. Pero eso no alcanza. Porque esto se financia

con impuestos y no olvidemos que nadie quiere pagar más y que además el ritmo de crecimiento de la economía va a seguir siendo pequeño.

Un pacto político y una privatización de la gestión son, a su juicio, las fórmulas para que el Sistema Público de Salud sea eficaz y pueda sostenerse.

.- Es una cuestión de buscar la eficacia y la eficiencia. Se trata de objetivar los procesos. Por ejemplo, no se trata de medir sólo las demoras en primeras consultas. Hay que medir todo el proceso y buscar fórmulas para hacerlo eficiente; y al final puedes evitar con una segunda consulta un proceso que de otra manera con el paso del tiempo será más costoso para el sistema.

Nosotros trabajamos con la atención primaria, no hay que olvidar que a través de ella y de las urgencias se produce la entrada en el sistema, y con los crónicos. Con la atención primaria, nosotros creamos en el 2008 la figura del director de continuidad asistencial, que trabaja en cooperación con la Atención Primaria. Damos todas las facilidades para que todo se pueda resolver en esa fase del proceso.

En cuanto a los crónicos, ahora hay un plan en todas las comunidades: estrategia de crónicos, está muy bien y nosotros estamos dentro de ese modelo. Pero nosotros, en la línea en la que estamos trabajando es teniendo en cuenta, por ejemplo, que el paciente que viene con 40 años y es diabético seguramente dentro de diez años tenga otras patologías. Lo que queremos es identificar a esos pacientes que vienen a nuestros hospitales y empezar a trabajar con ellos educándoles en salud, enseñándoles la forma de relacionarse con el médico y con la enfermedad. En ese sentido, hemos creado un “Portal del Paciente” a través del cual pueden ir informándonos de su evolución sin tener que venir al hospital directamente. Intentamos eso de “más vale prevenir que curar” educando a quien si aprende ahora hábitos relacionados con la salud, llegará a los sesenta en una mucho mejor condición física. El pacto y una buena gestión son necesarios.

.- La prevención como herramienta de gestión sanitaria...

.- Si. En Madrid por ejemplo, en el Hospital Rey Juan Carlos y en el Hospital Universitario Infanta Elena, hemos empezado campañas específicas de salud de corazón, de párkinson, de diabetes, de dermatología...Estamos continuamente haciendo cosas con la población. Como gestores de un área sanitaria, nos dirigimos a la sociedad civil, con jornadas dirigidas a las asociaciones de vecinos, con los médicos de atención primaria, con pacientes...Reuniones donde hablamos de cuestiones de salud, de prevención, etc. Asuntos que contribuyen a hacer sostenible todo esto. Así, con esta labor, educamos, enseñamos a prevenir y contribuimos a la sostenibilidad del sistema.

.- Aquí en la Jiménez Díaz, referente en investigación y docencia, conviven la sanidad pública y la privada

.- Y la única diferencia está en la hostelería. Lo demás es lo mismo: la uvi, la urgencia...la lista de espera, si me apuras, es mayor en la privada. Hablábamos de gestionar los recursos: yo no puedo permitirme que un paciente esté esperando una cama en urgencias porque no hay en la pública y sí en la privada. Se gestionan los recursos en el ámbito de lo que es el hospital.

Partiendo de esta consideración, Álvaro de la Parra rechaza cualquier deterioro en la calidad asistencial por tratarse de gestión privada de centros públicos. Más bien al contrario, sostiene.

.- El paciente es quien mejor lo dice cuando nuestros centros están en las primeras posiciones de las encuestas de satisfacción de los ciudadanos. Los pacientes eligen sus hospitales desde el médico de primaria. Si tuviéramos una mala calidad no nos elegirían. Tenemos que ser los mejores en calidad asistencial, en investigación, en docencia, y lo que nos tiene que diferenciar además es el trato que le damos al paciente; el respeto a la intimidad. Y para eso ha habido que cambiar el chip a los sanitarios, hemos invertido y seguimos invirtiendo muchos recursos en formación de nuestro personal. Y en escuchar a los pacientes, de forma que un profesional es atendida siempre y termina llegándole al afectado que también aprende.

.- Supongo que también es porque es su negocio: si no atiende bien, si no progresa, probablemente sea su compañía quien pierda también.

.- Todo lo que nosotros hacemos está fijado por un contrato con la Consejería de Sanidad. Y ahí se exigen unos requisitos de calidad que por supuesto hay que cumplir, y cumplimos, además de realizar un seguimiento del grado de satisfacción del paciente. Ofrecemos los mejores productos al tener una eficiente capacidad de gestión de las compras.

El director de hospitales de Madrid de *IDC Salud*, está seguro de que la sostenibilidad del sistema pasa por gestionar de manera eficaz. Y defiende la solvencia y la responsabilidad de su empresa:

.-Yo tengo muy claro el concepto de lo que hacemos: damos calidad asistencial, nos preocupamos por el paciente. Aquí en la Fundación Jiménez Díaz, tenemos uno de los 18 institutos de investigación que hay en España, luego nos preocupamos por la investigación y seguimos siendo hospital de la Universidad Autónoma de Madrid, lo que demuestra nuestra apuesta por la docencia

- Pero *IDC Salud* una empresa privada, controlada por una sociedad de capital riesgo como CVC, que hace negocio y se debe a sus accionistas.

- Si, pero en los diez años que yo llevo en este grupo no se ha repartido un solo dividendo. En este hospital se han reinvertido más de 140 millones de Euros

- ¿Y dónde está el beneficio?

- Es que no da. Este es un proyecto a treinta años en el que se invierte mucho dinero y se está constantemente reinvertiendo y mejorando

- Pero los fondos de inversión querrán rentabilidad

- Nosotros lo que hacemos es reinvertir en mejora de la salud, en investigación, trabajamos para el paciente. El fondo de inversión tiene su historia, como la tienen los que poseen otras empresas. Pero aquí se investiga, se participa. Tenemos acuerdos en Madrid además de con la Autónoma con la Universidad Rey Juan Carlos y la Francisco de Vitoria ... tres hospitales universitarios, por tanto. Es un modelo difícil de entender cuando no lo conoces y que por tanto se juzga de una manera injusta.

Somos un grupo potente que, como te digo, reinvierte en salud, y que en investigación busca también rentabilizar su inversión. Hay mucha investigación básica que luego no se traslada al paciente. Nosotros tenemos un acuerdo con un laboratorio de ensayos clínicos de fase uno de medicamentos de la Universidad de San Antonio, en Texas. Ahí se puede desarrollar una molécula que llegue a convertirse en medicamento y eso es algo que sí puede ser rentable.

La cuestión de fondo es cómo se mantiene el Sistema de Salud de forma que pueda seguir existiendo una sanidad gratuita para los ciudadanos. En realidad esa es la pregunta cuya respuesta estamos buscando en este encuentro con todos los actores del mundo sanitario. ¿Privado? ¿Público? ¿Cómo convivir? ¿Cómo sostenerlo?

Álvaro de la Parra insiste en la vigencia y necesidad de un Servicio de Salud gratuito, eficaz y bien gestionado. Entendiendo por tal, un modelo de gestión como el aplicado en los hospitales madrileños de *IDC Salud*.

Lo que sucede es que las herramientas que tienes aquí no son las mismas que tienes en la Sanidad Pública. Y la filosofía también es diferente. Los médicos responsables forman parte de la dirección. Un jefe de servicio tiene que comprometerse a que ningún paciente espere más de 15 días para una primera consulta, que se le hagan las pruebas en un circuito oncológico que está definido, que su gente investigue y se comprometa con los objetivos del grupo, que tenga un plan de docencia para formarse...Yo hace mucho tiempo que no me encargo de las listas de espera, porque son los jefes de servicio los que gestionan todas estas cosas. Esta es una diferencia fundamental: los objetivos de los responsables mé-



dicos, de la empresa y de la consejería de Sanidad están plenamente alineados.

Compromiso, agilidad, eficacia, competitividad, estímulo, organización...

Trabajamos todos en la misma línea, siguiendo un modelo concreto que sabemos que funciona y eso no sucede en los hospitales gestionados por la administración.

HUMBERTO ARNÉS
Presidente de Farmaindustria

“La inversión en medicamentos es cara pero muy rentable para la sociedad y el Sistema sanitario”

Humberto Arnés es Ingeniero Industrial por la Escuela Técnica Superior de Ingenieros Industriales de Barcelona. Dirige la patronal del sector farmacéutico, Farmaindustria, desde el año 2001. Es miembro del Bureau de la Federación de la Industria Farmacéutica Europea (EFPIA). Ha sido Vocal Asesor del Ministerio de Industria y Energía y ha ocupado cargos de responsabilidad en la Administración en el ámbito de la Biotecnología y las Tecnologías químicas.

El presidente de la patronal de la Industria Farmacéutica ponen en valor el hecho de que su sector lidera la investigación que realiza la industria española con un un 20 por ciento del total, que factura un 1,5 del PIB y que da empleo a más de 200.000 personas entre puestos de trabajo directos e indirectos.

“Nuestro sector tiene unos componentes sociales importantes a pesar de que nuestra imagen se distorsiona por aproximaciones que no reflejan la realidad”

Defiende su sector como la única estructura que puede movilizar los recursos suficientes para desarrollar algo tan esencial como los nuevos medicamentos:

“No hay ningún otro colectivo suficientemente organizado que pueda movilizar las cantidades de recursos necesarios para dar esperanza a muchas personas que cuando se levantan cada día esperan escuchar en la radio que puede mejorar su calidad de vida o se pueden curar. ¿Quién puede dar respuesta a eso? Una industria ¿Y cómo puede dar respuesta? Invirtiendo. ¿Y cómo se invierte? Depositando recursos ¿Y quién deposita recursos? Los accionistas. Y el accionista tiene que tener una retribución. Y accionistas podemos ser cualquiera: si tenemos un plan

de pensiones probablemente indirectamente somos accionistas de alguna compañía farmacéutica. Esta es la realidad global que hay que contemplar cuando se nos critica, una lógica que no podemos ignorar”

No quiere Humberto Arnés pronunciarse sobre el mejor modelo de atención sanitaria y Salud pública:

“Nosotros no generamos opinión; respetamos lo que la sociedad vaya determinando en cada caso”

Pero cree que el mercado privado de servicios de provisión de salud puede ser también una oportunidad para la Industria.

“Hay una tendencia en los países desarrollados a que la Sanidad privada se abra paso dentro de la atención sanitaria a la ciudadanía y además yo creo que es compatible un sistema sanitario público potente con una sanidad privada que también lo sea y que provea de soluciones equiparables en términos de calidad y de eficacia”

También contempla en perspectiva el hecho de que los ciudadanos participen aún más en el coste de la prestación sanitaria, o sea, con algún tipo de copago, y que la Sanidad Pública, más fuerte, pueda dedicarse a las patologías más caras. ¿Por qué? Por pura rentabilidad social. Y propone, en línea con esa idea, un cambio de concepto.

.- La Sanidad pública tendrá que dedicarse a hacer frente a aquellas patologías emergentes, aquellos tratamientos que pueden ser más caros porque la innovación comporta un coste adicional de entrada, pero que en términos de inversión son rentables porque a largo plazo disminuyen costes de carácter sanitario.

Vamos a vivir en breve una revolución tecnológica muy importante con los nuevos medicamentos de origen biológico, con una medicina mucho más personalizada. Una auténtica revolución tecnológica y económica. Y de concepto: hay que cambiar ya el término gasto por inversión.

.- Si, pero el que no podemos cambiar es el de “escasez de recursos”

.- Por eso hay que buscar mecanismos que hagan frente al coste que a corto plazo puede tener un tratamiento más eficaz aunque sea caro, porque a largo y medio plazo los costes que ahorra para el Sistema sanitario y para la sociedad son muy importantes.

.- ¿Y eso se puede medir? ¿Lo tienen ustedes medido?

.- La OMS evaluó en el año 2008 que el incremento de la esperanza de vida que se produjo desde 1970 hasta 2002 , fue equivalente a un aumento del producto interior bruto anualizado del 30 por ciento.

.- Eso es una medida de rentabilidad social...

.- **Hay otros estudios que han evaluado que por cada euro que inviertes en un nuevo medicamento, retornas al sistema sanitario seis... o sea un 600 por ciento de retorno. Es desde esta perspectiva de la inversión como hay que contemplar este mundo de los medicamentos: tienes un coste alto, pero luego tienes un espacio de retorno muy elevado.**

Y reclama de la Administración imaginación e inteligencia: buscar mecanismos de financiación para afrontar ese futuro en con los cambios que vienen:

“Si tu tienes el convencimiento de que por cada euro que depositas en un lugar, en equis años te devuelven seis...¿No vas a buscar ese euro donde sea? Bueno, pues ¿por qué no lo hacemos con ese planteamiento? Hay que buscar mecanismos inteligentes que permitan hacer frente a ese coste inicial elevado que tienen los nuevos medicamentos pero que diferido en el tiempo el retorno es enormemente positivo para la sociedad: reduce costes sanitarios y costes de carácter social. La administración puede moverse y debe moverse. Y la industria debe proponer.

Hay que buscar mecanismos flexibles, adaptativos que permitan dar solución a esa doble revolución tecnológico económica que los nuevos medicamentos van a plantear o están planteando ya. Y hay que dar respuesta porque tu no puedes decir a un ciudadano que teniendo un nuevo medicamento tu no se lo das”

Inevitable evocar el caso de la Hepatitis C, como lo es no señalar la responsabilidad de la propia Industria en fijar esos los precios que hacen inaccesibles los medicamentos.

.- **En la mayoría de los países Europeos el mercado está regulado y son los gobiernos quienes fijan los precios.**

.- A propuesta de las compañías...

.- **La industria lo que hace es plantear una propuesta sobre la base de la expectativa de retorno de la inversión que ha tenido que realizar en ese medicamento. ¿Cómo? Calculando que va a tener un régimen de exclusividad, de vida útil de la patente de diez años, un determinado potencial de ventas en estos diez años, por lo tanto el retorno que tengo a realizar para amortizar esta inversión es tanto, y el precio debe de estar en ese entorno. Pero también es verdad que ahí juegan otros muchos factores como es con qué productos compite. Tampoco sabes si te viene otro competidor pisándote los talones, tu has salido al mercado y al año te sacan otro quizá más bueno que el tuyo y por lo tanto se queda él con el mer-**

cado... y toda aquella previsión que habías hecho de ventas se te viene abajo. De hecho sólo cuatro de los diez medicamentos que salen nuevos en el mercado retornan la inversión que han tenido que soportar en I+D

- ¿De qué costes estamos hablando?

- Del orden de 1.000 millones de dólares. Es muy complejo todo esto, hay una serie de aspectos globales que van configurando el precio del medicamento. Pero el precio responde a las expectativas de retorno de la inversión que una compañía ha tenido que realizar para desarrollarlo. Y luego, cuando expiran los derechos de propiedad industrial, cuando expira la patente, cualquier productor puede producir y vender ese medicamento. Entonces, claro ese productor nuevo no tiene que retornar ninguna inversión en investigación

- Por eso después se venden más baratos...

- Claro, medicamentos que son exitosos además. El que entra con uno de estos productos no tiene que soportar costes de investigación ni de publicidad. Es un commodity químico...el coste químico de fabricarlo. Pero no tiene que amortizar ni el riesgo ni los costes que ha tenido que soportar el innovador

En este sector se vive una singularidad llamativa: ni quien decide sobre el producto ni el cliente que lo paga son su destinatario final último. Como reconoce el presidente de Farmaindustria, **“el posicionamiento de ese producto en el mercado lo dice el médico por la experiencia que al final tiene en cómo trata a la enfermedad”**

Lo cual nos sitúa en otro territorio de polémica, la influencia, la presión sobre el médico que decide.

- **Yo no le llamaría presión, le llamaría información o marketing; promoción, no presión**

- Pero se presiona a los médicos y se presiona a la Administración, incluso desde la posición de la Industria en los órganos regulatorios.

- **Eso es falso, por Dios. En este sector hay una cantidad de tópicos y falsas realidades. La actividad de promoción de los medicamentos es legal. Está regulada, es legítima y además está sometida a unos protocolos y a una forma de proceder. No estamos promocionando coches, sino medicamentos. Por eso tenemos un código deontológico de cómo se relacionan las compañías con los médicos que es tremendamente exigente. Por muchos motivos, primero porque hay que respetar una sana competencia y por lo tanto somos los primeros que deseamos que la relación que establecen las compañías con los médicos estén basadas en los principios de veracidad, transparencia, exactitud y rigor para que nadie compita con**

armas que no son las más apropiadas para conseguir una cuota de mercado frente a la de la competencia. Pero es que estamos jugando con la salud de los ciudadanos. Yo tengo el derecho a diferenciarme con respecto al producto de la competencia porque tengo elementos que son distintos y tengo que dárselos a conocer al médico y tengo por tanto legítimamente la capacidad de decirle por qué mi medicamento para unos determinados tipos de pacientes es mejor que el otro, o por qué es igual que el otro para ese otro tipo de pacientes. Y eso es legítimo.

.- Me habla de un código deontológico...

.- Y muy estricto. Hay que velar para que el que interacciona con el médico diga lo que puede decir y no vaya más allá. Y las compañías en atención a esos dos aspectos de competencia y de que estamos trasladando una información al médicos sobre un producto sensible, establecen unos mecanismos de control entre ellas mismas, de denuncia entre ellas mismas, que hacen que esos dos principios se preserven de manera muy escrupulosa. De hecho tenemos una unidad de supervisión deontológica que a modo de policía que conoce de prácticas y denuncias que no se ajustan a nuestro código y pueden imponer multas que son importantes: en algunos casos pueden llegar hasta a 360.000 euros de multa y te aseguro que con una multa así, el responsable de una compañía cae, seguro.

.- ¿Y lo de los viajes a Cuba y los regalos?

.- No niego que antes de la existencia del código se realizaban prácticas comerciales y promocionales que sobrepasaban unos límites que podemos entender éticos. Pero la industria entendió que además de caro eso era un error gravísimo, que alteraba sin duda lo que podía ser el buen funcionamiento del sistema sanitario y que además llevaba a que las compañías no compitieran en base a su eficiencia y a sus productos, sino en base a otras prácticas, reaccionó y cada vez vamos siendo más exigentes en esa materia.

Sostiene también que la relación con las Administraciones está exenta de cualquier presión o conflicto:

“Hay una comisión de compras que trabaja con criterios de eficiencia económica y de calidad del medicamentos, y lo que yo le puedo decir es que nuestra relación con las administraciones reguladoras son exquisitas. En todos los extremos”

Y asegura que no sólo no eluden su responsabilidad a la hora de arrimar el hombro en tiempos de crisis, sino que son una e las partes que más la está sufriendo.

.- La reducción del gasto farmacéutico de los últimos cuatro años ha sido impresionante. La factura farmacéutica pública ha caído un 28 por ciento del 2010 al

13. Obviamente eso hace que se resientan las relaciones con la administración. Desde el respeto, por supuesto, de los intereses que cada una de las partes defiende, pero no es lo mismo dialogar en la abundancia que dialogar en la miseria como hemos estado dialogando las dos partes en los últimos tiempos, reconociendo las dificultades que teníamos. Porque nosotros hemos reconocido que probablemente en este momento de dificultades económicas era posible realizar ajustes en el gasto farmacéutico. Lo hemos entendido tal cual.

.- Pero se han quejado..

.- En algún caso nos hemos quejado. Hemos reconocido que era necesario un ajuste en el ámbito de las cuentas públicas, un ajuste en el ámbito de la sanidad, un ajuste en el ámbito del medicamento, pero también hemos visto que ha sido mayor de lo que realmente podría soportar el sector y asimétrico con respecto a otras partidas del gasto sanitario y del gasto público. Un 42 por ciento el ahorro que se ha logrado en los últimos años ha recaído en el medicamento.

.- ¿Había mucho más donde ahorrar?

.- Bueno, pero se puede ser eficiente en muchos lugares. Hay bolsas de ineficiencia en donde se pueden realizar ahorros importantes. Sí hemos dicho, oiga están ustedes poniendo en peligro una serie de activos de este sector que va a ser muy difícil recuperar. Si quiere que mantengamos una confianza en un país para que el inversor siga invirtiendo aquí y no vaya a otro lugar, si quiere que el empleo no caiga de manera dramática y si quiere usted que el sector de capital nacional que no está diversificado geográficamente como puedan estar las multinacionales, quiera tener un futuro y vertebrar además áreas territoriales muy importantes, usted no puede seguir incidiendo en el medicamento. Porque ya no da más de sí esto. Y esto lo estamos diciendo y lo hemos dicho. Y creemos que hay sensibilidad por parte de la administración porque saben, han reconocido el esfuerzo que ha hecho el sector y saben que ya no hay más posibilidad de demandar más esfuerzo.

BEGOÑA BARRAGAN
Presidenta de GEPAC

“Falta perspectiva, planificación y escuchar a los pacientes”

Presidenta de GPAC, Grupo Español de Pacientes con Cáncer, que forma parte del ECPC (Coalición Europea de Pacientes de Cáncer). Miembro de la Junta Directiva del Foro Español de Pacientes y dirigente también de la organización europea Myeloma Euronet.

Licenciada en Ciencias de la Educación. Empresaria

Begoña Barragán reclama inversión en Salud Pública y prevención.

“En mi opinión seguimos haciendo unas políticas cortoplacistas. Nadie prevé lo que va a pasar de aquí a diez años, o al menos no se ha planificado la Sanidad con ese criterio a largo plazo. Y todo este boom de fármacos innovadores, de nuevas moléculas, de nuevas terapias, esto no ha brotado de repente. Se sabía, se estaba investigando, se sabía que las cosas iban a ir por ahí, que los tratamientos iban a ir por ahí y que iba a haber unas necesidades mayores. Porque cada vez somos más y vivimos mejor y consumimos recursos. Se sabe, pero no se ha trabajado con esa previsión”

¿Cuestión de dinero? No. Según Barragán, de prioridades

“No es tanto un problema de que haya o no dinero, sino de en qué nos lo queramos gastar. Y aquí hay un problema, que los ciudadanos no estamos diciendo lo que queremos que hagan con nuestro dinero. Si a mí me preguntan, diría que Educación o Sanidad en primer lugar. Antes, por ejemplo, que rescatar a la banca. Cuestión de prioridades”

Y de una política real de Salud pública:

.- No se está invirtiendo en Salud pública, y nos gastamos mucho dinero en aten-

der enfermedades que con una correcta política de salud pública no tendrían por qué llegar. Cuando hablamos de costes deberíamos ir más allá y analizar no solamente precios de productos o servicios, sino a quién se los aplico, con qué resultado, qué años de calidad de vida les doy. Porque una buena política en este sentido saca al paciente del Sistema de Salud, con lo que se ahorra dinero y se genera riqueza porque esa persona puede ponerse a trabajar y pagar impuestos. Todo eso habría que verlo, no sólo el coste original

.- ¿Cómo salimos de la crisis actual?

.- Lo primero es recentralizar la gestión, unificar las reglas del juego para que no sean diferentes en cada territorio. Comparto el Estado de las Autonomías, pero la salud requiere una unidad de acción y una coordinación que ahora no existen, y lo que se crea es un Sistema que no puede ser equitativo jamás. El proceso de aprobación de fármacos es una locura: ¡22 agencias de evaluación! Cuando en toda Europa no se si hay seis o siete...Y además el precio lo fija el Ministerio y lo pagan las comunidades: *“yo te invito, pero tú pagas la cuenta”*

.- Hay que saber qué cuenta...

.- Claro. Hay que saber qué parte de nuestros impuestos queremos dedicar a Sanidad, para saber cuánto tenemos. Una vez que sepamos con cuánto dinero contamos, vamos a ver qué hacemos con eso, cómo gestionamos y cómo terminamos con las bolsas de ineficiencia. Y los políticos tendrían que ser valientes y explicarlo, no limitarse a cubrir el expediente para los próximos cuatro años: corto por aquí, pongo por allá. No, eso no vale. Tenemos que saber cuánto hay y que se puede hacer, que seguro que mejorando la gestión se pueden hacer más cosas con el mismo dinero. Este sería el segundo paso: ver con cuánto contamos y qué Sanidad podemos tener con eso. Y si todavía no es suficiente, pues quizá podamos plantearnos si estamos dispuestos a pagar más impuestos o pagar por algunos servicios.

.- ¿Me está hablando de copago?

.- No. De corresponsabilidad...

.- ¿De los usuarios?

.- De los pacientes. Pero lo primero que habría que hacer sería contar con nosotros. No se escucha todavía a los pacientes. Todo el mundo dice que hay que contar los pacientes, pero al final somos casi un elemento de decoración en la foto. Ni en los grandes comités ni en política se nos consulta. Y debería haber representación de los pacientes en todo aquello que nos concierne. A lo mejor preferimos calidad de vida a más años de vida. Podemos aportar mucho. Es cierto que se está produciendo una mayor cercanía con los profesionales sanitarios, es también la alianza natural. Pero tendríamos que ir a consejerías de sanidad, comités de

hospitales... en todo aquello que concierne a pacientes, debería de haber un paciente. Yo creo que la administración nos tiene miedo porque los pacientes unidos tenemos un potencial fuerte, podemos organizar verdaderos problemas. Si se nos considera seriamente como agentes, como interlocutores, no tenemos que llegar a eso, no hace falta. Los pacientes podemos sentarnos, hablar, comprender...pero también nos tienen que entender a nosotros, escuchar lo que tenemos que decir.

.- Corresponsabilizarse, vamos...

.- En cuestiones muy sensibles, como la formación. Porque habría que tomar medidas en esa dirección. Planes de educación desde pequeños para aprender hábitos saludables. O campañas para utilizar correctamente los servicios públicos de Salud, enseñar al ciudadano a ser paciente. Nadie se está preocupando de formar a los pacientes. Y si sabemos cómo utilizar los recursos los usaremos mejor y quizá vayamos menos a urgencias. Como organizaciones estamos realizando una labor de complemento social muy importante en territorios que no cubre la administración.

Contar con los pacientes, para administrar mejor. Explicarles la situación y escuchar sus puntos de vista. Y buscar la excelencia, empezando por una coordinación verdaderamente eficaz de la gestión sanitaria que conceda valor al criterio de los profesionales.

“Hay que potenciar la atención primaria lo más posible entre otras cosas para evitar que tanto paciente crónico acabe en el hospital. Estamos utilizando los hospitales de agudos para atender a pacientes crónicos. Una cama de agudo cuesta mucho dinero, y una adecuada atención en primaria con enfermeras de enlace o centros intermedios sería lo ideal. Pero no se si el Sistema está preparado”

Sugiere, además, como factor de ahorro, la centralización de presupuestos para fármacos de alto impacto económico.

“Yo creo que para garantizar el acceso de los pacientes de cualquier enfermedad a terapias innovadoras de alto coste, tendría que haber un presupuesto global que acompañase al paciente allá donde le trataran. Algo así como una bolsa de dinero para esa situación. Y, eso sí, un comité de expertos profesionales que dijese en qué casos hay que ponerlo y en qué casos no. Y así lo entenderíamos todos. Son los médicos los que deciden lo que tiene que ser, no la administración la que nos diga que no nos lo da porque ese medicamento es caro”

.- ¿Y agrupar las especialidades en grandes centros de referencia?

.- Si. Habría que hacer grandes centros de referencia para algunas enfermedades. No tener todo en todos sitios, no es imprescindible. Las cosas específicas deberían

estar centralizadas y con presupuestos que acompañasen al paciente. Ganaríamos en mejor atención a los pacientes, porque serían personas más expertas.

.- Seguro que habría quejas de pacientes...

.- Seguro, por eso insisto en formar, en educar, enseñar. Es cuestión de explicar las cosas, de hablar. Yo creo que a cualquiera nos gustaría saber cuáles son los hospitales que han realizado más y mejores especialidades. Habría que hacer también registros de pacientes...y, desde luego, una tarjeta sanitaria que nos sirviera para cualquier punto de España

¿Papel del sector privado en la solución a la crisis del Sistema público?

“Hay hospitales gestionados por empresas privadas que están funcionando bien, la gente está contenta. Me parece muy bien. Pero me tienen que demostrar cómo se puede hacer lo mismo con menos dinero y que además de beneficios. Porque, no nos engañemos, las empresas privadas quieren ganar dinero, le tienen que salir las cuentas. La administración tendrá que dotarse de recursos para administrar mejor. ¿Es posible hacerlo a través de una empresa privada? Tengo mis dudas. Sería mejor gestionar con eficiencia lo público...Otra cosa es que convivan los dos servicios, el público y el privado; que colaboren y se complementen. Pero yo creo que determinados servicios que tienen que ser públicos, como la Sanidad o la Educación. Públicos, con unas garantías y una calidad. ¿Que luego además existe Sanidad privada?, perfecto. ¿Puede haber convenios? Seguramente sí. Pero ¿qué pasa con las aseguradoras? Las pólizas privadas tienen cada vez más letra pequeña y las aseguradoras están expulsando pacientes porque no les salen las cuentas.

Y olvídate de darte de alta en una aseguradora con antecedentes de cáncer o alguna enfermedad grave. Y no sólo un seguro médico...en ningún seguro que intervenga la vida puedes darte de alta con antecedentes de enfermedad grave.

Le preocupa que la gestión se plantee en términos de dinero y advierte que las políticas de Salud pública tienen que ponerse ya en un horizonte aparentemente lejano pero que exige actuar.

.- La OMS considera que para 2050 España va a ser el país más envejecido del planeta. Por eso tiene cada vez más sentido realizar políticas sociales relacionadas con la Sanidad. Hay unas necesidades diferentes. Cada vez hay más personas mayores, las familias están cambiando y son más los que viven solos y eso genera unos costes sociales y sanitarios. Si no se adoptan medidas ya, nos encontraremos

en 2050, o antes, con un colapso. ¿Empezaremos a preocuparnos en 2049? Tenemos que ver de dónde vamos a sacar recursos si cada vez la gente que produce es menos. Van a ser muchos los que van a demandar y muy pocos los que van a producir y además con unos salarios bajos. Eso no se puede sostener, pero ya no es la sanidad, es todo.

.- ¿Un pacto por la Sanidad que incluyera a todos los actores, entre ellos los pacientes, sería una herramienta para abordar este futuro y salir de la crisis? ¿O es imposible poner de acuerdo a todos?

.- **Debería hacerse. Y no es imposible. Y, desde luego con los pacientes... ¿quiénes son los actores principales? Además, tarde o temprano todos seremos pacientes. O tenemos y tendremos familiares que lo son. Es necesario ese pacto y no utilizar la Sanidad como arma de guerra.**

JOSEBA BARROETA
Director del Hospital del Aljarafe, San Juan de Dios. Sevilla

“Hay que preparar el futuro impulsando la relación transversal entre hospitales y atención primaria”

Joseba Barroeta Urquiza es Director Gerente del Hospital San Juan de Dios, del Consorcio Sanitario Público de Aljarafe. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco, es Master en Dirección de Empresas y Diplomado en Salud Pública. Forma parte, como Académico, de la Real Academia de Medicina de Sevilla y ha sido Director Gerente del Hospital Universitario Virgen del Rocío y Nuestra Señora de la Merced de Osuna, en Sevilla, y del Virgen de las Nieves en Granada. Director Provincial de Asistencia Sanitaria en Sevilla y Gerente de la Empresa Pública de Emergencia Sanitarias de Andalucía.

El hospital que dirige Joseba Barroeta es uno de los más modernos y eficaces del Sistema Andaluz de Salud. Un centro de poco más de 10 años que ensaya con éxito un modelo de gestión sanitaria que piensa y cuenta con los pacientes, que integra Primaria y el hospital, que gestiona con mimo el conocimiento y está aplicando la telemedicina en la relación con los pacientes y entre centros sanitarios. **“Es la única experiencia que hay de colaboración pública con una institución sin ánimo de lucro. Somos un consorcio, lo que significa que es un ente de carácter asociativo y está integrado por el Servicio Andaluz de Salud y la Orden de San Juan de Dios, que es importante remarcar que es sin ánimo de lucro. Y el hospital es un hospital del Sistema Sanitario Público”.**

Lo gestiona la Orden religiosa de San Juan de Dios mediante un contrato-programa, un acuerdo indefinido con un mínimo de duración de 20 años.

- Es un hospital público porque lo financian los ciudadanos con sus impuestos a través del Servicio Andaluz de Salud. La orden pone la gestión y la capacidad de ofrecer una respuesta asistencial: personas, bienes, edificios...El contrato-programa nos exige a nosotros como hospital lo mismo que se le exige al resto del sistema. O incluso más. Para el acuerdo se tomó como referencia el hospital que entonces era más eficiente en el Sistema sanitario público andaluz, que era el de Marbella.

- ¿Y tuvieron que comprometerse a ser mejores?

- Si, esa fue la referencia. Por tanto, somos un sistema sanitario público. Tan es así, que en los encuentros de discusión del contrato-programa yo asisto como gerente de este hospital a las mismas reuniones que el resto de gerentes del sistema sanitario público. Por lo tanto, lo que nos diferencia es la gestión y alguno de los valores que manejamos en el desarrollo de nuestra actividad y en el desarrollo de nuestras prestaciones.

- ¿Qué valores? ¿Valores religiosos?

- No, no. Valores de respeto de la dignidad y la atención integral. Aquí se respira el respeto por la persona asistida.

He tenido ocasión de comprobarlo en una visita al Hospital previa a este encuentro. Hay silencio, habitaciones limpias y bien dispuestas, prácticamente todas individuales. Los sanitarios llaman antes de entrar, la atmósfera es sosegada y confortable.

“El centro de interés lo tenemos absolutamente claro. Somos una organización sin ánimo de lucro, nuestro beneficio es mejorar la atención a la persona asistida. Planteamos continuamente la dignidad personal como elemento central, también, de lo que representa el derecho del enfermo, incluido el derecho a morir con dignidad”

Desde 2003 este hospital cubre gran parte de la población que hasta entonces era atendida en el Virgen del Rocío, en el centro de Sevilla. Es uno de esos centros que sí responden de verdad a una necesidad social, no a un interés político.

“El Virgen del Rocío tenía una población inmensa que abarcar, y además había poblaciones alejadas a más de cien kilómetros del propio hospital. Por lo tanto se ubica correctamente”

Y el grado de satisfacción de la población que atiende es ciertamente alto.

“Este es el hospital de Andalucía con mejor índice sintético de calidad, es decir, con mejor media de todos los indicadores que la valoran desde la perspectiva del ciudadano. Un 95 por ciento recomendaría el hospital; casi un 96 lo considera confortable; y un 95,07 está muy satisfecho de la atención recibida”

- Me enunciaba antes los valores como elementos diferenciadores. Pero también la gestión. Hábleme de ella.

- **Nosotros tenemos una gestión autónoma tanto en la selección de personal como la contratación de todos los niveles de necesidad de aprovisionamiento. Tiene fundamentalmente recursos propios en lo que representa la atención sanitaria: médicos, enfermeras auxiliares...y las posiciones de gestión de soporte a estos grupos son propios del hospital. Buscamos siempre que esté con nosotros aquel que mejor sepa hacerlo. La prestación sanitaria ha de estar gestionada muy directamente porque está muy vinculada a los valores. Es cuestión de seleccionar, pero también de educar, proyectar y convivir. Pero el hospital tiene que estar limpio y la cafetería dar buen servicio, y aunque hayan de compartir conmigo los objetivos y los valores, no tienen que hacerlo necesariamente desde el punto de vista empresarial.**

- Vamos, que lo que no es atención sanitaria se externaliza con los que se consideran los mejores

- **Dan un servicio y nosotros les hacemos una aportación justa. Y lógicamente si no cubren con los objetivos que se les planea, no puede mantenerse y continuar. Y eso hace que las cosas vayan bien y marchen.**

La gestión eficiente y con valores se apoya también en una mirada al presente del Sistema con clara perspectiva de futuro. Hay que cambiar las cosas para que el Sistema pueda ser sostenible.

“El riesgo del Sistema se basa en la velocidad de la innovación y la medicalización de la sociedad, el tremendo consumo farmacéutico y el manejo de la industria de forma tremendamente inflacionista en cuanto a costes”.

Aboga por buscar nuevas fórmulas que se adapten a los tiempos que corren y a las necesidades que la población requiere, en el nuevo paradigma sociosanitario:

- **Queremos mantener hoy en día un modelo exactamente igual que en el año 84 Felipe González denominó como *Estado del Bienestar*, y quizás sea necesario hacer una revisión conceptual de este punto. Yo lo hago cada día. En 1990 teníamos 900.000 personas de 65 o más años. En el año 2050 va a haber más de 2 millones de personas. Y tener más de 80 años significa cronicidad. El modelo convencional hará *crack*. Por eso hay que plantear modelos alternativos de gestión transversal, tratamiento de la cronicidad, uso de las tecnologías.**

- ¿Y cuáles serían las claves para reestructurar el modelo actual?

- **Lo primero sería preguntarnos hacia dónde vamos.**

- Se lo pregunto a usted: ¿Hacia dónde vamos?

- Hacia un modelo que debe saber anteponerse a la cronicidad porque es uno de los problemas más gruesos que va a tener la atención sanitaria en los próximos años. Para ello debería enfocarse la solución desde el punto de vista de la relación transversal entre hospitales y atención primaria. Nuestro hospital se caracteriza por el trabajo continuo en relación directa con los médicos de familia de los pacientes y su seguimiento constante.

- ¿Se trata de orientarse, entonces, a las necesidades del ciudadano?

- Sin ninguna duda. Hay que tratar de ser eficientes y cubrir las necesidades de la población. Con este modelo transversal no sólo tenemos un seguimiento continuo de la evolución de los pacientes. Evitamos duplicidades y cada profesional puede estar ahí para lo que se le necesita”

- ¿Es aplicable esta máxima a las urgencias, a priori, incontrolables?

- La urgencia es incontrolable, pero el cómo gestionas tú esa urgencia para que no se te bloquee, si que es controlable. En un momento de alta frecuentación, si es necesario, además de a los médicos de urgencia puedes tener internistas en ese área para poder asesorar e ingresar a los pacientes con inmediatez en el hospital. Pero para ello hace falta dar altas precoces, pero que ese alta precoz esté soportado por el médico de familia y generar un bucle que sin duda alguna hace más eficaz el modelo de gestión. Gestión participativa lo denomino yo”.

Gestión participativa. Marca de la casa: coordinación en la asistencia y entre el centro y los pacientes:

- Tenemos un Consejo de Gestión compuesto por todos los jefes de servicio y los coordinadores de enfermería, que se reúne todos los meses para debatir los problemas, y hacer un seguimiento de lo que nos preocupa. Esto es participativo. Siempre he creído en ello, pero aquí está generando unos resultados muy avanzados. Gestión participativa con los profesionales, con los responsables de una organización tan compleja que en modelos verticales es imposible de gestionar”

- ¿Y con los pacientes?

- Conozco pocos espacios donde haya un foro como el que nosotros tenemos, para que participen los ciudadanos. Cada tres meses los representantes de organizaciones y asociaciones de la comarca se reúnen con la dirección. Los grupos vienen para ser informados sobre situaciones como la atención a la cronicidad, la atención de las urgencias, la accesibilidad, las listas de espera. Llevamos a cabo una acción transparente y creo en ello. Creo que es más fácil gestionar las dificultades con la población, indicándoles dónde están las dificultades y haciéndoles visibles problemas como el que puede ser la alta frecuentación y lo que conlleva. Y al mismo tiempo tienen la capacidad de exigir. Pueden reclamar al propio Sis-

tema sanitario público que no estamos cubriendo las necesidades de los ciudadanos. ¿Es posible esto? ¿El hecho de que haya ciudadanos, profesionales y organización tengamos un discurso más ágil, más transparente, más fresco? Yo opino que sí.

Gestión y valores para generar salud y no sólo actividad:

.- Porque la actividad por la actividad no tiene valor.

.- ¿Y cómo genera salud un hospital?

.- Trabajamos mucho el terreno de las proyecciones de futuro intentando poder abordarlas de forma rápida y ágil. Primero tenemos la teoría de que esté con nosotros el que mejor sepa hacerlo, así que hemos tratado de incorporar a los más cualificados de entre una de las generaciones más técnicas. Y además lo conjugamos con la inversión en innovación. El hospital nace digital, donde la historia clínica está informatizada desde el primer día. Las imágenes aquí se trasladan, viajan y las utilizan todos los profesionales. El conocimiento que manejan los profesionales rápidamente se transfiere. Los laboratorios son automatizados desde el primer momento por lo tanto los niveles de eficacia y eficiencia son muy altos, porque muestra que sale del servicio de urgencias o de una planta llega al laboratorio y a las dos horas está el resultado en la planta, esto nos evita sin duda alguna muchas dimensiones de ineficiencia. Es un hospital que nace desde el primer día con herramientas ágiles y ligeras.

Nuevas fórmulas de gestión que serán las que eviten que perdamos la Sanidad pública de calidad que tenemos. Fórmulas que necesitan, por supuesto, de una mayor coordinación entre todos los Servicios sanitarios:

“Hay elementos que han de ser intercomunitarios. Las 17 Comunidades Autónomas deberían trabajar en común servicios cuya acción va a repercutir en un resultado común. De la misma forma habría que fijarse la excelencia como objetivo, y eso también pasa por compartir las mejores experiencias. Además las estructuras verticales son inviables para poder organizar el futuro de organizaciones tan complejas como el sistema sanitario. Y algo más: los presupuestos deberían ser finalistas y todas las comunidades deberían ponerse de acuerdo en elementos base y clave contra la fragmentación de la sanidad”

Y una política decidida y eficaz de Salud Pública:

“Con el modelo actual, el convencional, no podemos dar respuesta a la que se viene encima con el envejecimiento de la población. ¿Por qué tenemos que plantear más hospitales si podemos plantear nuevos modelos alternativos? Hay que empezar a trazar una estrategia de política de Salud Pública sostenible porque lo

mejor que le puede pasar a un Estado es tener a la población correctamente atendida. La salud tiene que estar financiada desde la perspectiva pública en las dimensiones claves, no básicas, sino claves. Pero ha de ser gestionada de forma eficiente. Y los hospitales creo que han de denominarse como públicos puesto que lo que nos hace igual a los ciudadanos es el igual acceso a la salud independientemente de tu nivel de renta. Y esa es una apuesta del Estado. Lo mejor que puede tener un país es una población sana”

MARIA BLASCO
Directora General del CNIO

“La flexibilidad, la evaluación y la renovación, nos permiten estar siempre a la última optimizando nuestros recursos”

Directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, donde fue directora del Programa de Oncología Molecular, y vicedirectora con Mariano Barbacid. Es bióloga, doctorada en Bioquímica y Biología molecular por la Universidad Autónoma de Madrid. Su tesis fue dirigida por Margarita Salas. Ha investigado en el Cold Spring Harbor Laboratory de Nueva York y ha sido jefa de grupo en el Centro Superior de Investigaciones Científicas, CSIC en el Departamento de Inmunología y Oncología del Centro Nacional de Biotecnología. Forma parte del Consejo Ejecutivo del EMBO (European Molecular Biology Organization) y de la Academia Europea. Es una de las líderes internacionales en la investigación de los Telómeros y la Telomerasa, que son importantes determinantes de la salud.

El Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas es un territorio de excelencia en el ámbito de la Salud, por los resultados de su trabajo y por la forma en que lo organiza. Pertenece al grupo de los grandes centros de investigación biomédica del mundo, y a pesar de ser público, nadie tiene en él plaza fija: sólo se quedan los muy buenos.

Ese privilegio de origen de depender del Estado pero tener flexibilidad suficiente para mantener la excelencia, es la clave de su éxito.

“El CNIO lo hacemos eficiente teniendo un sistema de toma de decisiones, de rendición de cuentas, muy flexible y muy ágil. Se revisa continuamente el trabajo de los grupos, con la asesoría de un consejo externo integrado por científicos de élite de todo el mundo. Los grupos que vienen aquí a trabajar saben que sólo se pueden quedar si son no buenos, excelentes. Esto es una diferencia fundamental

con otras instituciones públicas de investigación donde con una plaza de funcionario da igual cómo te evalúen, porque nada cambia.

El CNIO es el primer centro de investigación de cáncer en España, y está entre los cinco mejores del mundo. Su implicación con el Sistema Nacional de Salud se concreta, según nos cuenta su directora, en acuerdos con hospitales públicos y privados para la realización de ensayos clínicos en “fase temprana”

.- El CNIO tiene un programa de investigación clínica centrada fundamentalmente en cáncer de mama, cáncer de próstata y cáncer gastrointestinal, sobre todo páncreas. Recientemente lo hemos ampliado a cáncer de pulmón y tumores hematológicos. Hay dos modalidades: o bien nuestros oncólogos tienen aquí sus laboratorios y se van al hospital a ver pacientes, o bien oncólogos de los hospitales vienen al CNIO y les ofrecemos espacios de laboratorio, este es el caso de las últimas dos incorporaciones. Con los grupos clínicos lo que hacemos es ensayos clínicos en fase temprana

.- Como se hace en los grandes hospitales de referencia internacional...

.- Suelen tener el hospital integrado, en nuestro caso no es así, y por ello hacemos acuerdos de asociación con hospitales. Nuestra singularidad, y esto es muy importante, es que tenemos investigadores básicos de calidad cerca de oncólogos que lideran ensayos clínicos. Por eso es fundamental para nosotros asociarnos con el mayor número de hospitales: nos supone investigación, desarrollo y crecer en conocimiento científico...

.- Y cabe pensar que también hay beneficio para los pacientes

.- Tanto como tener acceso a nuevos fármacos y por lo tanto mas opciones terapéuticas. Uno de los grandes retos en la investigación contra el cáncer en este siglo XXI va a ser conseguir acortar el *gap*, la distancia que hay entre un descubrimiento básico y el que haya un nuevo fármaco.

Tres son sus direcciones fundamentales de trabajo en la investigación de *alto impacto*:

.- Un programa de desarrollo de fármacos, de moléculas de actividad contra el cáncer muy novedoso, porque acerca el mundo de la investigación básica, del descubrimiento, y el del desarrollo de fármacos. En el CNIO lo tenemos todo dentro del centro, el investigador básico excelente que es un líder mundial en un determinado campo y a los químicos médicos que pueden desarrollar el fármaco. Lo que hacemos es intentar llevar el descubrimiento básico a un paquete de des-

arrollo el fármaco en estadios iniciales que ya sea atractivo para la *Big Pharma* que nos lo licencia para llevarlo a ensayos clínicos.

.- ¿El CNIO no hace ensayos clínicos?

.- **No directamente, cuesta mucho dinero y no lo tenemos, no lo podemos hacerlo. Pero sí los de fase temprana mediante la colaboración con hospitales, que acabo de comentar, que es otra de las direcciones de trabajo del CNIO. Una vez han salido adelante los ensayos clínicos se aprueba y se pasa a tratar a pacientes, pero los comercializa una empresa farmacéutica.**

.- Por tanto, descubrimientos que se licencian a una empresa farmacéutica para su posterior desarrollo clínico, ensayos clínicos en fase temprana en colaboración con hospitales públicos y privados, que financia también la empresa farmacéutica ¿Y la tercera dirección de trabajo?

.- **Acuerdos con la industria farmacéutica como centro asociado para investigación e innovación. La empresa nos financia proyectos básicos muy innovadores, para los cuales es difícil conseguir financiación pública para después poder comercializarlos conjuntamente. Es diferente a todo lo anterior, porque aquí lo que hace la industria es asociarse a centros de investigación de excelencia para intentar también ellos tener acceso a los conocimientos mas punteros.**

La esencia de este modelo investigador, apunta María Blasco, no es sólo que se acerca la investigación básica a la clínica, el descubrimiento al paciente, sino que se apuesta por aquello en lo que se es líder.

“Donde tengamos un líder de investigación, ahí está el CNIO poniendo todo su esfuerzo, ¿Por qué? Porque es la única manera de competir con éxito, de ser excelente, no hacer lo que hacen todo los demás”

El problema, claro, es la financiación. Se trata de un centro público que busca también recursos en el mercado:

.- **La mitad de la financiación del CNIO es lo que llamamos subvención nominativa, que es asignada vía presupuestos del Estado. El resto, los conseguimos de manera competitiva bien con fondos públicos, fondos estatales de investigación o de la Unión Europea, o privados.**

.- ¿El ser público no limita su capacidad a la hora de negociar apoyos?

.- **No, porque somos fundación y tenemos flexibilidad de gestión. Todos los acuerdos con empresas farmacéuticas o los convenios con los hospitales son aprobados en última instancia por la Comisión Delegada del Patronato, cuya presidenta es Carmen Vela, la Secretaria de Estado de Investigación, que depende del Ministerio**

de Economía; pero hay mucha flexibilidad. Donde no tenemos tanta, es en la contratación de personal.

- Como en todo el sector público, supongo..

- Aquí no somos funcionarios, pero nos han tratado como funcionarios. En el CNIO tenemos contratos laborales, pero hay un altísimo porcentaje de contratos por obra y servicio, que van asociados a un proyecto. Hay muchos investigadores contratados así. Hace año y medio el gobierno restringió con un cupo el número de contrataciones de personal público que podían hacerse, de tal manera que sólo podíamos renovar el 10 por ciento.

- Otra forma de recortar que os ha afectado.

- Si, nos a afectado mucho. Además, el Centro tuvo dos recortes de un total del 10 por ciento de la subvención nominativa, 5% con el último gobierno socialista y 5% el primero del PP, eso nos afectó económicamente, pero la verdad es que ha sido poco comparado con otras instituciones. Nos perjudica más esa falta de flexibilidad que hemos perdido en la contratación de personal porque ahora dependemos del cupo que saque la subsecretaría del ministerio de Economía, cuando antes simplemente si teníamos dinero contratábamos y si no teníamos, contratábamos menos.

Constata y reconoce la responsable del CNIO que **“hay menos dinero para investigar, tanto público como privado, y eso nos preocupa”**.

Esa falta de financiación se está notando más en los proyectos competitivos que en la subvención nominativa:

- Hay menos financiación de los proyectos, por lo tanto, hay mucha más competitividad para conseguir el dinero y eso sí lo estamos notando. No en el dinero que nos llega del Estado directamente, que ahí si nos hemos ajustado y hemos optimizado, de hecho hemos conseguido mantener la excelencia del centro gracias a optimizar...No, el problema es que una vez que un investigador está aquí tiene dificultades para conseguir dinero competitivo. Y si no lo consigue, no hay proyecto y no hay investigación.

- ¿No aporta fondos el CNIO?

- Lo que ponemos a disposición de un director de investigación de un proyecto es personal del CNIO, que es muy importante, y acceso y financiación a los servicios que el investigador también paga. Lo subvencionamos, pero en parte. Y ahora mismo ese caldo de cultivo de proyectos competitivos, está mal...

- ¿Por la crisis?

- Si, porque hay menos dinero para investigar

Como centro de investigación de excelencia, el CNIO observa el debate sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en esa particular vertiente de lo público frente a lo privado, con atención pero también con cierta distancia

“Nos afectaría en la medida en que pudiera cambiar el funcionamiento de las unidades médicas con las que estamos asociadas. Pero tenemos acuerdos con hospitales de gestión privada y de gestión pública. O, por ejemplo, con la Fundación Jiménez Díaz, que es el modelo mixto. El CNIO no tiene un convenio único, sino que para cada caso se hacen convenios, marcos específicos en los que se fija la forma de colaboración. De modo que, en ese sentido, nosotros no sufrimos esas cosas porque no somos un hospital, somos un centro de investigación aunque nos asociemos con los hospitales”

Prefiere María Blasco no pronunciarse con respecto al presente y el futuro del Sistema Nacional de Salud, pero reivindica y exhibe buscar y mantener la excelencia con una gestión eficiente, ágil y una toma de decisiones que responsabiliza a todos y exige rendimiento de cuentas.

“Los directores de los distintos programas y los responsables del centro nos reunimos mensualmente, y son reuniones ejecutivas en las que se decide todo lo relativo al funcionamiento del Centro. Entre otras cosas, si queremos traer una nueva línea de investigación, quién va a ser la persona que lidere esa línea, etc. Luego hay un sistema de evaluación constante, renovación y optimización de recursos”

DANIEL CARREÑO
Presidente y CEO de General Electric España y Portugal

“Es imperativo medir el Sistema y digitalizar toda su información para empezar a saber hacia dónde queremos ir”

Daniel Carreño, exPresidente de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, FENIN, es Presidente y CEO de General Electric para España y Portugal. Antes fue responsable de la división de Salud de GE. Ha sido responsable de Administración y Finanzas de la división de Salud de Hewlett-Packard. Es Licenciado en Economía y Derecho por la Universidad Pontificia de Comillas y PDD en IESE Business School de la Universidad de Navarra.

Desde una mirada franca, consciente y muy documentada al presente tecnológico, Daniel Carreño nos pone ante una realidad sorprendente pero también preocupante, porque revela con claridad cómo nuestras posibilidades de eficiencia en la Salud son infinitamente mayores de lo que sabemos o incluso imaginamos. Lo inquietante es que la distancia entre el problema y la solución tiene que cubrirse con el valor y la determinación del que no parecen andar sobrados los gestores políticos. De modo que tendremos que ser los ciudadanos los impulsores del cambio.

“Como sociedad, si somos capaces de trasladar que esto es una prioridad para nosotros, yo creo que los partidos políticos escucharán. Otra cosa es que después actúen en consecuencia. Pero no suelen tardar demasiado en percibir cuáles son las verdaderas preocupaciones de la sociedad”

¿De qué cambio estamos hablando? ¿A qué preocupación hace Carreño referencia?

Un ejemplo:

“La posibilidad de comparar información en tiempo real de cualquier equipo o cualquier instrumento a través de internet, es una de las grandes dinámicas trans-

formadoras de la sociedad en este momento. Hay dispositivos con sensores que envían todo tipo de datos en tiempo real. Con esa información y utilizando estadísticas previas recopiladas y analizadas, se pueden establecer patrones con un altísimo porcentaje de posibilidades de que se produzca un hecho concreto. Y le pongo un ejemplo: podría suceder que usted esté practicando un deporte y reciba de repente una llamada: *“Señor Lucas, no quiero alarmarle, pero mire, según la información que en tiempo real nos están transmitiendo los sensores de su camiseta, tiene usted casi un 80 por ciento de posibilidades de sufrir un infarto, de modo que, si es tan amable, acérquese al centro sanitario más próximo”*. Esto no es ciencia ficción, puede hacerse ya. Si el diagnóstico precoz es absolutamente clave, imaginemos si podemos saltar del diagnóstico precoz a la prevención”

Parte el expresidente de Fenin y CEO de General Electric España, para su análisis y conclusiones, de algunas consideraciones previas que son realidades presentes y nos obligan a actuar

“Como consecuencia de la crisis, el nivel de obsolescencia de la tecnología ahora mismo ya no se corresponde con el peso económico que como país tenemos. En el conjunto de las actividades económicas la obsolescencia en el equipamiento equivale a ineficiencia, es decir, no estás incorporando ninguna de las últimas ventajas. Pero en el caso de la Sanidad el impacto no es sólo económico sino también social. Si estás diciendo que no tienes el último escáner que en algunos casos supone una reducción de dosis de hasta el 90 por ciento, significa que estás radiando a la población en unos niveles que hoy ya son claramente mejorables. En segundo lugar, los sistemas de información. La posibilidad de acceso a todos los datos que permite la tecnología. No tiene sentido que nos autolitemos por no dotarnos con los mejores medios, que ya no son cuestionables, sino que son clave. Con herramientas informáticas, el poder centralizar la información, digitalizar la información es esencial. Y eso lleva parejas muchísimas consecuencias de índole organizativa. Si tu tienes la información digitalizada y accesible independientemente del lugar en el que se encuentre el paciente, vas a poder dar mejor respuesta a realidades que hoy son dinámicas generadoras de mucho coste en nuestro sistema. Por ejemplo, no necesitas ya tener una persona cerca del paciente porque has tomado su imagen allí donde está y una persona que tiene un nivel técnico de competencia mayor que el que está atendiendo al paciente en ese momento le asesora sobre las decisiones a tomar.”

Y sin embargo, a día de hoy, en este siglo digital y este mundo superconectado, es imposible que un médico pueda tener toda la información sobre un paciente por-

que en la Sanidad esa interconexión no existe.

“La Agencia Tributaria está absolutamente informatizada desde hace décadas. Tu puedes cambiar de trabajo, de país, o de domicilio, que tus ingresos y tus gastos te siguen a todas partes porque la administración tributaria tiene acceso y visibilidad de forma centralizada a todos los datos. En la administración sanitaria hoy no es posible acceder a toda la información que ya existe sobre nosotros.”

Falta de información que resta eficacia al Sistema, porque no sólo obliga a duplicar diagnósticos y pruebas, sino que puede conducir a decisiones erróneas que además entrañen terapias costosas e ineficaces.

“Cuando un profesional sanitario va a tomar una decisión diagnóstica, hoy por hoy no cuenta con todos los elementos que facilitarían que esa decisión fuera acertada. Eso tiene implicaciones tan importantes como una mayor estancia hospitalaria para repetir una serie de pruebas que no serían necesarias y que evidentemente tienen un coste económico y social porque algunas de ellas tienen elementos accesorios que son potencialmente tóxicos. Como consecuencia de esa mayor estancia hospitalaria puedes incurrir en riesgos adicionales, como infecciones...y por último un diagnóstico erróneo limita las posibilidades de recuperación y puede entrañar terapias costosas erróneas que al mismo tiempo no resultan suficientes”

Perjuicios económicos y perjuicios sociales. Algo difícil de admitir cuando a nuestro alcance está la posibilidad de evitarlo.

.- Es una necesidad imperiosa que de forma inmediata todos los profesionales sanitarios cuenten con toda la información relevante sobre las personas y las actividades que están desarrollando. No podemos permitirnos que la partida que representa el mayor coste a nivel comunitario no cuente con la información necesaria.

.- Si técnicamente es posible, ¿por qué cree usted que no se hace?

.- Porque no hay una clara demanda social ni una voluntad real de hacerlo. Y entraña además una serie de dificultades relacionadas con las transferencias. Esto pasaría por que se pusiesen de acuerdo 17 comunidades autónomas. Técnicamente es posible. Y no sólo eso. Es algo, como dirían los ingleses, *selfpaid*, porque el dinero que inviertas en esa transformación lo vas a recuperar en eficiencias en un tiempo extraordinariamente corto.

Para Daniel Carreño la medida más urgente para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud es precisamente tomar medidas:

.- Tenemos un buen sistema sanitario, pero está inmerso en una dinámica que es la misma en todo el mundo y es que el nivel de gastos crece más rápido que el

nivel potencial de ingresos. Eso es una tendencia que inevitablemente nos aboca al desastre. Debemos asegurarnos que el gasto es el más eficiente posible y estamos lejos de que sea así

- ¿Cuál sería entonces el primer paso para la solución?

- Lo que no se mide no se puede mejorar. Si no sabes dónde estás difícilmente te vas a poder comparar, difícilmente te vas a poder segmentar y decir dónde tengo las partidas de mayor ineficiencia. Es fundamental que cuanto antes incorporem el sistema de medida a nuestro modelo más que nada porque si estamos de acuerdo en que esto no puede continuar y que nos gastamos muchísimo dinero, tenemos que estar seguros de que cada euro que nos gastamos se hace de la manera más eficiente.

- Tomar entonces, las “medidas” a nuestro Sistema, saber lo que tenemos...

- Yo creo que hay sectores donde el volumen importa y en este caso, en el Sistema sanitario más que ningún otro. Porque hay muchísimas sinergias posibles. Evidentemente, si contamos con una población de 46 o 47 millones de habitantes y tenemos una red hospitalaria, debemos empezar a buscar las sinergias en el conjunto de esa red hospitalaria. Eso por un lado. Y después, partiendo de ese punto de salida, de esa situación donde ya contamos con un sistema informático que nos permita digitalizar el conjunto de la información y le permita el acceso a los profesionales y a los usuarios desde cualquier lugar en que se encuentren dentro o fuera de España, ahí si que tenemos que plantearnos qué modelo queremos tener de cara al futuro.

- ¿Y cuál ha de ser ese modelo?

- No existe un modelo único. Cada país, cada población, cada economía tendrá su respuesta y además no tiene por qué ser inmutable, es decir, se irá transformando a lo largo del tiempo. Y la presencia de la tecnología será extraordinariamente importante.

- ¿En qué sentido?

- Hay dos dinámicas que están transformando profundamente la sociedad, y la Sanidad no se sustrae al conjunto de actividades humanas. Una es internet, lo que comentaba antes de la posibilidad de obtener y comparar información en tiempo real. La segunda dinámica es la aparición de nuevas técnicas de manufactura y nuevos materiales. Históricamente, la humanidad ha sido sustractiva: coges un molde, un bloque grande y sobre eso, quitas. Ahora estamos pasando a la manufactura aditiva: se construye con mucho menos desperdicio y sin límites de formas porque se hace digitalmente. Y en cuanto a los materiales la tecnología permite la mezcla puesto que estamos hablando de polvo y eso abre muchísimas posibilidades porque realizas las proporciones que te interese para cada situación

concreta. Eso trasladado al entorno sanitario, prótesis, órganos...Lo que está por venir es absolutamente disruptivo y transformador.

.- Pues entre el punto de salida al que hacía referencia antes, y en el que todavía no estamos y esta realidad de futuro tan cercano, parece que queda bastante trabajo por hacer.

.- Claro, y ese es el camino que tenemos que decidir cómo lo queremos recorrer. Y esa decisión es una decisión que debe de ser coral, que debe de ser tomada por el conjunto de la sociedad. Los gestores, los profesionales, esto no puede cambiar si no hay un verdadero compromiso por parte de los profesionales.

.- Y supongo que de las administraciones...

.- Las administraciones tienen que ser capaces de permitir que los servicios se autogestionen o que los profesionales se autogestionen garantizando unos niveles de servicio, unas limitaciones presupuestarias, unos niveles de calidad que tienen que ser comparables, y para eso hay que estandarizar y par poder estandarizar necesitamos poder medir. Y ese es, repito, el punto de partida, a partir de ahí, como decía antes, el modelo. La gran ventaja es que no es necesario inventar la rueda, que todo está inventado y podemos mirar en los países de nuestro entorno y ver los modelos que están aplicando.

.- Pero parece difícil un acuerdo entre todos los actores de la Sanidad, sobre todo entre los políticos.

.- Si tu no gestionas el cambio, el cambio te va a gestionar a ti. Con este punto de partida y siendo tan visible el riesgo que corremos, porque ves la divergencia tremenda que se produce entre ingresos y costes, yo creo que la sociedad demandará algo que las administraciones tendrán que satisfacer

Ciertamente, hablamos de volúmenes insostenibles: los 64 millones de euros que constituyen el presupuesto de Sanidad, es aproximadamente lo que se recauda cada año por IRPF. Eso obliga a actuar. Alejando, además, de ese ámbito de actuación el debate, a su juicio inexistente, entre la Sanidad pública y la privada: **“porque es un debate inútil, debemos ir a una buena sanidad siendo conscientes de que los ingresos nunca van a poder crecer al ritmo de los gastos, con lo que habrá que recortar las prestaciones, lo que sería una tragedia si antes no nos hemos asegurado de que estamos gastando eficientemente los presupuestos con los que contamos”**

Reconoce, con todo, que en los últimos años se han producido cambios positivos, como el plan de pago a proveedores o los planes para corregir la obsolescencia

con presupuestos especiales o mecanismos como la compra pública innovadora y las compras centralizadas.

“Pero queda mucho camino por recorrer. La sociedad debe presionar más, los profesionales deber ser conscientes de que tienen que asumir un rol diferente y responsabilizarse del cambio, y la administración dotar de las unidades de medida para auditar el sistema y ser conscientes de dónde estamos y hacia dónde queremos ir. Hasta entonces, no estaremos haciendo todo lo que es posible hacer”

MIGUEL CARRERO
Presidente de PSN

“No se gestiona con criterios profesionales y se ha postergado al médico, que se está deshumanizando”

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional, un grupo de empresas que ofrece servicios a profesionales y colegios profesionales universitarios.

Es Licenciado en medicina y Cirugía, especialista en Traumatología y diplomado en Medicina Escolar y Medicina de Empresa. Ha sido presidente del Colegio de Médicos de La Coruña, y traumatólogo en el Gran Hospital Real de Santiago y en el Juan Canalejo de Coruña.

Para el doctor Carrero, traumatólogo, enamorado de una profesión que, **“desgraciadamente se está deshumanizando”** el Sistema Nacional de Salud necesita **“una transformación muy seria porque está obsoleto, no ha sabido adecuarse a la realidad de hoy”**.

Un cambio que considera urgente y que basa en dos fundamentos a su juicio irrenunciables:

“Libertad y valor; libertad para elegir y decidir, y valor para medir porque la Sanidad pública en España no ha sido aún realmente dimensionada”

Se pregunta si podemos permitirnos 17 administraciones sanitarias, para afirmar que es **“un despropósito”**; y añade además, que ese esquema de competencias rompe la equidad: **“Es más fácil atender aquí a un sueco que a un gallego, y por la misma receta no pagan lo mismo en todas las comunidades autónomas”**

.-¿Por dónde habría que empezar el cambio?

.- **Por medir, por parametrizar. La Sanidad pública no está parametrizada, no tenemos valores reales y los hospitales no los quieren dar porque no quieren com-**

pararse con la gestión privada. Y hace falta medir y decidir, hacer estudios serios sobre dónde estamos y cuál es la realidad de la situación. Hay que ir a un sistema donde se pueda elegir, donde coexistan pública y privada, que gestione quien mejor capacitado esté.

.- ¿La libertad para elegir y decidir?

.- **Mi receta de la Sanidad es una receta de libertad. Libertad, sí, para elegir centro, para elegir el médico que te ofrezca la confianza. Pero libertad y confianza no sólo para el paciente, también para el propio médico, que pueda disponer de los medios necesarios para atender y curar si es posible. Y libertad también de los gestores sanitarios para gestionar la Sanidad sin presiones políticas. El estado es el garante, pero no puede ser el juez del servicio que está dando. ¿Por qué todo tiene que ser público? Lo que tiene es que ser eficiente. O público, o privado; donde el enfermo quiera ir**

.- Pero si tu pagas tus impuestos, puedes y debes exigir al Estado que te proporcione una Sanidad pública de calidad.

.- **Pero no tiene que gestionarlo él directamente. ¿Por qué tiene que ser de titularidad pública? Yo creo que hay una conciencia general de que la administración pública está enormemente dimensionada, y además es del siglo XIX. El funcionario antes accedía a su puesto primero porque aprobaba unas oposiciones y demostraba un saber en una materia concreta que no cambiaba. Sus conocimientos eran los mismos cuando empezaba su vida laboral y cuando terminaba. Hoy, a los cinco años, tus conocimientos están desfasados, ya tienes que aprender de otra manera. Por tanto, no se justifica sacar una plaza para toda la vida. De la misma forma que antes se decía que el funcionario estaba mal pagado, hoy cobra un buen sueldo y tiene una buena protección social. ¿Podemos mantener hoy tres millones de funcionarios?**

La inequidad del Sistema no es sólo cuestión del modelo autonómico. Según el presidente de PSN, nuestra Sanidad ni es gratuita ni es universal:

“Porque tiene enormes carencias en cualquier de esos aspectos y tampoco es igual para todos. La estamos pagando todos los españoles, pero a veces quienes más pagan son los que menos servicios tienen porque no pueden permitirse estar en las listas de espera. Eso sucede a menudo con los empresarios y los autónomos, que cotizan, pero no pueden permitirse estar sin trabajar. Una persona con contrato laboral, sigue cobrando aunque esté de baja. Y ahí, por cierto, hay una bolsa de fraude que habría que atacar y eso sí podría ser una fuente importante para recuperar recursos en Sanidad. Como lo es la distribución de las camas de una manera más razonable”

O la compensación que está haciendo la Sanidad de los Servicios Sociales:

“La asistencia social, la dependencia...son aspectos que están muy desatendidos. La Sanidad es vicariante, sustitutiva de una falta de asistencia social, y eso es carísimo”

Desde el punto de vista de Miguel Carrero, el problema central del Sistema de Salud es **“ha vivido por encima de sus posibilidades, y no ha sabido adaptarse a la evolución técnica y científica que se estaba produciendo”**.

Y la crisis ha puesto en evidencia **“una insuficiencia económica del sistema que no se puede mantener, no podemos seguir gastando esa barbaridad”**

Recuerda que hasta que estalló la crisis y el Estado se vio obligado a controlar el déficit, la Sanidad había vivido a crédito desde el punto de vista financiero y también desde el punto de vista social:

.- La satisfacción del público con el Sistema, hizo que no se tuviera la previsión que se tenía que tener, porque...¿para qué vamos a cambiar una cosa que tiene un 70 o un 80 por ciento de satisfacción entre la población? Ni lo toques, déjalo estar. Si el objetivo son los votos...

.- ¿Y qué hacemos ahora?

.- Gestionar bien, porque el futuro que viene trae un gasto terriblemente creciente. Ahí están las nuevas terapias personalizadas y genómicas...asustan sus posibilidades. ¿Hasta dónde puede el Sistema mantener eso? Yo creo que no se puede. Sinceramente, pienso que hay que ir a un catálogo de prestaciones, a fijar lo que puede dar y no dar la Sanidad pública. Y, desde luego, introducir un copago. Pero un copago que sea disuasorio, contrario al que se ha hecho aquí. De la Sanidad pública se abusa muchísimo, y ese abuso lleva a un consumo excesivo. Si se gestionara con unos criterios eficientes como se puede hacer en la actividad privada habría muchísimos mas recursos disponibles para lo necesario. Pero seguimos teniendo una falta de adecuación del Sistema a la realidad de hoy. Le pongo el ejemplo de las camas hospitalarias: seguimos teniendo las mismas o algunas más, pero son camas fundamentalmente de agudos cuando la patología de agudos hoy prácticamente no existe. Y potenciar la atención primaria, volviendo a la idea del médico de cabecera, de lo que ha sido siempre el médico de familia: esa persona que conoce de una manera integral a la familia y su entorno.

Surge aquí el Carrero más profesional y cercano, el médico que evoca su idea de una medicina integral, próxima y de confianza; de un calor en el acto médico que, a su juicio se está también perdiendo

- La concepción del hombre enfermo es una concepción integral. Tu tienes que verlo desde el principio, tienes que establecer una relación de verdad para que también él genere confianza contigo y puedas sacarle toda su sintomatología. La medicina psicosomática funciona y ayuda muchísimo. Si realmente quiero hacer algo por el paciente tengo que atender su integridad, abarcar la naturaleza del enfermo, del ser humano. Tan importante como la enfermedad en sí es lo que produce la enfermedad en el hombre, y en uno produce una cosa y en otro produce otra. Y la interpretación que le da uno o le da otro son completamente distintas. Esa grandeza de poder interpretar...ahí es donde hay verdadera ayuda al ser enfermo y eso es importantísimo, no tenemos que perderlo de vista. Son compatibles los adelantos científicos y las mejores técnicas con la humanización. Lo que hace falta es darle importancia también a la humanización.

- Complicado, si estás sometido a protocolos concretos y en las consultas a límites temporales para atender a los pacientes...tantos en tantos minutos, y si no, no estás cumpliendo...

- Es que hay que valorar mucho cómo se intermedia la asistencia sanitaria. Tu no puedes llegar y decir: "un enfermo cada siete minutos". Eso rompe todo. Tu tienes una consulta y este médico puede hacer diez consultas en tres horas y este nada más que ocho. Y tan eficiente es uno como otro. Es que no somos número solo, somos mucho más que números y eso es lo que no podemos perder de vista. Cuántas veces ejerciendo, tienes en cuenta protocolos de actuación y guías terapéuticas y te encuentras con un caso concreto que no va así, que sabes que no puedes empeñarte en aplicar el protocolo. Y haces lo que tienes que hacer, aún a riesgo de que si algo sale mal ten van a pedir cuentas por no haberlo aplicado. Pero no puedes protocolizar algo que es tan humano como la variabilidad, como la fragilidad. Es imposible.

- En Medicina, dos y dos no son cuatro...

- No. Y llegas al mismo sitio por varios caminos. En este sentido el médico sigue teniendo un protagonismo indiscutible. Pero choca precisamente con la forma que se está elaborando en la Sanidad pública, en su gestión. Hay una disociación entre la gestión y la profesión. No se gestiona con criterios profesionales y se ha postergado al médico. Y en la gestión sanitaria tienes que contar con los profesionales.

- Hay quien se queja del excesivo poder de los médicos.

- A ver: el poder decisorio de los médicos no es cuestionable y lo están cuestionando. Muchos gerentes pretenden imponer en vez de buscar un acuerdo.. Y a veces con muy escasa profesionalidad. Un gerente necesitaría pasar por la profesión, necesitaría años de ejercicio profesional; no puede estar gerenciando sin

saber lo que es el ejercicio de la profesión, sin saber lo que es un enfermo, sin saber lo que hace falta hablar con un enfermo.

Lamenta que la tecnificación de la Medicina la esté **“deshumanizando”** e insiste en reivindicar la comunicación directa y comprometida con el paciente:

“Somos dos actores. Lo que decía Laín Entralgo, uno que necesita ayuda y otro que está en condiciones de poder ayudar. Y esa comunicación ni se puede perder ni mediatizar. Tenemos que ser nosotros y que nos dejen libremente”

Gran parte de la responsabilidad de esa situación está en el avance tecnológico:

“La medicina se ha tecnificado muchísimo. Se ha hecho más resolutiva porque contamos con unos medios y unos avances científicos muy grandes, pero el calor del acto médico, del acto humano, se está perdiendo muchísimo. Con las prisas y las velocidades y la exigencias, no hay tiempo para detenerse, mirar, auscultar...y se sustituye eso por pedir pruebas que muchas veces ni se miran. Lo cual además de empeorar la calidad humana resulta más caro, porque implica más gasto. NO digo que no exista esa calidad, pero se está deshumanizando mucho. Y de ese modo pierde también el paciente. Yo tengo una gran preocupación por la falta de humanidad en la profesión médica porque, como digo, creo que lo más importante precisamente de esa relación médico-enfermo es precisamente ese calor humano. El paciente necesita de alguien que sea capaz de entender su más íntima naturaleza, su alma; ese tiene que ser el médico. Y sin embargo, parece como si cada vez hubiera menos médicos y más trabajadores de la salud.

CRISTINA CONTEL

Presidenta FNCP. Federación Nacional de Clínicas Privadas

“Al sector privado le toca ahora ser el motor de arrastre para sostener el Sistema Nacional de Salud”

Cristina Contel, Presidenta de la Federación Nacional de Clínicas Privadas y de la Asociación Catalana de Entidades de Salud, Vicepresidenta del Comité Ejecutivo de la Asamblea General de la Unión Europea de Hospitales Privados (UEHP), y miembro del Comité Ejecutivo de la CEOE. De formación jurista, en el año 2000 saltó al sector sanitario al tomar las riendas del negocio familiar, una policlínica en El Vendrell, Tarragona.

Cristina Contel reivindica, desde la presidencia de la Federación Nacional de Clínicas Privadas, el papel del sector sanitario privado en la sostenibilidad y mejora de un Sistema Nacional de Salud que entiende como **“uno de los pilares básicos de todo Estado de Derecho”**.

Parte del concepto unitario de servicio sanitario como un todo en el que converge el compromiso de prestación de un servicio público, por parte de entidades públicas y privadas.

“Sanidad sólo hay una, y la privada es una parte de ese todo. Hay una provisión pública, financiada por el Estado mediante impuestos y una provisión privada donde unos empresarios aportan sus recursos propios creando riqueza y generando puestos de trabajo. Pero el objeto social que ambas provisiones persiguen es el mismo, la prestación de un servicio público, la sanidad; y ambas deben de contribuir a la mejora del sector y a la sostenibilidad del sistema sanitario.”

En España hay más de 300 clínicas privadas cuyo negocio sigue creciendo con in-

gresos anuales superiores a los 6.500 millones de euros. Según la Encuesta sobre Aspectos de Gestión en Centros Sanitarios de 2014 que realizó la propia FNCP, el 66% de los centros tiene algún concierto con la Administración.

.- ¿Complemento?. Depende de para qué necesitemos el complemento, pues tanto un pañuelo de bolsillo o unas botas de montaña son prendas de complemento, pero si lo que pretendemos es subir a una montaña, del pañuelo podremos prescindir ... pero no de las botas. Prefiero ser y sentirme parte del Sistema, no un complemento. En mi opinión el ámbito sanitario público y privado, son vasos comunicantes, y por tanto la idea de que cuanto peor vaya la pública, mejor irá la privada, no la comparto en absoluto.

.- Lo cierto es que la caída de la financiación pública (de casi 4.000 millones en 2012) no parece ajena al incremento en las pólizas de seguros privados...

.- Deberíamos de analizar de qué incremento hablamos. ¿De pólizas de salud colectivas, donde los contingentes que negocian tienen un poder de presión a la baja de las tarifas que nos sitúan a niveles de 2006, o de pólizas individuales, donde el mercado asegurador ha canibalizado las pólizas, en una guerra sin cuartel?

Si es verdad que algunos ciudadanos con doble cobertura y algunos otros, acceden hoy a nuestras entidades privadas con mayor frecuencia, pero la realidad es una, y muy tozuda: en el sector privado estamos trabajando más, con más costes y a menor precio, luego los resultados son mucho menores. Así y todo, creo en la firme apuesta por nuestro sector para salir de la delicada situación en la que se encuentra el sistema sanitario.

.- ¿En qué sentido la privada puede arrastrar?

.- El planteamiento es que partimos de que hay una Sanidad y tiene que ser sostenible. Los recursos de los que disponemos, son limitados y deben de optimizarse al máximo, adecuándolos al perfil de cada paciente. Para ello tenemos que contar con todos los recursos sanitarios existentes en España, con independencia de que tengan un origen público o privado, y apostar por ellos en función de criterios objetivos, de coste-efectividad, calidad y eficiencia. Si la privada es más eficiente, logra optimizar sus recursos y abaratar determinados procesos, ¿por qué no concertar esa actividad con las entidades privadas? ¿A quien perjudica? Lo puede hacer la pública, sí, pero el coste es muy superior y adolece de recursos para hacerlo. Yo creo que hay ámbitos, paquetes de actividades que se pueden hacer y que conviene hacer por medio de conciertos y/o convenios, en claro beneficio para el ciudadano y para el sector. Lo que no significa que la privada, pretenda sustituir a la pública, porque ni quiere, ni debe, ni podría. Cada ámbito tiene su rol y a él debe de atenderse.

Otro aspecto en el que la privada puede colaborar con la pública, es en la atención de los pacientes en lista de espera, que se pueden gestionar y aligerar con el apoyo y colaboración de recursos privados, al igual que la presión asistencial en los Servicios de Urgencias hospitalarios.

.- Ponerse de acuerdo, por tanto, en qué hace cada cual...

.-**Resulta imprescindible, a mi entender, la definición del ámbito competencial al que pública y privada deben dar respectivamente respuesta. La Administración debe de definir con claridad y transparencia, qué prestaciones, de qué forma y a través de qué medios resulta más efectivo prestarlas, eliminando las bolsas de ineficiencia que existen, analizando los costes reales de los procesos asistenciales, racionalizando la actividad sanitaria en cada territorio y apostando por la seguridad, la calidad y la continuidad asistencial.**

Insiste en que no se trata de que el sector privado se haga con el Sistema:

“En mi opinión, resulta descabellado el mero planteamiento. La Privada ni tiene esa ambición ni tiene capacidad. Está para lo que está, que es dar cobertura asistencial a los ciudadanos en aquellos servicios sanitarios que le permiten rentabilizar sus inversiones, no olvidemos que es una empresa, y que, como tal, tiene necesariamente que ser rentable, de lo contrario desaparece, pues no se sufraga con presupuestos del estado ni tiene capacidad para hacer déficit ni es susceptible de rescate.

Existen determinadas unidades superespecializadas como puede ser la de quemados, en que difícilmente encontraremos a la privada, porque ni es rentable, ni sostenible, motivo por el que “todos” (públicos y privados) contribuimos con nuestros impuestos al sostenimiento de un sector sanitario público, universal, que cubra y llegue allí donde la privada, por esencia, no va a entrar.

Valga también poner de relieve la necesidad de reconducir los flujos de actividad y adecuar los recursos al paciente, pues un paciente con una simple gripe no requiere de estructuras hospitalarias especializadas y sin embargo hay pacientes que requieren dichas estructuras y no tienen acceso a ellas por encontrarse ocupadas por otros pacientes que podrían ser atendidos en centros de menor complejidad”.

Y recuerda que los convenios o las concesiones de servicio público son un instrumento de colaboración público-privada-

“Partimos de la base de que hay una cobertura pública, porque la garantía de asistencia universal y de acceso equitativo es básica en todo estado de derecho que se precie. A partir de ahí, dejemos que el ciudadano tenga la libertad de optar

por ir a la pública o a la privada, porqué disponiendo de recursos para ello, decida procurarse una doble cobertura. El paciente tendrá garantizada la asistencia en igualdad de condiciones, pero el que pueda y esté dispuesto a pagar una doble cobertura podrá procurarse unos servicios asistenciales privados cubiertos o no cubiertos por la cartera nacional de servicios.”

¿Cuál es la baza principal del sector privado? La gestión eficiente, sostiene la presidenta de la patronal de clínicas privadas.

“Es una cuestión que tiene mucho que ver, en mi opinión con la cultura empresarial. Los servicios públicos, los hospitales, tienen una cultura y unas estructuras mucho más rígidas, sobredimensionadas, y eso hace que no puedan ser eficientes. Simplemente comparando de media el precio de una cama en hospitales públicos o privados de nivel similar, observaremos que la pública puede costar hasta cinco veces más que la privada., Y eso sucede porque la privada dispone de una gestión más ágil, más eficaz, porque está acostumbrada a convivir en el sector en competencia con otras empresas sanitarias.”

El mejor ejemplo de esta colaboración está en Muface, la mutualidad de los funcionarios. Un millón y medio de españoles a quienes cada año se ofrece la posibilidad de elegir entre provisión pública o aseguramiento privado.

.- Nosotros hace siete años que estamos abanderando la expansión del modelo Muface o *mufacitación* del Sistema. Este sistema que da cobertura a contingentes de funcionarios, ha evidenciado su sostenibilidad a lo largo de los años. Permite optar anualmente al funcionario entre ser atendido por la provisión privada o por la provisión pública, valga decir que los funcionarios de MUFACE, vienen optando, de forma sostenida en el tiempo, en un 85% por la provisión privada; Y además tiene la ventaja de que dicho sistema no permite generar déficit. No obstante, con su infrafinanciación se está amenazando su viabilidad.

.- Pero Muface tiene ahora algunos problemas de aportación del Estado, que ha provocado que se hayan desconcertado algunos servicios.

.- Si, es cierto que en los últimos cuatro años Muface tenía que haber crecido un 20 por ciento y sin embargo está subfinanciada; Empiezan a desconcertar a las entidades privadas la atención de sus contingentes, concentrándolos en determinados centros y limitando a sus usuarios la elección. Pero el sistema está ahí, es constitucional desde hace más de 40 años, no crea déficit y ofrece la posibilidad de escoger entre lo público y lo privado. Se puede mejorar, pero es un modelo a considerar para todo el sector público.

Aboga también por un gran pacto entre los actores de la escena sanitaria para delimitar los papeles de cada cual en esa labor de sostener el Sistema Nacional de Salud

“Un pacto que supere las legislaturas, los vaivenes políticos y los obstáculos que puedan existir por la complejidad que se deriva de la convivencia de 17 sistemas sanitarios distintos. Tenemos que buscar un denominador común que actúe de facilitador porque no tiene sentido que en determinados aspectos se generen tantas dificultades para los proveedores sanitarios de un mismo servicio entre Comunidades Autónomas. Un pacto que recoja el consenso general de los diferentes agentes implicados en el sector, y no como el intento de Pacto que se ha llevado a cabo en Cataluña, donde hemos estado trabajando durante meses y al que finalmente no se han sumado la mayor parte de los agentes del sector y por tanto no pudiéndosele reconocer como “pacto”.

Una evocación ésta a Cataluña, que hace recordar a Cristina Contel el litigio que en los tribunales mantiene la patronal de las clínicas privadas con BarnaClínic, la división privada del Hospital Clínico de Barcelona, por competencia desleal con las entidades que representan.

.- En Cataluña se está llevando a cabo una privatización de la sanidad al margen de los privados. Se está privatizando desde la pública, reconvirtiendo camas públicas en camas privadas y realizando actividad sanitaria privada con recursos humanos y materiales públicos, sufragados con cargo a los presupuestos y en clara competencia desleal con las entidades sanitarias privadas.

.- ¿Y quién lo gestiona?

.- Se lleva a cabo por Barnaclinic, una entidad privada que se presenta como la división Privada del Hospital Clínico de Barcelona.

.- ¿Y cómo hablamos entonces de privatizar si la gestión es pública?

.- Pues en los mismos hospitales donde se han cerrado unas camas se abren otras que atienden a pacientes a los cuales se les cobra por un servicio mejor, más personalizada, rápido y próximo, pero se hace utilizando recursos humanos y materiales públicos. Se trata de una privatización encubierta llevada a cabo por la pública.

El argumento fácil y simplón es decir que si no queremos que desde la pública se haga actividad sanitaria privada, pues que no se haga actividad sanitaria pública desde la privada. Pero este argumento se agota en sí mismo, pues la privada

cuando realiza actividad sanitaria pública lo hace porque es precisamente la Administración la que le concierne por su menor coste y mayor eficiencia, y en el desarrollo de esta actividad la privada crea riqueza y puestos de trabajo, se está realizando una optimización de costes en beneficio de todos. En cambio cuando la pública está realizando actividad sanitaria privada con recursos públicos, está discriminando al ciudadano sin recursos al que relega a favor de los que disponen de recursos, aplicando unos recursos de todos a un fin particular y con un objetivo de “lucro” que dista radicalmente de su esencia universal, equitativa y gratuita. Luego o haces negocio con dinero propio y entras en el ámbito empresarial asumiendo el riesgo empresarial, o hacer negocio con el dinero de todos es muy fácil y cómodo.

Con respecto al futuro, Cristina Contel reitera la oferta abierta a la Administración para la colaboración activa en la provisión de nuestro sistema sanitario y además:

“La necesidad de una definición de los respectivos ámbitos competenciales público y privado, la asunción por parte de las compañías aseguradoras del “riesgo asegurador” que les es propio, la responsabilización de la propia salud por parte del ciudadano y el respeto a su libertad de elegir entre la provisión pública y privada en igualdad de condiciones”

RICARDO DE LORENZO
Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

“La colaboración público-privada mejora la calidad de la atención al paciente y es indispensable por la falta de recursos públicos”

Abogado, Socio Director del Bufete De Lorenzo Abogados y Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario. Es asesor jurídico para temas de Responsabilidad profesional del Consejo General de Colegios de Médicos de España y miembro del Comité de Presidentes de la Asociación Mundial de Derecho Médico y de la Iberoamericana de Derecho Sanitario. Académico correspondiente honorífico de la Real Academia Nacional de Medicina.

El artículo 43 de la Constitución Española de 1978 compromete a los poderes públicos en la organización y tutela de la Salud pública a través de las medidas preventivas y los servicios y prestaciones sanitarios. En su título VIII ese mismo texto constitucional abre la puerta a la organización territorial por Autonomías y posibilita las transferencias de la política sanitaria a las Comunidades Autónomas.

A partir de ahí, las relaciones entre todos los actores de la Sanidad, pacientes, profesionales, proveedores, administración o farmacias, se regulan a través de una maraña de leyes dispersas, y, como dice Ricardo de Lorenzo, **“hechas a base de reacciones a problemas concretos”**

Desde la Asociación Española de Derecho Sanitario, que preside, se lleva tiempo reclamando **“la construcción de un Derecho Sanitario, como conjunto normativo armónico y sobre principios generales, que destaquen la peculiaridad del campo de la salud, y huir de una legislación sanitaria abigarrada, y dispersa”**

Aunque la situación de España es perfectamente homologable a la de otros estados miembros de la Unión Europea, el profesor De Lorenzo, piensa que con ello la Sanidad Española mejoraría extraordinariamente:

“Desde nuestra especialidad y a pesar del avance practicado a nivel legislativo en todos los órdenes, la legislación sigue siendo insatisfactoria. Se debe apostar decididamente por el ámbito sociosanitario, hacer frente a los retos de los llamados medicamentos biológicos y regular los derechos colectivos de los pacientes. Quizás debería propugnarse la introducción de una Ley que tenga en cuenta la peculiaridad del acto médico, unifique el caos jurisdiccional, y definitivamente, aunque en esto hemos avanzado muchísimo en estos dos últimos años, se apruebe el Baremo para la Determinación de Indemnizaciones por Daños Derivados de Actividades en el Ámbito Sanitario”

- ¿Cuáles son los territorios en los que se mueve el Derecho Sanitario?

.- El Derecho Sanitario constituye una rama muy viva y en expansión dentro de nuestro ordenamiento jurídico, porque está muy conectado con los avances científicos y tecnológicos, y también porque necesariamente debe dar respuestas a los cambios en la estructura poblacional, y en la forma de abordar la organización de la gestión asistencial. Establece un marco general para garantizar el derecho a la protección de la salud tal y como está previsto en el art. 43 de la Constitución Española. Ese marco jurídico se traduce en un conjunto de derechos y de obligaciones para el paciente y para el médico. Con ello se ofrece una asistencia sanitaria acorde con los lógicos requisitos necesarios de calidad y de seguridad. Además, la investigación biomédica, la e-salud, el envejecimiento demográfico, el fenómeno de las enfermedades crónicas, los medicamentos biológicos, y la coordinación de los servicios sociales y sanitarios, están abriendo nuevas áreas de actuación que reclaman respuestas por parte de los poderes públicos. De otra parte, la complejidad de las instituciones y organismos sanitarios, hace necesario velar por la protección de la privacidad y de los derechos individuales.

Hay pues, un amplio repertorio de materias relacionadas con la asistencia sanitaria, pero a ellas hay que añadir otras singularmente sensibles como son las relacionadas con la salud pública. La prevención de enfermedades, la promoción de hábitos saludables, la vacunación, la protección medio ambiental, son otros tantos temas en los que el Derecho Sanitario está presente.

- ¿Se puede preservar el derecho del paciente y el del médico al mismo tiempo?

.- No tiene por qué haber contraposición entre los derechos de los pacientes y los de los médicos, sino una indispensable interacción entre quienes son los protagonistas del día a día de la Sanidad. La vigente legislación sanitaria responde a

una visión moderna en la que debe respetarse la autonomía del paciente y una posición activa del mismo en sus relaciones con los profesionales sanitarios. El consentimiento informado expresa de modo inequívoco esta orientación en la práctica de la medicina. Por su parte, el médico tiene derecho a desarrollar su actividad profesional en condiciones adecuadas y según los requerimientos deontológicos, ofreciéndole al paciente aquellas alternativas terapéuticas que puedan resultar más ventajosas para tratar de conseguir los mejores resultados en salud. Esto no significa desconocer que puedan surgir en ocasiones, problemas como consecuencia de errores reales o supuestos. Para estos casos, el ordenamiento jurídico permite resolver en base a procedimientos judiciales o extra judiciales.

Una mirada más amplia a la situación actual de la Sanidad española lleva a Ricardo de Lorenzo a exigir a la Administración **“no aparcarse los problemas y consensuar las soluciones, otorgando a la Sanidad la prioridad que debe corresponderle en las políticas de protección social”**.

Para ello, propone un pacto:

“Un gran pacto por la Sanidad, que permita abordar de una manera consensuada el conjunto de reformas que el Sistema Nacional de Salud requiere para su fortalecimiento. En él deben participar todos los actores presentes en el proceso asistencial”

.- Hay ya intentos desde el gobierno, ¿no?

.- Una cierta expectativa de acuerdo parece estar emergiendo con la propuesta de Pacto Sociosanitario que el Gobierno ha planteado a las Comunidades Autónomas y que pretende ampliarse a los agentes económicos y sociales del sector. Hasta ahora lo único que se ha conseguido ha sido un Pacto entre Gobierno y los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, farmacéuticos), en el que se señalan líneas de solución, pero su efectividad está pendiente de los acuerdos a nivel político e institucional

.-¿Qué sugeriría, como conector del Derecho Sanitario, que se incluyera en ese acuerdo?

.- Sería fundamental que se abordara el trabajo en equipo y la colaboración entre los profesionales sanitarios, la racionalización y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, la participación y la información de los pacientes (en especial las personas mayores, dependientes, o con discapacidad), los incentivos a la investigación y al desarrollo tecnológico, y la formación de los profesionales ante los nuevos retos de la cronicidad, del envejecimiento y de los medicamentos bio-

lógico. La colaboración entre las Comunidades Autónomas y con el Ministerio habría de verse reforzada, porque sin cohesión territorial, la sostenibilidad se convierte en un objetivo muy difícil de alcanzar. También en este punto el pacto es imprescindible.

- ¿Cree usted que está en riesgo el Sistema Nacional de Salud en lo que tiene de público, universal y gratuito?

- **El Sistema Nacional de Salud, que tiene su base en la Constitución y en la Ley General de Sanidad, constituye un patrimonio común de todos los ciudadanos. Por ello, las leyes que se han ido aprobando en los últimos tiempos pretenden su consolidación y su sostenibilidad. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, estableció potentes instrumentos para garantizar una sanidad pública y universal. Sin embargo, los graves desequilibrios económicos habían afectado seriamente el futuro del Sistema Nacional de Salud. En 2012 había una deuda acumulada de más de 16 mil millones de euros, a la que ha habido que dar respuesta con el Fondo de Liquidez Autonómico y también con la aprobación de una serie de reformas para racionalizar la estructura organizativa y prestacional.**

- ¿Cuáles son las amenazas?

- **El riesgo de una deuda inabordable, la falta de reformas en la estructura organizativa de la sanidad, la falta de coordinación de los servicios sociales y sanitarios, la falta de planificación en la política de recursos humanos, y el tibio desarrollo de la e-salud, son otros tantos factores de riesgo que demandan soluciones que habrían de adoptarse con determinación y con medios adecuados.**

En todo caso, el presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario no cree que la Sanidad Pública corra riesgo de desaparecer. Otra cosa es la necesidad de que se consolide e incremente la colaboración entre el sector público y el sector privado:

- **Más allá del debate ideológico y de determinadas movilizaciones, la sanidad pública no corre riesgos de desaparición. El sector privado sanitario está concebido como complementario del sistema público y lejos de cuestionar el Sistema Nacional de Salud, colabora activamente con él.**

El conocido como “Informe Abril”, de junio de 1991 formuló muchas recomendaciones en el ámbito sanitario que incluían reformas muy importantes, tanto organizativas como prestacionales, del Sistema, algunas de las cuales – muy pocas – se plasmaron en la práctica y otras – la mayoría – no tuvieron efectividad. Pero, tras la transferencia de las funciones y servicios del INSALUD a las Comunidades

Autónomas, en muchas de ellas (Cataluña, Andalucía, Valencia, Madrid...) se acometieron importantes reformas fundadas en las recomendaciones contenidas en el Informe Abril. Hoy resulta imposible concebir una prestación de servicios sanitarios exclusivamente pública. La interoperabilidad entre la sanidad pública y privada resulta hoy imprescindible, no sólo por dificultades de financiación pública, sino porque los medios públicos resultan insuficientes, como lo prueba el hecho de que se suscriban, en todo el territorio nacional, entre las Administraciones Públicas Sanitarias y el Sector Sanitario Privado, convenios de colaboración, Contratos Marco, conciertos singulares... en base a los cuales se instrumentaliza la atención a los pacientes remitidos por la sanidad pública a la privada para su atención y asistencia. La colaboración público-privada no debería ser una cuestión de ideologías, sino de eficacia en favor de los pacientes que, son, a la postre, los destinatarios de las prestaciones y servicios. Los límites no deberían ser otros que la necesidad de transparencia, el control público, la eficiencia y los niveles de calidad.-

- Por tanto, de "privatización", nada...

- Es que la utilización del término privatización de la sanidad es incorrecto, puesto que no existe traspaso de la titularidad pública a la privada, sino que se acude a mecanismos jurídicos que permiten una gestión más flexible, mediante la aplicación de técnicas empresariales a la sanidad, en buena técnica jurídica. Es la denominada privatización de la organización de los servicios sin cambio de titularidad, esto es, de la gestión jurídico – privada de servicios en mano pública. E insisto, centros sanitarios privados, colaboran eficazmente con el sector público, por ejemplo, contribuyendo a la disminución de las listas de espera o aportando tecnologías sanitarias innovadoras.

La colaboración público-privada está regulada en sus aspectos básicos por la Ley General de Sanidad de 1986, aunque según de Lorenzo, **"esta normativa debería ser actualizada para atender el nuevo contexto económico, social y sanitario"**

Un contexto en el que es cada vez más patente la toma de conciencia por parte de los ciudadanos de sus derechos y deberes en materia de Salud pública:

"Las Administraciones Públicas y las Asociaciones de Pacientes, están contribuyendo de modo importante a que así suceda. En este sentido hay que destacar la creación y el impulso de las llamadas Escuelas de Pacientes, en las que colaboran los profesionales sanitarios y los representantes de los pacientes. Probablemente sería necesario insistir en el capítulo de los deberes, de modo que se erradiquen algunos supuestos de abuso"

Con respecto a los pacientes, y a la vista de lo que ha sucedido **“con el reciente caso de Hepatitis C”**, Ricardo de Lorenzo señala además **“la necesidad de buscar vías para la accesibilidad de nuevos medicamentos por parte de los pacientes”**

El desafío tecnológico, a la hora de regular esta rama del Derecho Sanitario, es uno de los objetos singulares de atención de la Asociación en el presente, y contemplando el sector desde una perspectiva de futuro:

“Hay que estar atentos al desarrollo de las nuevas tecnologías relacionadas con la información y la comunicación, que siendo extraordinariamente útiles para agilizar la gestión sanitaria (historia clínica digital, receta electrónica...), sin embargo, abren toda una serie de cuestiones a contemplar, en particular la protección de datos y el acceso a los mismos, por parte de profesionales y pacientes. Empieza a existir ya una cierta doctrina jurisprudencial como consecuencia de estos problemas que probablemente habrían de abordarse también por el legislador con normativa más precisa”

JAVIER ELLENA
Presidente de Lilly España

“El sector Farmacéutico en su conjunto está comprometido con el Sistema Nacional de Salud”

Javier Ellena es Presidente de Lilly para España, Portugal y Grecia. Lilly es una de las compañías farmacéuticas más importantes del mundo. Su división en España factura alrededor de 2.300 millones de euros al año. Su planta de Alcobendas, en Madrid, suministra a 113 países. Aplica en su organización un programa de Prácticas de Buen Gobierno que se basa en tres valores fundamentales: Integridad, Excelencia y respeto por las personas.

El diálogo con Javier Ellena aborda prácticamente desde las primeras frases la cuestión esencial: la innovación. La idea de aportar valor más allá de la fabricación y venta de medicamentos, buscando nuevos productos más eficaces o aportando tecnología e instrumentos al sistema, es el arranque de una conversación que empieza con el objetivo de la innovación, el compromiso del conocimiento y la reivindicación de un modelo de futuro que garantice el acceso de las innovaciones de los pacientes, sin que suponga una amenaza para la sostenibilidad del SNS.

.- Para que un sistema de salud pueda funcionar bien y aspirar a un futuro brillante, tiene que innovar. Las compañías no nos hemos dedicado a presentar un medicamento, pedir factura y “adiós muy buenas”. Hemos aportado valor al sistema. En un laboratorio como el nuestro, que se dedica a esto desde hace casi 140 años, nuestro foco no es otro que innovar en medicamentos. En una sociedad tan globalizada, una compañía multinacional como Lilly tiene el privilegio de acceder en cualquier parte del mundo al conocimiento científico de vanguardia. Y, por lo tanto, al igual que otras compañías de todo tipo de tamaño y origen, aspi-

ramos a ser algo más que proveedores: al compartir este conocimiento, estamos ayudando a que mejoren las prácticas clínicas, a acercar el capital intelectual global a nuestro sistema sanitario.

- ¿Ese es el beneficio de la industria?

- El beneficio es poder tener en muchos países un sistema de salud que haga que el país progrese. Lo primero y más importante es el beneficio que redundará en los ciudadanos que disfruten de una cartera de servicios potente, de una infraestructura sanitaria que funciona bien, añadido a la capacidad de los profesionales... Y todo se refleja en el progreso de los ratios de salud de la sociedad española.

Además, el reconocimiento de la comunidad científica se convierte en un elemento que atrae inversión, que hace que se puedan localizar en nuestro país centros de investigación. Y por eso digo que esto sobrepasa lo que es meramente una relación mercantil entre partes.

Y se percibe también en el reconocimiento internacional creciente que tienen los profesionales españoles, especialmente en algunas especialidades médicas, que van desde la investigación básica, la investigación clínica o la práctica clínica misma.

- ¿Me está diciendo que la mejora de la sanidad en España está directamente relacionada con la presencia de las multinacionales farmacéuticas?

- Sí, pero no sólo de las multinacionales sino del sector farmacéutico en su conjunto. Y es así porque hemos estado y estamos comprometidos junto con el resto de los protagonistas de la salud: profesionales sanitarios, autoridades, el mundo académico, etc., con el Sistema Nacional de Salud y aportamos valor a la investigación...

- Sí, pero la investigación es parte de su negocio...

- Sí, y contribuye no solamente a mejorar la sanidad y el nivel científico del país, lo que favorece a que otras compañías tengan en cuenta a nuestro país al tomar decisiones sobre dónde invertir, dónde investigar, dónde buscar conocimiento.

En nuestro caso, hace 30 años que Lilly empezó a realizar investigación básica en España con cuatro científicos. Ahora tenemos 130 y el mayor centro de investigación en química médica de nuestra compañía fuera de Estados Unidos. Tenemos contratos con otros centros de investigación en España y esto redundará de nuevo en beneficio para nuestro país.

- ¿Y qué aplicación tiene esto en la sociedad en general y en la sanidad en particular?

- Como mínimo, identifico tres aplicaciones o impactos positivos: el más impor-

tante, su contribución a la mejora de la salud de nuestros ciudadanos; eleva la calidad de nuestra comunidad científica, que es posible por el trabajo con otros grupos de investigadores de elite a nivel mundial; y en el aspecto económico, este sector genera una significativa riqueza que queda en el país. En este sentido, hablamos de 40.000 empleos directos, empleos de alta cualificación y alta calidad; casi 10.000 millones de euros de exportaciones (4º sector exportador de España) con lo que contribuye a equilibrar la balanza comercial, y el sector lidera un área crítica para el futuro de España como es la inversión privada en I+D.

A veces se ve como un cruce de caminos o una contradicción, como es el peso que tiene como gasto el medicamento dentro de las cuentas públicas frente a los beneficios que este sector aporta al país. Entre todos deberíamos ser capaces de hacerlo compatible.

.- ¿Qué quiere decir con eso?

.- **Que tenemos por delante el reto de encontrar un modelo sostenible. Pero me resulta difícil pensar que podemos aspirar a mantener los logros alcanzados en salud con una inversión del 5,4% del PIB. No hay milagros, es imposible. Históricamente, en la inversión en salud, ya teníamos una diferencia en nuestra contra con los países de referencia como Francia, Alemania o el Reino Unido. Inversión, que no gasto. Porque se trata de invertir en una sociedad más productiva, capaz de realizarse y de ser más rica. Bien, pues ahora nos vamos separando cada vez más. Y eso es malo para la sociedad española en primer lugar, malo para las empresas que estamos operando y se rompe ese círculo virtuoso donde podemos encajar todos los agentes sanitarios. Invertir insuficientemente en sanidad hace que perdamos capital humano, con jubilaciones de profesionales médicos en un momento de plenitud y productividad, se están yendo enfermeros fuera... Yo no sé si es un cambio de ciclo, lo que sí sé es que podemos dejar de estar donde estábamos.**

.- El gobierno prevé para 2015 un gasto (o inversión) en salud del 5,1 por ciento del PIB, y para el 2016, un 5,4... Pero me pregunto, y le traslado la pregunta, ¿es una cuestión puramente presupuestaria o es de gestión?

.- **Es una cuestión de prioridades. Y en función de esas prioridades se gestiona. Y es evidente que con esos porcentajes de PIB, por mucho que se nos diga, la Sanidad no parece ser la prioridad más alta. Cuando empieza la crisis, el gasto en medicamentos era el 25% del total de sanidad. Hoy es inferior al 15%. Cuando se sigue pensando, fuera de un entorno económico de urgencia, que hay que aplicar medidas similares a las de 2010, 2011 y 2012, yo pregunto cuál es el objetivo. El objetivo general está claro (no superar un déficit del 3%), pero no parece que haya un objetivo específico de gasto farmacéutico.**

Y añade un ejemplo sorprendente para el profano:

En países intervenidos como Grecia o Portugal, la Troika puso un techo al gasto farmacéutico: el 1 % del PIB. Aquí estamos en el 0,96%.

- Menos que si hubiéramos estado intervenidos...

- Sí, pero con la complejidad añadida de que en España no hay un único centro de decisión, sino 17.

También aquí el problema de las autonomías. O, por precisar, el problema de la descentralización de la gestión sanitaria, vista como generadora de desequilibrios: **Es que tenemos 17 sanidades, 17 historias, 17 creatividades... 17 inequidades.**

Y subraya: **Inequidades.**

- ¿Por qué una autonomía dispensa o prescribe un medicamento y otra no? Si son ciudadanos españoles que pagan lo mismo y teóricamente tenemos la misma cartera de servicios... Es, insisto, una cuestión de prioridades primero y luego de gestión. Cuando se empiezan a aplicar todas las medidas, los cuatro reales decretos que sufrió el sector sanitario en los primeros 20 meses de la crisis, el 80% de lo que se había ahorrado venía del 25% del gasto, que es la factura farmacéutica. Y el 20 por ciento, del 75% restante. Ese 25% se transformó en el 15% y hoy es exactamente el 14,7%. Es evidente que la contribución del medicamento al ahorro en gasto en sanidad ha sido sustancialmente superior a su peso relativo. Pero, al mismo tiempo, se espera que invirtamos más en I+D, que hay que exportar más, que hay que generar más riqueza... ¿pero cómo hacerlo en un marco tan incierto?

- El problema es que cuando hay que reducir costes o lo haces en personal, o lo haces en tecnología y medicamentos; no hay mucho más.

- Pues parece que las únicas variables para arreglar el problema del sistema de salud es el medicamento y el capítulo de recursos humanos del sistema de salud. En cuanto al medicamento, si se tiene éxito es por haber hecho una inversión fuerte, pero ocurre que ese medicamento innovador, más que tomarlo como una solución se mira con recelo, como un nuevo problema. Ahí hay una falta de consistencia: no puedes hablar de promover la investigación y desarrollo y luego cuestionar el valor de la innovación. Hablando en números: la Agencia Europea del Medicamento ha aprobado 24 medicamentos en oncología en los últimos tres años. En el año 2013, mientras en Alemania e Inglaterra se comercializaban esos 24, en Francia e Italia, entre 17 y 19. En España había seis y sin la misma facilidad de acceso para la prescripción. Debo añadir que en 2014 se ha apreciado una cierta mejora.

- ¿Y por qué la Agencia Española del Medicamento no autoriza su comercialización?

- Por las dificultades para llegar a un acuerdo en el precio financiado.

- Pero pueden no entrar en el Sistema Nacional de Salud...

- Bueno, sí, pueden no estar financiados, pero ¿quién puede pagarlo? El ciudadano no tiene dinero para pagar este tipo de tratamientos.

- Volvemos al problema del presupuesto.

- Claro, tienes que hablar con gestores que va al número, que deben gestionar y cumplir un presupuesto anual, y así de año en año. Entonces el sistema es tan rígido que hace difícil pagar, por ejemplo, un 30% más por un medicamento que añade algunos meses de supervivencia. Y se cuestiona si eso es verdaderamente innovación. La historia del medicamento es una historia de innovación incremental, no se cambian las cosas de un día para otro, salvo excepciones, claro.

- La queja de la industria es, por tanto, que se adopten criterios presupuestarios en un ámbito que requiere necesariamente de otra visión, de otros criterios.

- Si quieres ahorrar en costes, está bien la promoción de los genéricos, que es lo que se está haciendo. Con el uso creciente de los genéricos se ha conseguido ahorrar una enorme cantidad de dinero una vez que vencen las patentes y debería seguir siendo así. Es un tema estructural, no de ahorro de una vez, ya que habrá un flujo continuo de vencimiento de patentes. Ese medicamento más barato debería, por una parte, ser capaz de ahorrar al Estado, pero además ser una fuente para financiar la innovación, para que se haga hueco a los nuevos medicamentos innovadores que van llegando.

Aunque estemos hablando a un nivel muy alto, esto es lo que le afecta al ciudadano.

Y esta respuesta nos lleva de nuevo a la cuestión de las Comunidades Autónomas y sus distintas políticas sanitarias.

- Como usted sabe, el Ministerio de Sanidad aprueba el precio y el reembolso, pero ¿qué dice la Autonomía?, pues que como son ellos quienes deben hacerse cargo de la factura, tendrán que decidir si limitan el uso de ese medicamento. Y eso es lo que le llega al ciudadano, y entonces es donde está el origen de las inequidades.

- ¿La Industria tiene capacidad de diálogo con las comunidades autónomas o lo centraliza todo Sanidad?

- Con la mayoría sí. Entiendo que están en una situación difícil. Si alrededor del 40% de sus presupuestos es Sanidad, y tienen que recortar, es imposible que no toquen el capítulo sanitario... aunque insisto sólo tocan los capítulos de farmacia

y personal, mientras quedan casi intactas las ineficiencias que podrían ser mejoradas vía otro tipo de modelo de gestión.

A juicio de Ellena, la cuestión autonómica añade incertidumbre a una situación que está por definir, pendiente, cuando se produce este diálogo, de un nuevo real decreto de fijación de precios y financiación de medicamentos. Le inquietan los movimientos de la Administración.

.- A veces tenemos la tendencia, que existe en España y en muchos países, de reinventar lo ya existente. Hay metodología homologada y contrastada internacionalmente para evaluar el grado de innovación de los medicamentos. ¿Por qué lo queremos hacer distinto si ya existe y funciona? Nos preocupa que al final el precio del medicamento termine cuestionando el valor del medicamento. En otro orden de cosas, y debido a la descentralización de nuestro sistema nacional de salud es momento de preguntarse si el nuevo marco que dé el Real Decreto contempla el que las decisiones en materia de precio, reembolso y acceso sean vinculantes para el conjunto del país. Y digo esto porque las Comunidades Autónomas ya están representadas en los órganos decisores, de manera que ya no se trata de una decisión unilateral de la Administración Central.

.- Pues con todo esto que estamos hablando, la pregunta es ¿cómo sigue funcionando el sistema?

.- Por el personal sanitario. Son unos auténticos héroes. Gente que estudia diez años y están pagados muy por debajo de su valía y contribución y su dedicación; personas que hacen esto por vocación y compromiso. Son ellos los que están sacando adelante el sistema.

La conclusión, a juicio del presidente de la más importante industria farmacéutica asentada en España es que en la gestión del Sistema Nacional de Salud faltan objetivos y prioridades, y se echa de menos una definición de criterios de gestión.

Lo que propongo es que veamos todo de una forma integral: que si bien debemos intentar cumplir los presupuestos, la prevalencia de enfermedades crónicas nos fuerza a buscar un nuevo modelo plurianual, más flexible, con capacidad para reaccionar ante las nuevas oportunidades cuando estas traen buenas noticias para la salud de los ciudadanos.

Y tercera cuestión esencial: la transparencia

Reglas claras, reglas que se cumplan y reglas que se ganen el respeto institucional a nivel de país, a nivel del sistema en su totalidad.

El poder de las autonomías es incuestionable, pero estamos hablando de salud, y debería haber unos mínimos en los que ponerse de acuerdo no cueste tanto. Me preocupa que dejemos de disfrutar las cotas alcanzadas si nos ponemos, en nombre de la austeridad, a cerrar las puertas a la innovación en medicamentos, en tecnología diagnóstica, quirúrgica, etc.

Intentemos entre todos hacer la vida fácil al paciente, busquemos la mejor manera de utilizar los recursos, busquemos oportunidades o sinergias.

Y deja en el aire una pregunta que en realidad ha estado sobrevolándonos durante todo el diálogo:

.- Después de tantas medidas puestas en marcha desde 2010, ¿estamos midiendo cómo han afectado a la salud pública en nuestro país?

JOAQUIN ESTEVEZ
Presidente de SEDISA

“El Sistema sanitario tiene una buena práctica asistencial, pero las tripas envejecidas”

Joaquín Estévez presidente de SEDISA, Sociedad Española de Directivos de la Salud y de la Fundación Ad Qualitatem.

Es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca y Master en Dirección de Empresas por el Instituto Directivos de Empresa y en Dirección de Instituciones Sanitarias por el IESE. Tiene el Premio Nacional Arthur Andersen a la Innovación en la Gestión Sanitaria.

“¿La solución?, empresarizar los centros hospitalarios”

Joaquín Estévez sostiene que hay que organizar los hospitales como si fueran **“una estructura de microempresas dentro de una corporación, con autonomía de gestión.**

Yo entiendo el hospital como una suma de microempresas. La totalidad del hospital serían los equipos, más autogestionados que en el momento actual, no tan rígidos, y el equipo directivo sería el encargado de coordinar esas empresas. Equipos y empresas con capacidad de decisión sobre qué tecnología o qué profesionales incorpora”

Desde su experiencia en la gerencia de hospitales, Joaquín Estévez, está convencido de que la responsabilidad del gerente es la de dinamizar a los profesionales.

.- Pero no se forma a gerentes. Una de las muchas carencias del sistema es que en la Universidad no se prepara en gestión de la calidad o de las personas a los profesionales. Sales como un buen cirujano cardiaco, un buen dermatólogo, o un

buen médico de familia. Pero no sales formado para saber comunicarte, para saber tratar a los pacientes, para saber tratar a tu equipo y para gestionar. Y encima tienen miedo a gestionar porque piensan que es andar con números, con estadísticas, y no, gestionar es mover a las personas.

- ¿Esa carencia de formación es el mayor problema ahora en la gestión de un hospital?

- El mayor problema es que somos unas empresas que tienen buenos resultados de cara al cliente a pesar de tener al cliente interno insatisfecho y desmotivado y a pesar de tener unos fallos organizativos importantes, excesivas rigideces y una legislación obsoleta. ¿Qué quiere decir todo esto? Que el Sistema sanitario público español tiene buenos resultados de cara a la práctica asistencial, en recuperación de la salud, pero tiene las tripas envejecidas. Te atienden bien en urgencias, con buenos resultados en salud, te atienden bien en una intervención quirúrgica programada, en un problema agudo. Pero hay fallos organizativos importantes porque es un sistema que funciona con una legislación muy obsoleta y muy encorsetada.

Lamenta Joaquín Estévez que la productividad variable instaurada a mediados de los ochenta terminara diluyéndose y no suponga ahora ni el 10 por ciento de los salarios.

- Yo aquí tengo el 25 por ciento de mis retribuciones, variables

- ¿En función de resultados?

- En función de unos objetivos pactados concretos. Eso falta en la pública

- ¿Y cómo se miden los resultados?, ¿Cómo mide que un cirujano hace su trabajo mejor que otro o que un determinado residente es más eficaz?

- En general se suele medir más por cantidad que por calidad...

- Pero eso no parece lo más correcto, lo más justo

- Digamos que no es lo más completo. Pero sirve para saber que se están haciendo las cosas bien. Si antes se hacían al día tres cataratas en ocho horas de quirófano, al introducir técnicas más ágiles y una mejor organización, puedes terminar haciendo nueve...

- En ese caso, la cantidad si es indicativa...

- Pero tenemos fallos. Y uno importante es que los horarios están encorsetados porque a nadie le interesa cambiar. Hay listas de espera, no se hacen resonancias a no ser por la mañana –en la pública, claro-, pero no se trabaja los sábados. Antes se hacía una jornada de 1.800 horas. De ahí se ha pasado a 1350, con la crisis se ha subido a 1475 la jornada media. Pero es que además hay distintas jor-

nadas según Comunidades...y también diferentes retribuciones: un profesional gana más en Navarra, País Vasco o Cataluña que en otras autonomías.

- Por tanto, el diagnóstico sobre la situación del Sistema de Salud: buenos resultados...

- ...pero problemas organizativos importantes. Problemas de horario, de recursos humanos, de contratación, de discriminación o motivación

- ¿Quién y cómo tiene que solucionar eso?

- Pues yo soy de los que opina que debiera haber un pacto de Estado, y no sólo entre partidos, para no politizar la Sanidad. Hay que contar con los colegios profesionales, los sindicatos de clase, los sindicatos profesionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes. Un pacto que cambie las reglas de juego más allá del acuerdo que puedan alcanzar los dos principales partidos.

- ¿Qué habría que cambiar?

- La política, la legislación. Abrir la mano en materia de contratación o de recursos materiales. La ley de Contratos del Estado encorseta la capacidad de compra que puede tener un hospital privado o un grupo privado con su central de compras. Se ha avanzado pero aún hay mucho por hacer. Por ejemplo en coordinación; para que te hagas una idea: el sistema de salud vasco compraba para dos millones de habitantes, más barato que en Madrid para siete millones. ¿Por qué? Porque en Madrid cada hospital compraba unos y negociaba por su parte, y además no se transmitían los datos de compra de un hospital a otro, mientras en el País Vasco había una negociación centralizada y se consiguieron mejores precios.

- Y si hubiera una negociación centralizada para toda España?

- Eso lo ha intentado el gobierno con el INGESA (*Instituto Nacional de Gestion Sanitaria*), pero está sacándolo en algún producto muy poco a poco, haciendo muchos lotes. Hay muchos intereses en ese aspecto. La gente no quiere perder autonomía y entonces prefiere tener su capacidad de decisión. Y, claro, también hay muchos clínicos que quieren seguir eligiendo qué prótesis traumatológica o qué válvula cardíaca o qué lente intraocular se da.

Le planteo la existencia de relaciones especiales entre médicos y empresas farmacéuticas, los límites de lo que se considera información a los sanitarios o influencia en sus decisiones, si hay o no "intercambios" tipo "yo te compro en el hospital tu válvula cardíaca, pero luego en mi privada también me das esa válvula a mejor precio".

- Esas cosas se han dado más en el pasado, pero no estamos libres de que sucedan. Hay que tener en cuenta además que los profesionales tenemos formación

continuada y no puedes pagártela siempre, ni tampoco el hospital en que trabajas. Te la financia la industria.

- ¿Qué más debería incluir un Pacto por la Sanidad?

- Pues precisamente un acuerdo con la industria farmacéutica como con todas las que rodean la gestión sanitaria, que permita establecer con ellos una relación de riesgo compartido: que la introducción de nuevos fármacos o nuevas técnicas esté basada en el éxito de su financiación y en una evaluación objetiva, no realizada o encargada por el mismo que te la vende.

El pacto debería incluir también un cambio en la legislación en materia de abastecimientos de recursos, o una mayor flexibilización del mercado laboral. Con eso se daría facilidad para contratar profesionales. Orientados también hacia la gestión clínica. Insisto, el objetivo debe ser la empresarización de los centros sanitarios públicos, con líderes más capaces. Y no hablo sólo del gerente, me refiero a profesionales líderes de equipos sanitarios, a los jefes de servicio, jefes de unidades clínicas. Tienen que tener una mayor capacidad de decisión en la gestión, no sólo en lo asistencial, que ya la tienen, o en la organización de la consulta o el quirófano, que también, sino en lo que compran y cómo negocian eso que compran. Una gerencia que coordine y unos profesionales con mayor autonomía de gestión. Y las redes multihospital

Ciertamente, la coordinación de los servicios sanitarios es la tendencia en los últimos años siguiendo el ejemplo de las Organizaciones Sanitarias Integradas, OSIs, redes de organizaciones que ofrecen a una población determinada una atención coordinada a través de un continuo de servicios de salud. Se tiende a la integración, pero a menudo la política dificulta el proceso porque los responsables de territorios concretos ni quieren ni saben contemplar la realidad sanitaria como un fenómeno global, sino como recurso político cercano.

- Hay muy pocas experiencias de esas redes. Algunos grupos hospitalarios lo están haciendo...

- ¿No tendría que haber una labor de impulso y coordinación en este sentido por parte de la Administración?

- Es que el Ministerio ha ido perdiendo su papel en coordinación, en salud pública, en sanidad exterior o en medicamentos, que es lo que tiene que hacer. Se ha ido perdiendo. Hay una ley buena, que es la de Cohesión y Calidad, pero no se ha desarrollado, es sólo teórica. Las Autonomías quieren mandar, no olvides que entre el 30 y el 45 por ciento del presupuesto de un gobierno autónomo es

la Sanidad. Es lo que le justifica su existencia por lo tanto buscan un Servicio de Salud como elemento diferenciador.

- Y se han dedicado a crecer mirando hacia adentro...

- Lo que han hecho es crear cada una su propia red, aumentar recursos, construir centros de salud y hospitales. Unos justificados y otros no tanto. Porque muchas veces se cede a la presión de los alcaldes o los cargos influyentes del partido que gobierne y se construyen centros donde no correspondía. Y se crean desigualdades.

- O sea, que no se piensa en los ciudadanos, sino en la rentabilidad política de la gestión sanitaria... ¿cómo se puede planificar una red hospitalaria en función de los intereses y deseos de alcaldes o personalidades?

- Es que han decidido el bien común sin escuchar al planificador, al que sabe. Se han hecho hospitales en toda España sin el más mínimo criterio de planificación.

- Y además sin posibilidades de coordinación, sin una política verdaderamente eficaz en ese sentido...

- ...y se producen situaciones como querer que cualquier tratamiento pueda hacerse en cualquier hospital. Antes los hospitales se clasificaban por tamaño y cartera de servicios, es decir, por número de camas, número de profesionales y complejidad de servicio. Pero sigue faltando el definir quién es quién y qué hace. Además, muchos centros funcionan con el histórico.

- ¿El histórico?

- Si, presupuesto histórico y plantilla histórica, lo que has tenido siempre aunque las necesidades de tu población hayan cambiado. Cuesta mucho cambiar. Hablábamos antes de la evaluación de los fármacos. Ni siquiera las agencias de evaluación se utilizan adecuadamente en España. Están coordinadas entres sí y se ayudan bien sin duplicar estudios, pero no se utilizan.

- Desaprovechamiento, indefinición, falta de planificación y coordinación...recortes. ¿Estamos acabando con la Sanidad Pública, con el Sistema Nacional de Salud?

- Tengo un amigo, que tiene mucho que ver con el proceso que se ha estado viviendo en la Sanidad madrileña, que dice que el sistema público está muerto y que falta valentía para solucionar el problema.

- ¿Y qué hay que hacer? ¿Privatizar?

- No. Gestionar mejor. Métodos de gestión más abiertos y menos rígidos.

- ¿Pero que siga siendo pública?

- Si. En Madrid hay un ejemplo en la Fundación Jiménez Díaz, a la cual yo tengo acreditada en calidad con mi Fundación. Ha introducido métodos de gestión privada en un hospital que no se sabía si era público o privado, una especie de híbrido. Ahora funciona muy bien.

- ¿Entonces no existe el debate Sanidad Pública versus Sanidad Privada?
- **Lo fomentan los partidos, pero ese no debería ser el debate, sino cómo mejorar la sanidad pública española. Y yo creo que la forma es empesarizándola**
- Y eso mejorará la Sanidad Pública...
- **Eso eliminará ineficiencias**
- Por tanto, según esa tesis, no tendrían sentido las protestas en la calle...
- **Se han explicado mal las cosas, y hay un rechazo en la gente porque piensa que dejamos de ser una sanidad pública para ser negocio de algunas empresas. Pero no es así. Se trata de eliminar ineficiencias, de aplicar el “tanto haces tanto vales”, porque ahora mismo lo que hay aquí es café con leche para todos. Y miedo a perder privilegios. Decía Azcuna que la sanidad es la agencia de colocación del sindicato de turno. Además, en la sanidad pública se gana más que en la privada. El sanitario, el médico, es conservador y tiene resistencia al cambio, y ve al gesto como el enemigo a batir porque es el que no le deja gastar. Aquí hay un debate sobre si la práctica médica es un arte o una ciencia. Ellos dicen que es un arte y por la “lex artis”, yo tengo derecho a tener todos los medios a mi cargo posibles y todos los recursos y no importa lo que yo gaste, porque lo importante es el paciente...**
- En eso tienen su punto de razón
- **Los gestores pensamos que es una ciencia. Y la ciencia es exacta, entonces tienes que protocolizar lo que haces, tienes que tener a tu disposición los mejores medios, pero tienen que ser medios de eficacia contrastada y tú has de ser eficiente, no despilfarrar.**

EVARIST FELIU
Vicepresidente de la Fundación José Carreras

“El binomio empresas farmacéuticas y dinero del Estado para investigar es fundamental”

Vicepresidente de la Fundación José Carreras. Presidente de la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia. Ha sido Director del Centro del Instituto Catalán de Oncología y actualmente es el Director Académico Universitario de esa institución. Como Director Gerente del Hospital Germans Trias i Pujol creó el Proyecto Escuelas que propició la construcción de la nueva Facultad de Medicina de la Unidad Docente del Instituto y su Unidad de Investigación.

Investigador, docente y clínico, el doctor Feliu posee una perspectiva amplia e innovadora del universo de la Salud, y de la conexión entre la investigación, la industria, la administración y los pacientes. De hecho, trabaja en ella y la aplica en su rutina diaria.

“Por la mañana estoy visitando a un paciente y allí a la cabecera de la cama me surgen tres preguntas para las que no tengo respuesta. Entonces, me voy al laboratorio”

Es el concepto de la Medicina o Investigación *“Traslacional”* que busca acercar, *“traducir”*, de la manera más rápida y eficaz las soluciones o avances de investigación al tratamiento clínico.

“Mi obsesión era crear un instituto de investigación dedicado a la leucemia donde hubiera muchos pacientes, no hacer un instituto a 20 kilómetros de allá. Esto es crucial. Un entorno que sea ideal en el que tengas en el Campus un servicio de Hematología o de Oncología, con muchos pacientes, una universidad, y rodeado de muchos centros de investigación”

Así nace el Instituto de Investigación José Carreras, con el apoyo público del ICO,

Instituto Catalán de Oncología, “ y con tres campus: el del Hospital Clínico, el campus de San Pau y el Germans Trias i Pujol; trabajamos de forma conjunta”

El Instituto Carreras se crea en el año 2010, en plena crisis económica, y nace del deseo de la Fundación José Carreras y el propio tenor de ir más allá en su labor frente al cáncer: **“Había dos maneras de ayudar a la investigación en estas enfermedades: una seguir dando dinero y otra crear un instituto propio de investigación.**

Carreras quería dar un salto más, añadir valor a lo que ya hace la Fundación, que es crear y sostener el REDMO, Registro Español de Donantes de Médula Ósea, proporcionar recursos para investigar becas nacionales y becas internacionales en Europa y América, construir infraestructuras asistenciales y de investigación y ofrecer hogares de acogida a familiares de pacientes. Decidimos entonces añadirle a todo esto el Instituto, que es un niño con apenas cuatro años de vida y que ya ha empezado a hablar y a andar”

Optimista irredento, el doctor Feliu, cree que a pesar de la crisis y los recortes, la investigación en España está cada vez mejor y que del presente difícil saldremos con algunas lecciones aprendidas para el futuro.

“A ver, recortes, los hay. Menos dinero del que había para investigar, lo hay. Pero hay que intentar transformar la crisis en proyecciones hacia el futuro, y aprender de esta crisis que también nos está dando oportunidades. Ahora, como hay recortes, pues tenemos que administrar mejor el *dinerillo* que llega. Pero hay fórmulas. También desde el punto de vista asistencial cuando salgamos de las crisis las cosas no volverán a ser como antes porque hemos aprendido a contar un poco más. Hemos bajado entradas de dinero, nos han recortado, nos han dicho que no a muchas cosas. Pero le hemos puesto ingenio para mantener a raya la calidad asistencial que necesitábamos para no perder lo que se había ganado en este país durante tantos años. Gracias al esfuerzo de los profesionales, y de todo el mundo”

.- Sostiene usted, Doctor, que la investigación sigue creciendo en España a pesar de los recortes, y sin embargo yo tengo la impresión de que si no fuera por la iniciativa privada, por la acción de fundaciones como la de José Carreras, nuestra situación sería mucho peor...

.- Créame, que la investigación en España cada vez está mejor. Y son tiempos de crisis, lamentos y llantos, pero si comparamos, por ejemplo, lo de hoy con lo que había cuando yo estudiaba la carrera en 1966, realmente comprobamos que hemos progresado mucho, y en gran parte ha sido por dinero público, dinero de la Administración, dinero de los ministerios, dinero español.

.- Y también mucho privado: de fundaciones, institutos, de la industria farmacéutica...

.- **El mundo de la investigación es de mucho becario que lucha para tener becas competitivas y ahí está el entronque entre el dinero público que viene del Estado y el dinero de las empresas. Sobre todo las farmacéuticas . Nuestros investigadores, con su trabajo y su talento, consiguen traer dinero a los institutos porque luchan por el dinero público que va llegando. Ahora estamos en época de crisis, pero va llegando, y luchan por el dinero privado de las empresas. En nuestro caso, en el mundo de la sanidad, muchas empresas farmacéuticas y tecnológicas. Este entronque es crucial. Y lo ideal sería que los grandes centros de investigación un día pudieran decir al Estado “no me des que ya me lo he ganado”.**

.- O sea que, según contempla usted, el Estado sigue comprometido con la investigación a pesar de los recortes,

.- **A pesar de los recortes. Hay muchas becas de la Generalitat, becas del Ministerio...y muchas de ellas no son becas para hacer investigación un año; cuatro y cinco años y luego incluso la posibilidad de que puedes llegar a consolidar la plaza del investigador. Pero hay que lucharlas, son becas competitivas. Y a lo mejor para una o dos becas pues hay diez o doce candidatos. Y se dan a los mejores. Las becas FIS, del Instituto Carlos III, las becas que ahora da el ICO, que son incluso más flexibles que las del Carlos III. Y hay dinero para personal, para material fungible. Hay dinero.**

Y, como le decía antes, hay fórmulas; por ejemplo, mirar el precio de los medicamentos una y dos y tres veces e intentar hacer algún tipo de acciones conjuntas con los laboratorios que venden los medicamentos, o en cuestiones de personal, pues no hacer determinadas sustituciones, o ser más estrictos en la contratación. Es decir hay una serie de partidas, fármacos, el mundo del banco de sangre, el mundo del personal, etc que hemos aprendido a trabajarlo y mucho. Por tanto, si lo miramos en positivo la crisis ha venido bien también. Porque antes, quizá porque había mucha abundancia, no contábamos tanto. Es así.

No cree el doctor Feliu que esté en riesgo el Sistema Nacional de Salud, y ante la dicotomía sanidad pública sanidad privada, opta por la colaboración.

“Yo he sido siempre un trabajador de la pública, no me he dedicado a la privada y he entendido también que la privada ayuda mucho para determinado tipo de procesos y ayuda mucho a la Sanidad pública, porque si no esto sería un colapso. Por tanto, bienvenida sea la sanidad privada. Pero este mundo que yo te pinto entra de lleno en la parte pública”.

Público, es, en efecto, el territorio en el que se desarrollan los trabajos de investigación y asistencia de Evarist Feliu desde el ámbito de una entidad privada como la Fundación Carreras. Un modelo innovador con medios y tecnología públicas, iniciativa privada y compromiso absolutamente indispensable de la industria farmacéutica. El modelo *“traslacional”* que defiende con pasión de novel y guerrera determinación. Porque beneficia a todos.

“Estamos trabajando con riesgo compartido, un acuerdo marco con un laboratorio alrededor de un medicamento que se daría en un ensayo clínico; se da el medicamento al paciente porque lo necesita. Si va bien lo paga la institución hospitalaria y si va mal lo pagará el laboratorio. Vamos juntos, compartimos el riesgo. Las farmacéuticas pueden sacar mucha ventaja de este modelo. Otro ejemplo: Nosotros somos una potencia en el estudio de la genética de las enfermedades hematológicas. La genética te discrimina desde el punto de vista pronóstico y te dice: mira, estos pacientes irán bien, estos no irán tan bien, y estos irán mal y estos muy mal. Para éstos el medicamento ideal sería este y para estos, si les das este medicamento, no hará nada. En ese momento estamos ahorrando dinero ya con nuestra investigación y esto, a la industria farmacéutica que produce estos fármacos le interesa muchísimo y por eso nos ayuda a hacer nuestras investigaciones. Tu puedes predecir el resultado de un tratamiento, y esto es muy importante. Este binomio empresas farmacéuticas y dinero del estado para investigar es fundamental en nuestro país

- Y gana también el Sistema de Salud...

- Claro. También se nutre la institución hospitalaria pública porque a lo mejor gastará solo la mitad del dinero que hubiera gastado. Nuestra gran partida, cuando hablamos de las grandes partidas de dinero, son las personas y son los fármacos. Y los nuestros son carísimos. Tenemos alguna enfermedad con fármacos nuevos que van muy bien, pero es que resulta que el tratamiento de un año vale 250.000 euros al año.

Pero, como insiste el profesor, *“hay fórmulas”* no sólo para el caso de la Institución en la que trabaja, sino como criterio general para optimizar:

“Hay que elaborar guías y planificar, incluso a nivel nacional, qué personas pueden ser receptoras de este fármaco y cuáles no. Este es un punto clave también. Hay que ser muy estricto con los protocolos. En España hay una institución que gobierna todos los protocolos de tratamiento hematológico que es el Programa Español del Tratamiento de las Homeopatías PETHEMA. Esto es una gran garantía de éxito desde el punto de vista científico y también de eficiencia, de no gastar el dinero. La idea de unificar los protocolos de asistencia en toda España es básica,

porque te da la oportunidad de en vez de tener 30 pacientes allí y 40 allá, pues 2000.

- Pero, ¿no se está tendiendo cada vez más a un tratamiento individualizado de la enfermedad?

- Si, seguro. Porque han llegado los fármacos biológicos y entonces estos van a buscar el eslabón, el gen mutado y respetan las células normales. Antes metías el cañonazo y lo arrasabas todo. Ahora cada vez se tiende a ser más específico, ir a buscar la célula maligna y procurar que se respete la normal.

- ¿Y eso no es incompatible con la unificación de los protocolos?

- No, en absoluto. Digamos que un protocolo general para pacientes con mieloma múltiple en toda España también es un tratamiento personalizado para cada paciente aunque ese protocolo sea el mismo para todos los pacientes españoles.

El futuro, en realidad el presente de los trabajos de la Fundación Carreras y el doctor Feliu es la proximidad entre la investigación básica y su aplicación clínica. **“Treinta años atrás estaban por un lado los investigadores básicos con sus probetas y sus ratones y por otro los clínicos que hacían investigación clínica. Han ido pasando los años y ahora los juntamos y se establece una interlocución bidireccional. Es crucial. Y este es uno de los secretos del éxito del pequeño niño este de cuatro años: hemos juntado los grandes líderes clínicos en las grandes enfermedades y les hemos puesto el equipo de básicos y los sentamos juntos a trabajar. Tenemos tres campus en tres hospitales. En cada campus hay un departamento de hematología. Si sumas los pacientes nuevos que vemos cada año con leucemias y otras enfermedades malignas de la sangre, entre los tres más o menos vemos nuevos 4.500 pacientes al año, y de segundas visitas, 30.000 o 40.000. Entonces, tienes material humano de sobra para trabajar en lo que quieras. Un punto crucial es tener un buen banco para guardar las muestras de los pacientes. Naturalmente con todas las condiciones legales y el consentimiento informado. Y son las tres instituciones hospitalarias, los tres servicios, los que te van a proporcionar el material y te dirán “investígueme en esto para ver si podemos avanzar”**

Pero hay más:

“El mundo de la bioinformática. Para estudiar la mutación de un gen o un grupo de genes, para entrar en la proteómica y la geómica, vas a tener que manejar no miles, sino millones de datos y necesitarás especialistas en bioinformática que estén todo el día en el ordenador manejando letras y más letras para darte una respuesta terapéutica. La máxima expresión de esto, es la anécdota de un centro de investigación dedicado al cáncer donde se sacó a concurso una plaza para bioinformática. Pues la sacó, ¡una filóloga!...que había dedicado toda su vida al manejo de datos sobre el genoma humano. Pero filóloga”

.- ¿Hay posibilidades y talento en España para seguir adelante con esto?

.- **Hay mucho talento. Y hay talento que a veces llega a un cierto grado de desánimo, y se va a buscar una salida al extranjero. Nuestra misión es si han madurado en unos años intentar traerlos otra vez para acá. Y la otra misión que tenemos es luchar al máximo para ofrecerles un entorno ideal para que se queden. Hay una gente buenísima. Trabajadora, de los que no hacen ruido...hay mucho talento, seguro.**

Y el nivel de nuestra sanidad es muy buen ejemplo de ello

.- ¿Y no se puede perder ese nivel?

.- **No creo. Yo sigo con mi optimismo. Ahí está el esfuerzo de los profesionales, de los investigadores y de los gestores. Hay gestores muy buenos. Yo he visto los dos mundos por dentro y puedo hablar de esto.**

JUAN JOSE FERNANDEZ RAMOS
Director Gerente del Hospital Universitario Moncloa (Asisa)

“O se deja de hacer política con la Sanidad, o el trasvase de los restos de la pública a la privada es inevitable”

Juan José Fernández Ramos es Consejero Delegado y desde 2008 Director Gerente del Hospital Universitario Moncloa, propiedad de la aseguradora Asisa. Es también Consejero Delegado de la Sociedad Guineana de Salud. Ha sido Director territorial el grupo DKV y Director Gerente del Área Sanitaria de Ferrol. Su trayectoria profesional ha sido ampliamente reconocida con premios a la Innovación en gestión sanitaria y a la calidad en el servicio asistencial.

“El modelo sanitario público español es exportable y está gestionado por gerentes de calidad. El problema es cómo hacerlo sostenible”

Como la mayoría de los gerentes de hospitales en España, el director del Hospital Moncloa de Madrid, estudió medicina y se ha formado en la Sanidad Pública, **“donde aprendimos a hacer gestión presupuestaria, que es gestión económica, y a planificar con mucha anticipación por dónde va a ir la sanidad en función de la población que vas a tener”**.

Recuerda también que los mismos médicos que actúan en la privada están y se formaron en la pública.

“En el fondo, la paranoia esta de que si la sanidad pública o la sanidad privada se acabará cuando la gente entienda que algunos hacemos Sanidad, sin adjetivos”

Desde el centro hospitalario que dirige, uno de los más modernos y rentables de la Comunidad de Madrid, presta servicios asistenciales a MUFACE, ISFAS, MUGEJU que son las mutuas de los funcionarios y acogen a más de dos millones de personas, y a los asegurados por Asisa y otras compañías

“El hospital tiene veinte años y en su momento, el criterio de planificación de un hospital era camas por habitante que atender. Hoy son metros cuadrados de tecnología por habitante”.

En Moncloa se trabaja con la misma estructura que en un hospital público, y se presta servicio para aliviar las listas de espera a las Comunidades de Madrid, Extremadura o Castilla La Mancha. En su modelo, la Administración y la clínica privada obtienen ventajas mutuas:

“Ellos alivian las listas de espera y nosotros conseguimos el volumen de pacientes necesario para poder fichar buenos profesionales. Eso sí, siendo cuidadoso porque necesitas un equilibrio entre la descongestión de los hospitales y tener altos volúmenes. Para eso hay que ser muy ágil en la atención”.

Ser ágiles, pensar en el paciente y, desde luego, muy innovadores. Fernández Ramos es de los pocos gerentes que se está anticipando en la atención a colectivos extranjeros que tienen cada vez más peso en la sociedad española:

.- Estamos siempre pensando en el paciente, y hay que entender qué tipo de sociedad y sobre qué tipos de colectivos gestionas. Ahora tenemos la posibilidad de acuerdo con grupos chinos que nos obligan a repensarnos la relación con el paciente completamente. Porque, claro, ¿qué quiere un chino?. Lo primero que quiere es que le hablen en su idioma. Eso nos lleva, de entrada, a incorporar gente con capacidad de aproximar al hospital al ciudadano chino que habla chino, y luego a acercar a nuestros médicos a la explicación que el chino da sobre su salud y sobre cómo entiende la enfermedad. Y la entiende de forma diferente a nosotros. Porque tiene una visión de la enfermedad y de la salud, más bajo visión de energías naturales.

.- Conocer al paciente, conocer su forma de vivir y de pensar. Claro, esto también te proporciona un entrenamiento a tener en cuenta si piensas, por ejemplo, en expandir tu radio de acción hacia sus países de origen...

.- No solamente exploramos el mercado de nuevas poblaciones que tenemos que atender en España, sino que buscamos también estar presentes en otros escenarios, como África, donde gestionamos en Guinea Ecuatorial, para trabajar en el exterior.

.- ¿Qué le ofrece Moncloa al paciente español como sello distintivo?

.- Confortabilidad, atención, que todo gire en torno a él. Hay siempre personas que están pendientes de ellos y de sus familiares. Pensar en lo obvio es lo que hace diferente a este centro. Cuidar la atención también, disponiendo de una excelente cafetería. Cuando una persona llega a urgencias, no sólo procuramos que sea atendida debidamente, sino que sus acompañantes reciban apoyo e informa-

ción constante. Cuando diseñamos una nueva unidad la diseñamos siempre haciendo el recorrido del paciente por esa unidad y por el hospital. Y posteriormente, le damos confortabilidad al profesional. El presente y el futuro es brindarle al paciente soluciones integrales.

También es singular su relación con los médicos “externos”, cerca de 400 en total.

.- Pagamos por acto cerrado, el proceso completo de tratamiento del paciente. Y por equipo. Habitualmente contratamos por equipo. Al estar cerrado compromete al cirujano durante todo el proceso y tenemos perfectamente definido cuánto le corresponde al médico, cuál es el beneficio del centro y cuáles los gasto de farmacia, fungible y materiales...y cuánto le corresponde al “Hotel Moncloa”

.- ¿Esa externalización no encarece el servicio?

.- No, lo hace más barato, lo ajusta. El médico sabe que tenemos un coste máximo y acepta exactamente el material que va a utilizar. No se racanea: cuando hay un equipamiento que en una intervención concreta acorta el tiempo y sobre todo gana seguridad el paciente, nosotros lo incorporamos. Porque al final ganas. Ganas en menos reingresos y lo ganas en tiempo de utilización del bloque quirúrgico.

.- Ha utilizado el término “hotel” para hablar del hospital...

.- Nosotros tenemos un responsable de hostelería, lógicamente. Tenemos, por ejemplo, dos niveles de catering distintos: en cafetería que lo lleva una empresa y otro para dar de comer a los pacientes con un sistema de línea fría que nos garantiza la calidad y la no infección alimentaria en ningún caso. Pero los hacemos compatibles. Como te digo, el paciente que quiere comer a la carta, lo hace

Los “chaquetas rojas” una suerte de relaciones públicas que lo mismo te llevan a una consulta que te acercan un café o te acompañan en una angustiada espera, son una de las peculiaridades de este centro sanitario, que ciertamente ofrece al visitante en primera impresión una sensación más de hotel que de hospital. Atención, orden, limpieza.

.- No me imagino así un hospital público...

.- ¿Por qué? Yo en Móstoles tuve grupos como éstos que atienden a los pacientes y familiares. Y el modelo –allí eran chaquetas verdes- se ha extendido por otros hospitales. Del mismo modo que introdujimos también allí el pago variable a cirujanos por tiempos de quirófano, algo que ahora es normal en algunos otros centros públicos.

.- Dice usted que no hay que establecer diferencias entre sanidad pública y sanidad

privada. Pero ni la forma de administrar, ni las dependencias organizativas, ni los problemas, ni la dimensión son los mismos...¿Se pueden gestionar igual lo privado y lo público?

.- Yo creo que en España hemos conseguido sin quererlo un nivel de profesionalidad en los gestores importante. En una época en que la infraestructura sanitaria de la pública era insuficiente y por lo tanto requería de la asistencia de la privada nos echamos una mano y aprendimos a ir juntos. La ventaja de un hospital privado es su capacidad enorme de adaptación al mercado constantemente. La ventaja de la pública es la enorme potencia económica que representa. Pero su planificación es anual. Entonces aprendes a hacer cuentas de resultados y te obligas a una buena gestión presupuestaria. Adaptarte después al mercado con la facilidad de la privada no es complicado.

.- Pero, insisto, los problemas en la privada y en la pública no son los mismos

.- En la gestión hospitalaria gestionas personas y tecnología. Las personas las gestionas a sueldo fijo en la pública y con la posibilidad de ponerlos a sueldo variable en la privada. Y la tecnología la juegas en la pública a grandes inversiones dilata-das en el tiempo con estructura muy poderosa, y en la privada a inversiones más inmediatas en función de la cuenta de resultados. Pero gestionas personas y tecnología.

.- Ya, pero también políticas...¿En qué pones el acento? En la atención primaria, en que los hospitales estén conectados...

.- En atención primaria tienes que poner medios para que tenga capacidad de resolución. Y tienes que evitar que el hospital secuestre pacientes.

.- ¿Secuestre pacientes?

.- Secuestrar un paciente es no darle nunca el alta para primaria porque no te acabas de fiar. Hay que crear confianza entre la primaria y el hospital. Hoy es muy fácil porque los médicos de familia de la primaria ya desde hace años se forman en los hospitales y por lo tanto los hospitales ya confían más en la capacidad de resolución de la primaria. Y si la primaria resuelve y la especializada no secuestra pacientes el modelo da igual cual sea, porque consigues una agilidad muy alta. La gente piensa que el negocio de las clínicas privadas es dejar al paciente cuatro días más de lo necesario. Pero no, el negocio es conseguir que sus recursos produzcan el máximo posible de atención, por lo tanto el máximo posible de facturación ...exactamente lo mismo que un hospital público que lógicamente tiene que buscar en sus estructuras el máximo posible de capacidad de asistencia.

No es una cuestión de si sanidad privada o sanidad pública, sino de gestión eficaz o no, porque cualquier empresa pública o privada tiene que ponerse en el lugar del cliente. Tu estás vendiendo sanidad y calidad de vida...pero te debes a la gente.

.- ¿Los criterios de gestión son los mismos?

.- **La diferencia la marca que puedes gestionar las personas con mejores criterios incentivadores bajo la norma de la laboralización de la plantilla que bajo la norma de la gestión del funcionario. Yo pago en función de variables de calidad, y eso en la pública es más difícil, aunque con imaginación puedes conseguir gente comprometida con el hospital. El problema es la función pública; no el funcionario, no me meto con ellos, yo de hecho lo soy, sino el modelo funcional. Y la privatización acaba con ese concepto.**

.- Por tanto, el problema de la Sanidad es un problema de gestión de personas y gestión de medios, o sea, tecnología.

.- **Nada más. Un ejemplo: Cuando yo empecé, no había móviles y los problemas llegaban por correo. Hoy no. Hoy si no contesto no ya un correo electrónico, sino un *whatsapp* en un plazo de dos horas, me llaman maleducado. Y esto es tecnología para la decisión, para la toma de decisiones para la vida. Pero además aquí se gestiona un colectivo de personas que cuidan de la salud de otras personas, por lo tanto he tenido que tomar la decisión de pensar primero en el paciente. Es una decisión difícil y que te hace un gestor incómodo. Porque es mucho más fácil ponerle un despacho al doctor fulano que hacer circuito de medicina interna. Esta es posiblemente una de las diferencia que hay entre unos gestores y otros. Vive mejor el que le hace el despacho al doctor y por lo tanto también el local sindical que el que hace una reflexión en torno al paciente y lo que necesita. Para mí primero es el paciente**

.- ¿Y esto se puede hacer en la pública? ¿Es cuestión de dinero? ¿De medios?

.- **Es cuestión de cómo gastas el dinero. Un hospital cuesta mucho dinero. En Este hospital para 350.000 habitantes gastamos menos de la mitad de lo que costaría si fuera publico, porque tenemos la tercera parte de la plantilla. Nuestro ratio de gasto por plantilla no llega al 50 por ciento, y en el público sube del 65 en todos los casos.**

El debate, a su juicio, debe ser “cuánta Sanidad”, y la respuesta sólo está en la que el país pueda pagar. Esa es según su criterio la primera definición.

“Y, por lo tanto, o alguien deja de hacer política con la Sanidad, o el trasvase de los restos de lo que va quedando de la pública a la privada es inevitable para que ésta última ponga sentido común”.

Lamenta el protagonismo de la política, y de los sindicatos en lo público aunque no rechaza su presencia, **“pero, desde luego, no como ahora”**, y es decididamente partidario del llamado “copago”: **“La experiencia muestra que cualquier oferta gratuita en la pública genera demanda automática y lista de espera inmediata-**

mente. Por eso es importante que los políticos de distintos colores se sienten a fijar cuál es la oferta de la sanidad pública que tiene que ser gratuita y cuál no”.

Fernández Ramos aboga además por aprovechar las posibilidades del llamado “turismo sanitario”

“La sanidad española es muy atractiva y deberíamos tirar de ese nicho institucionalmente, estatalmente: en vez de verlo como una amenaza para la sanidad pública, girémoslo...a la sanidad privada”.

Según su experiencia, el modelo español es admirado y exportable, pero con un matiz no menor: **“España vende un modelo como la mejor Sanidad del mundo por la cobertura, pero su crisis asusta, por eso interesa el ejemplo español, pero con cuenta de resultados; con coste y carteras acotados y financiación clara”**

Recuerda que más del 20 por ciento de la población española tiene doble cobertura **“y esa doble cobertura no ha caído durante la crisis; se mantiene. Algo estará haciendo bien o muy bien el sector privado para no haber perdido atractivo”**

LUIS FERNÁNDEZ-VEGA
Instituto Oftalmológico Fernández-Vega

“No quedará más remedio que establecer algún tipo de copago en la Sanidad pública”

El director del Instituto Oftalmológico Fernández-Vega es también Jefe de servicio de Oftalmología del Hospital Central de Asturias. Preside la Sociedad Española de Oftalmología y es académico de número de la Academia Médico-Quirúrgica Española. Forma parte del jurado del Premio Princesa de Asturias de Investigación Científica y Técnica. Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid con 14 matrículas de honor, se doctoró con sobresaliente cum laude y fue el catedrático de Oftalmología más joven de España, con 30 años, en 1982

El Instituto que lleva su nombre atiende cada año, en la falda del monte Naranco de Oviedo a más de 100.000 personas, la mayoría de fuera de Asturias.

“Alrededor del 70 por ciento. Vienen de todos lados, no sólo de España. Tenemos pacientes europeos, latinoamericanos, pacientes africanos, de países árabes. Tenemos de todos sitios. Y podríamos tener más, pero no lo fomentamos porque no tenemos capacidad para poder atender a más gente de la que ya estamos atendiendo en este momento”

La plantilla del Instituto está formada por unas 200 personas entre médicos, diplomados universitarios de enfermería, recepcionistas y secretarías. De él dependen dos fundaciones, una que lleva el nombre del centro y otra de Investigación Oftalmológica donde se completan los tres ámbitos de actuación del Instituto Fernández-vega, clínica, investigación y docencia.

Una vocación que singulariza el Centro:

“Desde el punto de vista privado, no hay un centro oftalmológico en Europa como éste que reúna los tres elementos; los tienen las universidades, pero no hay ninguna institución privada así”

Además de dirigir el centro y pasar consulta, **“atiendo y opero: hago unas mil intervenciones al año, y esta tarde tengo 35 consultas”**, sigue vinculado al Sistema Nacional de Salud como jefe de servicio de Oftalmología en el Hospital Central de Asturias.

.- Estoy al servicio de la Sanidad pública en el hospital, pero tengo una relación de fair play absoluto. No derivamos ningún paciente aquí. Me opongo incluso a que me deriven pacientes de cualquier otro lugar del Principado. A veces me derivan de Madrid o de otros lugares, pero aquí no quiero de éste área sanitaria porque puede dar lugar a malos entendidos.

.- ¿Puede hacer compatibles las dos funciones? Vaya por delante mi impresión personal de que tener a Fernández-Vega en la Sanidad pública es un lujo

.- Me gusta estar en la Sanidad pública, me permite tener una atalaya para ver las cosas. Creo que cuanto mejor funcione el servicio público mejor funcionará también la sanidad privada. Yo procuro que mi servicio funcione perfectamente. Tengo una reducción de jornada que me dieron en su momento para que yo pudiera seguir allí y combinarlo con el Instituto. Ellos no querían que me fuera ni yo tampoco y llegamos a un acuerdo

.- Y supongo que cumplirá horarios y alcanzará objetivos...

.- Je,je,je...como todos. Esta mañana me levanté a las siete y a las ocho y diez ya estaba entrando en el hospital. Estuve hasta las doce y cuarto porque había quedado con usted, si no, seguiría allí

Es la una de la tarde cuando conversamos en su despacho de este Instituto Oftalmológico que creó su familia en 1986, cien años después de que su abuelo Luis Fernández-Vega iniciara la exitosa saga médica. Una aventura que siguió su padre, oftalmólogo también que, recuerda nuestro interlocutor, anticipaba ya que **“la gente terminará diciendo que va al doctor fulano porque tiene un ordenador mejor que el doctor mengano”**. Y ya se pasa consulta por ordenador..

“Decía también que había un fármaco que él ideó, la Cicacoa: Ciencia, Cariño, Comprensión y Ánimo. Un fármaco que nos decía que había que aplicar en diferentes dosis según el paciente. A unos, más de Ciencia; más de Comprensión a otros, o más de Ánimo. Puedes modificar las dosis de ese fármaco global. Pero siempre muy pendiente de él, del paciente. Cercano”

El Instituto ocupa una superficie de 7.000 metros cuadrados y está dotado de la más avanzada tecnología en lo referente a instalaciones generales y equipamiento médico especializado.□□

Última tecnología que en el sector público es uno de los principales desafíos, aunque no el único:

**.- Hay masificación, hay mala organización y una necesidad de constante adaptación tecnológica con nuevos tratamientos y nuevas técnicas que además cuestan cada vez más dinero. Conseguir mantener todo eso es muy costoso y muy laborioso. Además hay que seguir manteniendo unos ratios, porque los pacientes no pueden, por ejemplo, estar más de seis meses en lista de espera quirúrgica, ni más de un tiempo determinado para tener una primera consulta; que está muy bien, porque evidentemente no es lo mismo un paciente oncológico que tiene que operarse sobre la marcha que uno con una catarata que puede esperar dos meses. Pero hay que poder estratificar ese tipo de patologías y es complicado. ¿Hasta cuando podrá mantenerse? Pues no lo sé. Lo que está claro es que habrá que contar con el sector privado que por lo demás ya está buscando sus huecos...
.- ¿A que se refiere?**

.- La Sanidad es un servicio que tiene que ser de calidad: buena y que funcione bien, y ese es un principio que vale tanto para lo público como lo privado. La dicotomía no debe ser Sanidad pública o privada sino Sanidad buena. Como digo, ahora mismo es necesario que sean complementarias, que haya colaboración entre el sector público y el privado. Y en la Sanidad privada está habiendo ahora un movimiento grande de fondos de inversión que están comprando hospitales; se están concentrando.

.- ¿Atentos al servicio que no pueda dar la pública?

.- Es que dentro de unos años probablemente la Sanidad pública no pueda dar todas las prestaciones, y entonces hay ahí un nicho de mercado que van a poder ocupar y están posicionándose. Esa es mi impresión.

Cree el doctor Fernández-Vega que la experiencia de gestión privada en algunos centros públicos españoles demuestra que puede ser más eficiente. Pero no es tanto, opina, una cuestión de quien gestiona sino de la forma en que lo hace y los objetivos que se marca. Y acabar con la *funcionarización*:

“Esa visión de que hay que estar de ocho a tres y luego a casa. Lo importante es que se vaya hacia un objetivo, que se cumpla...y si uno ha terminado a las doce, pues se va. No son horarios, son objetivos: planifíquese y cúmplalos. Es importantísimo la libertad para gestionar y funcionar”

Y aquí incluye la capacidad de valorar a los profesionales en virtud de méritos, productividad o eficacia.

“Los puestos no han de ser de por vida. Tiene que haber revisiones periódicas y

que se pueda reconsiderar la situación. Eso puede además ser un estímulo para los profesionales”

A su juicio, si se quiere mantener el Sistema de Salud es inevitable algún tipo de copago y una racionalización de la cartera de servicios. Y reclama una coordinación real por parte de las Administraciones: ministerio y Comunidades Autónomas.

“Técnicamente existe el Consejo Interterritorial, pero cada uno hace allí de su capa un sayo. Las decisiones se toman en virtud de quién gobierne en cada Comunidad, cuando tendrían que ser comunes y acordadas con el Ministerio independientemente de los colores políticos. No puede haber 17 sanidades diferentes. Además con distintas prestaciones, y centros de referencia para determinadas patologías, que no son eficaces porque no tienen suficiente volumen. Por ejemplo, los glaucomas congénitos. Aquí en Asturias, al año vemos dos como mucho. Sería más lógico que se centralizase en un sitio como Madrid, que ve 20. Y los sesenta que hay en toda España deberían ir al mismo lugar, que siempre lo van a hacer mejor que donde sólo se ven uno o dos. Del mismo modo que tampoco se pueden tener catorce centros para realizar trasplantes de hígado. En lugar de catorce, quizá sería mejor seis estratégicos y especializados. ¿Es más cómodo cerca de casa? Si, pero quizá más efectivo en un centro especializado aunque tenga el paciente que desplazarse”

En realidad, el Doctor Fernández-Vega cree que la racionalización de los servicios debe ser mucho más amplia.

.- Es fundamental determinar qué cosas son las que la Sanidad pública tiene que hacer perentoriamente y cuáles no. Delimitar la cartera de servicios viendo hasta dónde se puede llegar, porque si no, es una bola que no tiene límite. Por ir a lo que tengo más cerca: en oftalmología hay que tratar una catarata, el glaucoma, realizar un diagnóstico precoz y revisiones periódicas. Pero, ¿debe, por ejemplo, operarte para quitarte las gafas...hombre, si tienes 25 dioptrías que te imposibilitan trabajar, evidentemente. Pero para otros es un lujo y está bien que la Sanidad pública no gaste sus esfuerzos y sus recursos en quitar gafas a pacientes.

.- ¿Habría que ir a un copago?

.- Pues alguna fórmula de copago en la Sanidad pública habrá que establecer. Es un tema muy discutido, pero al final no quedará más remedio. Habría que buscar de qué manera se hace. Quizá que la Sanidad pública cubra un estándar y si el paciente quiere más, que lo pague. O enfocarlo desde el punto de vista *hotelero*: la Sanidad pública ofrece una habitación compartida y si el paciente quiere una individual se le puede facilitar, pero que la pague

.- ¿Un especie de copago de mejora de servicios?

.- **Podría ser una oportunidad. Nosotros lo vemos con las lentes multifocales. Si un paciente viene aquí a operarse de cataratas siempre le ofrezco la posibilidad de ponerle una lente multifocal porque si le pongo la monofocal necesitará gafas para ver de cerca. A algunos no les importa. Pero a otros sí, y pagan un poco más por la multifocal. En la pública eso no lo puedo hacer porque la lente es la misma para todos, una monofocal comprada a través de la central para toda España. Lo que digo es que se le podría ofrecer al paciente una multifocal pagando la diferencia de su bolsillo. Digo esto porque es el ejemplo que conozco, pero podría suceder lo mismo en cardiología, en ginecología o en otras especialidades.**

.- Comprometer al usuario para mejorar la calidad, o incluso para mantener los niveles actuales, centralizar servicios de patologías especiales o complicadas, volver a definir la cartera de prestaciones, coordinación de las distintas políticas sanitarias...no parece tarea fácil

.- **No lo es, pero se puede conseguir a través de un gran pacto entre los grandes partidos políticos, o los que hasta ahora han sido los grandes partidos políticos. Un pacto por la Sanidad y por el bien común para dejar ya de darse trastazos mutuos.**

AMALIA FRANCO
Gerente del Hospital Comarcal de Jario. Asturias

“La gestión clínica es la solución del futuro”

Gerente del Área Sanitaria I del Principado de Asturias. Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Salud Pública y Calidad de Servicios Sanitarios. Máster Universitario en Administración Sanitaria. Ha desarrollado su carrera profesional entre el ámbito de la Calidad Asistencial (Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Central de Asturias) y la Gestión Sanitaria (Dirección Médica de Atención Primaria de las Áreas Sanitarias III y V de Asturias)

Amalia Franco dirige un hospital comarcal en el occidente asturiano. Un centro público con 100 camas que presta servicio a una población de unos 50.000 habitantes en un entorno fundamentalmente rural

“Pero no somos una isla. Un hospital rural no debe serlo. No podemos concebirllos como islas que tienen que prestar, por sus propios medios, los mismos servicios que un hospital grande. Ahora tenemos elementos que nos acercan, por lo que trabajar en red nos permite que viaje información de pacientes, imágenes y también profesionales. Esa es una de las riquezas del Sistema sanitario público, que garantiza la mejor atención a los pacientes de todo el territorio, vivan en la gran ciudad o vivan en un pueblo de la montaña”

El hospital de Jario celebró el pasado año su vigesimoquinto aniversario. Surgió como un hospital para atender patología aguda en una zona que entonces estaba a más de tres horas de Oviedo. Hoy se llega a la capital en una hora, y las tecnologías le permiten trabajar en red con otros hospitales, **“y con los centros de salud y las casas de los pacientes”**

El cambio de población, mucha menor que hace dos décadas y con un perfil de edad del orden del 25% mayor de 65 años, lleva también a una reorientación del servicio.

“Tenemos un perfil de pacientes que no sólo tienen una patología crónica sino varias (Hipertensión, diabetes, etc). Y eso supone cambios de mentalidad, reforzando ámbitos como la medicina interna dentro del propio hospital o la atención primaria y su papel primordial como gestor de estos pacientes. Estos cambios pueden acabar conllevando cambios también en la estructura (menos camas de hospitalización para cuidados más intensos y mayores zonas atención ambulatoria). El hospital sigue siendo necesario, pero su papel deberá adaptarse progresivamente a los cambios demográficos, sociales y sanitarios y establecerá una relación más horizontal con la Atención Primaria, que serán quienes gestionen los casos”

Cuenta con un grado de satisfacción del usuario bastante alto, como prácticamente todo el Sistema Nacional de Salud, pero con una particularidad: Asturias es la Comunidad que mejor nota saca en valoración ciudadana.

“Según el Barómetro sanitario de 2013, más del 83% de los encuestados están satisfechos o muy satisfechos con el sistema sanitario, el porcentaje más alto de todas las comunidades autónomas. Pero eso no significa que no haya que seguir mejorando y que todo funcione a la perfección”

- ¿En qué medida cuentan con los pacientes, les escuchan, les hacen caso?...en un centro así uno puede imaginar que la relación con los usuarios del servicio público de salud debe ser cercana.

- **Conocemos el nombre y apellidos de mucha gente, porque, en efecto, el entorno es más favorecedor para ello. Es más fácil que no sean “ciudadanos” sino “personas”. Y contamos con ellos, por supuesto. Además de los elementos formales, como el Consejo de Salud, nos reunimos con alcaldes, asociaciones de vecinos y personas particulares. Colaboramos con el desarrollo de las escuelas de salud, municipales o de asociaciones de vecinos, y buscamos activamente su opinión a través de encuestas, entrevistas y actividades como el “día de la sugerencia”**

- Proximidad que probablemente facilite también la formación, en el sentido de utilizar los servicios de forma razonable, aprovechar adecuadamente las nuevas tecnologías, etc..

- **Sí, desde muchos puntos de vista. Porque además el papel de los pacientes también ha cambiado. Culturalmente queremos como pacientes controlar más lo que pasa con nuestra vida, con cómo abordar las enfermedades y los tratamientos. Y tenemos además más acceso a la información a través de internet. Por tanto tenemos que formar a los pacientes para que tengan un papel más participativo en su proceso de salud-enfermedad y en sus cuidados.**

.- ...y a los profesionales...

.- **También tenemos que formar a los profesionales. Hasta ahora ellos tenían toda la información, pero la relación con unos pacientes más informados supone un reto muy importante. Tenemos que cambiar la relación médico-paciente y eso necesita formación para los dos elementos. Por otro lado, también tenemos que mejorar el uso del sistema sanitario, y eso también necesita formación. Desde distintos ámbitos hemos dado a entender que el sistema sanitario en general, y los hospitales en particular, lo pueden todo, lo curan todo. Y no es así. Muchos procesos crónicos requieren de cuidados que son responsabilidad individual de cada uno.... Dejar de fumar, hacer ejercicio, controlar el peso, etc. Tenemos que recuperar la capacidad de cuidarnos tanto en los procesos crónicos, como en los procesos agudos leves**

El hospital de Jarrío tiene externalizados los servicios que no son de atención sanitaria, como lavandería, limpieza, seguridad o alimentación.

“Son servicios importantes, pero nosotros nos dedicamos a la salud y, por ejemplo, una empresa que lave la ropa para diferentes organizaciones como hospitales, hoteles, residencias, etc, lo va a hacer mejor y con menores costes que si montamos una lavandería sólo para el hospital de Jarrío”

Colabora también con el sector privado con algunos conciertos para atender a pacientes en ámbitos a los que de momento no llegan, **“principalmente demoras en intervenciones quirúrgicas o pruebas diagnósticas para que no superen lo razonable, pero son entidades “sin ánimo de lucro” y cuyo futuro también está vinculado al Sector Público”**

.- ¿Contempla la colaboración público-privada como una necesidad de los nuevos tiempos?

.- **La hubo, la hay y la habrá porque es necesaria en determinados casos. La cuestión es dónde se pone el acento y quién pone el objetivo, si el sistema público en prestar el mejor servicio al menor coste, o el sistema privado en minimizar costes para maximizar beneficios. Un ejemplo: si queremos fomentar la investigación, los objetivos de ambos pueden confluir perfectamente, por un lado generaremos mejoras para los pacientes, y por otro lado surgirán patentes que facilitarán la recuperación del dinero invertido. Pero lo veo más complicado en la colaboración público-privada de modelos como el de Madrid. Si una organización privada obtiene beneficios de la gestión de un hospital, eso tiene un riesgo en un ámbito donde es fácil manejar información asimétrica por lo que puede producirse selección inversa. Por otra parte, ¿no podríamos hacer esa una mejor gestión desde**

lo público y reinvertir esos beneficios en el propio sistema público?. Creo que parte de la clave está en que el sistema público se flexibilice y se conciencie, el modelo administrativo tiene que cambiar y adoptar la flexibilidad del sistema privado garantizando determinados aspectos como transparencia, publicidad, accesibilidad, o universalidad.

.- Mucho tiene que cambiar, creo yo. Ustedes a veces son más que gestores, administradores...

.- **Mi opinión es que tenemos más libertad de la que creemos y menos de la que nos gustaría. Las normas muchas veces son muy rígidas y echamos de menos mecanismos que nos permitan hacer organizaciones más flexibles, pero dentro del marco actual tenemos margen para hacer cambios.... Muchas veces cambios lentos, como si tratáramos de mover a un gigante. En esto soy crítica con el ámbito gestor del sistema público, al menos con una parte de él: a veces nosotros mismos nos encorsetamos y nos parapetamos en esas rigideces para no enfrentarnos a soñar y hacer un sistema público diferente.**

.- Pero es difícil, con tanta atadura de “bolsas de trabajo” preestablecidas o “leyes de contratación” poco flexibles...

.- **Sí, sin lugar a dudas. Tenemos que buscar sistemas legales que sigan garantizando principios de la administración pública como la transparencia, libre competencia, el mérito y la capacidad, pero con herramientas más flexibles. Y para eso necesitamos valentía de todos los actores, políticos, gestores, sindicatos, profesionales y ciudadanos. Y dejar de lado la demagogia. Por ejemplo, en el tema de personal, todos estamos de acuerdo en que no podemos seguir en un sistema de “café para todos” donde apenas tenemos herramientas para premiar a los mejores y penalizar a quienes se escaquean. A eso me refiero con que todos tenemos que ser valientes, los políticos haciendo normas que lo permitan, los gestores aplicándolas, los sindicatos buscando una organización mejor y no sólo defendiendo los intereses legítimos, a veces no tanto, de los profesionales, los profesionales y los ciudadanos no entrando en discursos demagógicos de que flexibilizar determinadas normas es privatizar o la conciencia de que la sanidad no tiene precio, cuando hemos de advertir que sí tiene coste.**

El modelo de gestión de Jarrio aspira, según su directora, a incluir cada vez más el criterio esencial de los profesionales clínicos.

“Es lo que se llama la gestión clínica, que pretende compartir decisiones de gestión con los clínicos, con los profesionales, que realmente son quienes con sus decisiones condicionan el camino y el gasto de los hospitales y de los centros de salud. Pero compartir decisiones supone compartir también objetivos y riesgo.

Por decirlo de alguna forma hay que establecer un diálogo leal, sincero y responsable en el que los responsables sanitarios marquen hacia dónde, qué objetivos conseguir y los profesionales marquen el cómo, qué hacer para conseguir dichos objetivos. La gestión clínica es la solución del futuro”

Un futuro para el que tecnológicamente se sienten preparados,

“aunque creo que va a necesitar de un importante esfuerzo de negociación política para establecer los precios a los que se adquiere dicha tecnología por el sistema público”

Futuro que pasa, evidentemente, por la eficiencia:

.- La obligación del sistema público con la eficiencia es una obligación moral con los ciudadanos de gastar debidamente el dinero que ponen a nuestra disposición con sus impuestos. Tiene que aspirar a la eficiencia, y seguir prestando un servicio universal, accesible y de calidad. No olvidemos que el Sistema sanitario es un elemento de redistribución de la riqueza.

.- ¿A su juicio está en peligro la Sanidad Pública?

.- Creo que desde hace años hay intereses en la privatización de la sanidad.. Pero creo que es una decisión de la sociedad qué tipo de modelo sanitario quiere, enteramente público, con financiación pública y prestación de servicios privados o completamente privado. Me gustaría mantener el sistema sanitario público que hoy conocemos, con la colaboración privada orientada a apoyar los objetivos que antes he mencionado, garantizando la igualdad de acceso a todos los ciudadanos, pero más flexible y eficiente.

.- ¿Qué se necesita para ahuyentar el peligro?

.- Por un lado normas que flexibilicen la contratación tanto de profesionales como las compras y los servicios. Pero no es lo único. Tenemos que empezar a concebir los sistemas sanitarios como lo que son, redes de centros sanitarios y ver en qué medida pueden contribuir cada uno al objetivo común. Por otro lado, creo que es necesario superar algunos problemas ligados a la existencia de las comunidades autónomas. Por ejemplo, hay poblaciones gallegas que están más cercanas al Hospital de Jarrio que a su hospital de referencia. Y no tenemos herramientas para articular esa realidad.

.- Hay quien reivindica dar mayor capacidad de gobernanza, de tomar decisiones vinculantes a un órgano central que coordine de verdad la sanidad pública para evitar inequidades y ganar en eficacia. ¿No sería necesaria una coordinación de las *sanidades públicas*?

.- No solo es necesaria, sino imprescindible. Si buscamos establecer sistemas de

coordinación en Europa, cómo no somos capaces de hacerlo aquí. Si no somos capaces de generar interconexiones para la historia clínica la gente cogerá su historia y la llevará grabada en un “pen-drive” o la dejará colgada en la nube para poder dar acceso al personal sanitario que considere oportuno.

.- ¿Y entre las medidas de futuro contempla el *copago*?

.- No estoy de acuerdo con modelo actual de copago, no. Ha demostrado un efecto disuasorio en un marco temporal concreto, pero también limita el acceso de aquellas personas con menores ingresos.

Y aboga por una mayor coordinación de los servicios sociales y sanitarios:

“Ese es uno de los grandes temas pendientes. Nuestro sistema sanitario estaba demasiado orientado a las patologías agudas, y la realidad ha cambiado. Muchos de nuestros pacientes acaban en el sistema sanitario por falta de apoyo social. Y no tenemos organizados recursos que presten con agilidad ese apoyo. Creo que son demasiados los actores implicados (servicios sanitarios, servicios sociales dependientes de consejerías, ayuntamientos, entidades privadas) y se necesita repensar cómo organizar todo el sistema aportando los recursos necesarios”

VALENTÍN FUSTER

Director del CNIC, Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica

“La desgravación fiscal en las ayudas a la investigación es importantísima”

Valentín Fuster, Director del CNIC, Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, es Licenciado y Doctorado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Prácticamente todo su ejercicio profesional se ha desarrollado en Estados Unidos, donde ha dirigido alguno de los centros médicos más importantes como el Monte Sinaí o la Clínica Mayo. Fue catedrático en la Escuela Médica de Harvard, y presidente de la Asociación Americana del Corazón y de la Asociación Mundial de Cardiología. Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica, por sus “relevantes aportaciones a la biomedicina en el área cardiovascular” ha publicado centenares de artículos sobre problemas e investigaciones cardiovasculares y lleva años comprometido con la divulgación de hábitos para mejorar la salud del corazón.

No es una cuestión de presupuestos, sino de actitud.

La filosofía del doctor Valentín Fuster discurre sobre ese principio que aplica a sus consideraciones sobre Investigación pero también las que nos realiza en torno a la Salud. La Pública y la individual.

Nuestro diálogo tiene a la Investigación como primer asunto a considerar. Y ahí nos revela ya el valor que concede a la actitud. En este caso a la colectiva. Incluso ante algo tan escasamente subjetivo como los recortes.

“Los recortes no gustan a nadie, pero tampoco se les puede culpar de todos los problemas. En España tenemos un claro problema de actitud, que hace que la investigación no sea una prioridad. Lo vemos en los listados de personas influyentes

que se publican de vez en cuando, en los que la presencia de científicos es casi anecdótica. Esto es tan importante como los recortes y ha de cambiar para mejorar la investigación”

Evidentemente, la cuestión es que si no damos valor a la investigación, ¿cómo nos extraña que se vea afectada por la disciplina del déficit?

Desde ese punto de vista de situar a la investigación en España entre las prioridades destacadas, aboga Fuster por seguir el ejemplo de los Estados Unidos, donde él vive y trabaja. Allí el apoyo a la investigación se realiza mediante una herramienta que en España no termina de ser aceptada o entendida por las administraciones: la desgravación fiscal.

“La desgravación fiscal a las ayudas en investigación es importantísima y tiene un impacto brutal en EEUU. Es algo sobre lo que hay que reflexionar cuando se dice que el mecenazgo no funciona en España, porque está claro que las políticas fiscales tienen mucho impacto en los donantes. Aunque las cosas están cambiando y mejorando poco a poco, aún nos queda camino por llegar a la situación de EEUU que, sin duda, fomenta la colaboración de instituciones y ciudadanos con la ciencia”

El Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, situado en Madrid, que dirige el doctor Fuster, desarrolla su trabajo mediante un modelo de colaboración público-privada. Y aporta al Sistema Nacional de Salud un conocimiento que en los últimos años está cada vez más cerca del paciente, en eso que se llama *Medicina Traslacional*.

.- El primer beneficio que aporta a la sociedad y, por ende, al Sistema Nacional de Salud, es en formación. Es evidente que el CNIC es mucho más que un edificio situado en Madrid. Tenemos diversos programas de formación desde edades muy tempranas que, obviamente, acaban repercutiendo positivamente en el Sistema Nacional de Salud que acoge a investigadores y médicos más formados y motivados. Pero además, nuestros propios proyectos no son exclusivos del CNIC, sino que colaboramos con numerosas instituciones tanto extranjeras como nacionales. Nuestros proyectos están muy ligados a la *medicina traslacional* e impactan, por lo tanto, en el Sistema Nacional de Salud, como lo demuestra por ejemplo el estudio METOCARD, que ha demostrado desde el CNIC –y en colaboración con varios hospitales españoles- que la administración de un fármaco muy barato en la ambulancia a los pacientes de infarto mejora su pronóstico.

En cuanto a la gestión, el CNIC sigue un modelo de financiación público privado apoyándose en 15 importantes entidades de todas las áreas de la industria, excepto la farmacéutica. Se ha visto que estas empresas han respondido a nuestra llamada y han dado a la investigación cardiovascular la importancia que tiene. Su implicación es fundamental a la hora de financiar los programas de formación y de garantizar la sostenibilidad de los proyectos y creo que este –colaboración público – privada – es un modelo en el que se podrían reflejar más instituciones.

.- En esta colaboración público-privada, ¿entra también en juego el *riesgo compartido* en investigación que se está desarrollando entre hospitales públicos e industria farmacéutica?

.- No voy a evaluar concretamente la práctica del riesgo compartido en la financiación de medicamentos, pero lo que es obvio es que la industria farmacéutica ha de jugar un papel importante en la investigación y, de hecho, lo juega. Sin la industria, esto es insostenible pero, para la industria, la academia también es importante. Así que la simbiosis es fundamental.

.- Habla usted también de cercanía de la investigación a la práctica clínica...¿Es por donde hay que avanzar?

.- Entramos de nuevo en el campo de la *medicina traslacional*, algo a lo que creo que el CNIC ha contribuido. Esta es la forma de investigar que hace que los hallazgos tengan una traducción rápida al ámbito clínico. En España, hasta ahora ha habido una dicotomía tremenda entre investigación y práctica clínica y esto lo estamos cambiando poco a poco. Un buen médico ha de tener interés por la investigación y viceversa.

Una de las últimas obras del doctor Valentín Fuster se titula *La Ciencia de la Salud*. Son consejos para una vida sana, para cuidarse y encontrarse mejor. Desde hace años, este cardiólogo, uno de los más prestigiosos del mundo, que preside la Asociación Mundial de Cardiología, está empeñado en una labor de divulgación de salud con una mirada suficientemente amplia como para haber colaborado en estos libros con personalidades como Ferrán Adriá, Luis Rojas Marcos o José Luis Sampedro. Aquí también subraya el valor de la actitud, de la responsabilidad social pero, sobre todo, individual.

.- Que la sociedad necesita consejos para cuidarse es algo obvio pero, lo que estamos viendo es que el cambiar hábitos es algo personal y no depende tanto del ambiente. Lo que se tiene que conseguir es que las personas individualmente tengan fuerza de voluntad para cambiar sus hábitos en torno a los seis factores de riesgo modificables: dos mecánicos (la obesidad y la presión arterial), dos quími-

cos (la diabetes y el colesterol) y dos de comportamiento (el ejercicio físico y el tabaquismo). Esto es algo difícil de conseguir y lo vemos incluso en la adherencia a los medicamentos ¡Ni siquiera las personas que han sufrido un evento cardiovascular y tienen riesgo de otro se toman sus fármacos!

.- Hablamos en realidad, doctor, de Salud pública. Porque esta falta de hábitos saludables influye en el Sistema Nacional de Salud.

.- Por supuesto, esta falta de hábitos saludables influye en el sistema sanitario y lo condiciona, de ahí nuestro interés en intentar influir en este cambio por tres vías: influyendo en la niñez, lo que estamos haciendo con programas como el SI! En España (que llega ya a 55.000 niños) o uno similar en Colombia y otro que va a empezar ahora en Harlem; la segunda vía es con un programa similar al de 'Alcohólicos anónimos', que consiste en intentar que las personas adultas se motiven entre sí para cambiar y que estudios preliminares han demostrado que puede ser eficaz; por último, a través del márketing, repitiendo los mensajes de promoción de la salud, a lo que acabamos de incorporar el uso de teléfonos inteligente, con la App El círculo de la salud.

Con respecto a la situación del Sistema Nacional de Salud en España, y en concreto sobre los problemas de atomización e influencia política, prefiero no opinar; pero confiesa que en su caso, al frente del CNIC, se ha sentido respaldado siempre:

No vivo en España y no puedo opinar sobre los problemas del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, pero no soy partidario de 'echar' la culpa a motivos concretos. Por ejemplo, en lo que se refiere a la influencia de los políticos en la gestión de los servicios sanitarios, mi experiencia en el CNIC fue lo opuesto a problemática, ya que políticos de ambos partidos mayoritarios me apoyaron a la hora de refundar este centro con mi filosofía de trabajo.

Y aboga por una Sanidad que garantice los servicios y se ajuste a la realidad social y económica

Más que hablar de si la sanidad ha de ser pública, universal y gratuita y de calidad, lo que es vital es que a toda persona enferma se le garantice la atención médica, esto es algo no negociable. Esto puede hacerse desde un modelo privado, público o mixto, hay fórmulas. Pero está claro que dicho modelo se ha de ajustar a la situación socioeconómica del momento y que no se puede generalizar. También requiere de sensibilidad, hay que estudiar a la sociedad antes de optar por uno y otro modelo que, insisto, debe de ir cambiando según la situación socioeconómica.

ALFREDO GARCÍA DIAZ
Director-Gerente del Hospital de Bellvitge

“Es imprescindible mejorar la capacidad de inversión de los hospitales para mantener la normalidad de la estructura productiva”

Director-Gerente del Hospital Universitario de Bellvitge y la Gerencia Territorial Metropolitana Sur del ICS. Es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Máster en Economía y Dirección de Empresas (MBA) y Máster en dirección de Instituciones Sanitarias por IESE de Barcelona. Ha sido director de gestión y subdirector gerente de Bellvitge, gerente del Hospital de Viladecans y director asistencial de USP Instituto Universitario Dexeus.

Dirige uno de los hospitales de referencia en Cataluña, y es responsable de la gestión sanitaria del ICS del área que abarca Bellvitge, el Hospital de Viladecans, y la Atención Primaria del área de Costa de Ponent. Al frente de esa responsabilidad está Alfredo García Díaz viviendo esta crisis, de la que considera que habría que estar sacando más lecciones:

“Probablemente somos más eficientes que antes; hemos ajustado internamente las operaciones de nuestros centros para conseguir hacer *más con menos*, pero se debería haber aprovechado esta situación de crisis para introducir las reformas estructurales necesarias en el Sistema de modo que la mejora de la eficiencia fuera perdurable. Se han hecho cosas en este sentido, se han tomado decisiones de reordenación de actividades, de concentración de actividades terciarias en pocos centros, de ordenación de la cartera de servicio en los centros, pero creo que se tenía que haber avanzado más en rediseñar el modelo”

Esa mejora en la eficiencia tiene, a su juicio, un protagonismo singular y reconocible:

“Si tenemos un sistema más eficiente es gracias, sobre todo, al esfuerzo de los profesionales. Este esfuerzo de los profesionales en retribuciones y en dedicación horaria ha contribuido de manera importante a esta mejora de la eficiencia, de la competitividad y de la productividad del sistema sanitario. De todas maneras, esta es una mejora que no es sostenible en el tiempo. Llegará el momento en que tendremos que ir devolviendo a los profesionales este esfuerzo. No podemos descargar la presión de una probable infrafinanciación del sistema sanitario sobre los profesionales de manera indefinida.

El esfuerzo y la calidad de los profesionales, es lo que ha impedido que a pesar de los recortes haya descendido la calidad asistencial:

.- Los profesionales médicos o los profesionales enfermeros de un hospital o de un centro de atención primaria sólo saben hacer las cosas bien. Por eso a pesar de que tengan más demanda asistencial, a pesar de que hayan visto reducidos sus salarios, a pesar de que estén más apretados, creo que la profesionalidad ha estado por encima de todo y creo que la calidad de la asistencia se ha mantenido sobre todo gracias a ellos.

.- El oficio de médicos y enfermeros contrarresta el efecto de los recortes en la calidad asistencial. Pero imagino que los ha habido también en otras partidas, ¿cómo se compensa para que no afecte al servicio que presta un hospital público?

.- Haciendo gestión. Inicialmente, hemos podido perder cantidad, pero no calidad. Es decir, probablemente los hospitales antes hacían más actividad, y esto ha venido derivado de la propia reestructuración de las estructuras hospitalarias. Evidentemente, un hospital que de un día para otro se encuentra con unos cuantos millones menos de presupuesto, ha de tomar decisiones duras de ahorro que acaban generando una disminución de su capacidad productiva. Con el tiempo, esta actividad se ha ido recuperando gracias a una mejora de la productividad y la eficiencia. En nuestro caso, por ejemplo, en Bellvitge, estamos en niveles de actividad de hace cuatro años con una estructura productiva muy inferior. Dentro de la estructura presupuestaria de un hospital hay una parte importante que son los gastos de personal que viene a representar entre un 60 y un 65 por ciento, pero el resto evidentemente también es una parte importante de ese presupuesto. Ahí tenemos fármacos, material sanitario, todos los servicios hoteleros, servicios energéticos, etc. En esa parte también se puede hacer gestión.

.- Si, pero tampoco puedes perder calidad en esos otros servicios...

.- Esta situación de crisis también ha generado una exigencia importante para los proveedores. Se han conseguido rebajas importantes en el precio de los fár-

macos, materiales y servicios mediante negociaciones individuales o agrupadas entre diferentes grupos de hospitales. Toda la competitividad que se pueda generar en este apartado aporta margen directo a la cuenta de resultados del hospital. En este ámbito, también cree Alfredo García Díaz que se podían hacer mejor las cosas. Es un territorio delicado, porque discurre en un escenario que se está utilizando para la batalla política: el de las relaciones del Sistema Sanitario público con empresas, proveedores y hospitales privados.

.- Seguramente no hemos utilizado al máximo la Ley de Contratos Públicos en todas sus variantes. La principal vía de adquisición de servicios y productos por parte de los hospitales públicos es el concurso público tradicional, que persigue conseguir unos estándares de calidad con la mejor oferta de precios, y ha dado sus frutos en cuanto a esta rebaja de precios antes comentada. Pero se acude poco a otras posibilidades que contempla la ley, como los procesos de colaboración público privada, o los llamados *diálogos competitivos* o *compra pública innovadora*.

.- ¿Por qué si son eficaces se utilizan poco?

.- Primero, por la propia complejidad de estos procesos. Son largos y complicados. Pero es que también falta la voluntad de ponerlos en marcha por lo que tienen de sensibles a nivel laboral, a nivel sindical...incluso político. Desarrollar proyectos de colaboración a largo plazo con un proveedor privado, puede ser visto como algo...

.- ...que te acusen de privatizar, vamos...

.- Algo así. Un acuerdo a largo plazo con un proveedor privado puede ser visto en determinados ámbitos como un proceso de privatización, un proceso de “secuestro”, a pesar de que la ley de contratos públicos lo permite y así lo contempla. Yo creo que es importante que se pongan en marcha procesos de este tipo, de colaboración público privada que nos ayuden, ya no a adquirir el material fungible o el material de uso corriente y diario en los hospitales, sino equipamientos e inversiones que por otra vía son difíciles de conseguir. Hemos de intentar aprovecharnos de la capacidad de gasto de un hospital, que es mucha. Todos los años gastamos millones de euros con empresas privadas, pero eso no quiere decir que estemos privatizando. Hemos de diseñar proyectos de colaboración con la empresa privada que permitan compartir, por un lado, objetivos de mejora de eficiencia o eficacia y, por otro, los riesgos de no conseguirlos.

Defiende, por tanto, la necesidad de desarrollar proyectos de colaboración que les permitan abordar inversiones de futuro en una situación muy difícil, generada porque los

recortes **“han dejado los capítulos de inversiones reducidos a la mínima expresión, y un hospital es una estructura muy compleja, son miles de metros cuadrados que mantener, cientos de equipos médicos en funcionamiento, que tienen una vida media limitada, que se vuelven obsoletos, que se estropean y que por lo tanto hay que renovar”.**

Por eso reclama esos **“mecanismos que nos permitan mantener al día toda la estructura y todos los equipamientos del hospital por encima de la disponibilidad o no del capítulo de inversiones a nivel presupuestario, con el fin de salvaguardar la calidad y la seguridad clínica de nuestra actividad.”**

Porque, entre otras cosas, el problema en algunos aspectos, como el de la tecnología, ya no es de avanzar y estar a la última, sino sencillamente sobrevivir: **“No es que necesitemos estar a la última en tecnología. Estamos hablando de que es imprescindible mejorar la capacidad de inversión de los hospitales para mantener la normalidad de la estructura productiva. Ya no estamos hablando de la última tecnología, sino de mantener la normalidad”**

Pero se topa con la política, y con unas posiciones de gestores públicos comprensibles, pero no prácticas.

.- La planificación sanitaria probablemente ha estado muy condicionada por aspectos sociopolíticos que en ocasiones han tensionado el sistema. Creo, sin embargo, que esta planificación tendría que atender a criterios más técnicos que sociopolíticos.

.- Si los políticos en vez de dedicarse a abrir hospitales donde no es estrictamente necesario, se ocuparan en redistribuir presupuestos con criterios más de eficacia o profesionalidad, nos iría mejor...

.- Probablemente tendríamos un modelo con una estructura productiva diferente. Yo entiendo que a nivel de la red de atención primaria la política municipal tenga algo que decir. Probablemente la política municipal ha de incidir directamente en esta planificación. Pero la planificación de la red hospitalaria debe ser supra-municipal, no podemos tener un hospital en cada municipio y por lo tanto en esta planificación de la red, de las carteras de servicio de cada uno de los hospitales, de la distribución de la tecnología médica en cada uno de los centros, han de primar fundamentalmente criterios técnicos de planificación.

Sostiene, sin embargo, que el Plan que rige la Sanidad en Cataluña, el Plan de Salud 2011/15 es una herramienta útil y hasta referente, por la planificación sanitaria, la calidad asistencial, y el modelo que desarrolla.

.- Sin duda. Cataluña tiene un modelo sanitario peculiar en el que se ha sabido aprovechar al máximo los recursos existentes tanto públicos como de otra naturaleza no pública y ha sabido desarrollar un modelo que permite combinar los recursos públicos y no públicos en beneficio de la salud de los ciudadanos. El Pla de Salut de Catalunya es el marco de referencia de todas las actuaciones públicas en materia de salud. Es un instrumento fundamental para dar respuesta a las tendencias estructurales y a los retos de futuro, para mejorar el estado de salud de la población.

.- Con un importante desarrollo de la colaboración público-privada sobre todo en el desvío de pacientes para aliviar las listas de espera, y centrado en la atención primaria como principal vía de acceso al Sistema Público...

.- Lo importante es que el Sistema tenga la capacidad de dar respuesta a toda la demanda asistencial que tiene, que es muy diferente. Hay una demanda de atención primaria, hay una demanda de atención especializada de agudos, de enfermo crónico, de patología terciaria... Es importante que el sistema adapte sus estructuras a estos diferentes tipos de demanda y por lo tanto dé respuesta a cada tipología de demanda en el dispositivo sanitario más adecuado. Todo aquello que se pueda resolver en la primaria, por lo tanto, no ha de ir al hospital. Todo aquello que se pueda resolver en un hospital básico no ha de ir a un hospital terciario, y así sucesivamente. Evidentemente, las disfunciones existen, tenemos los servicios hospitalarios de urgencias que acaban absorbiendo todo lo que llega, pero creo que hemos de tener la capacidad de poder redirigir esta patología banal que llega a los servicios de urgencia hospitalarios a los dispositivos que tenemos adecuados para ello, que pueden ser los centros de urgencias de atención primaria, o los propios centros de atención primaria.

.- Y una colaboración con el sector privado que, ¿pone en riesgo la supervivencia del Sistema público?

.- Son dos sanidades absolutamente complementarias que probablemente están dirigidas a mercados diferentes y a sectores diferentes. Y han de colaborar. Yo creo que no hemos de tener miedo, a que el Sistema Sanitario Público desaparezca. El Sistema sanitario público seguirá siendo público en cuanto a que se financie con recursos públicos, y vaya destinado a los ciudadanos de un territorio. La cuestión es cómo se gestionan esos recursos públicos para prestar esta asistencia. Introducir herramientas de gestión más propias de una empresa privada en la gestión de los fondos públicos, en la prestación de la asistencia a los ciudadanos, yo creo que en ningún caso es privatizar. Podemos introducir nuevas herramientas de gestión económica, de recursos humanos, de adquisición de equipamientos y compras, y podemos seguir siendo financiados al cien por cien

por recursos públicos que vienen de unos presupuestos y podemos estar prestando una asistencia gratuita a unos ciudadanos. Yo creo que son cosas diferentes, que en ningún caso es privatización y creo que es modernizar la sanidad pública que probablemente es lo que hace falta.

Alfredo García Díaz, que considera que **“el gerente no puede ser el que más sabe de cardiología o de neurología”** y por eso es partidario de **“tomar las decisiones técnicas que afectan a departamentos concretos de forma compartida”** aboga por un gran pacto de los actores de la Sanidad. En realidad, lo considera *imprescindible*:

“Creo que es imprescindible generar un pacto entre todas las fuerzas sociopolíticas para fijar un marco general de funcionamiento. No puede ser que la Sanidad esté en el foco del conflicto de manera permanente. Esto genera una gran distorsión para la asistencia, para el día a día. Habrá que definir unas reglas del juego macro generales en cuanto a financiación, en cuanto a coberturas y garantías, en cuanto a cartera de servicios, etc. Una vez definido el marco, habrá que centrar el foco en la evaluación de resultados y en la mejora de la transparencia del sistema”.

CARLOS GONZALEZ BOSCH
Presidente de COFARES

“Hay que cambiar la mentalidad a la hora de gestionar: exigir resultados y romper la dependencia política”

Presidente del Grupo Cofares. Presidente de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de la CEOE. Licenciado en Farmacia, es miembro del Comité Ejecutivo el GIRP, Asociación Europea de distribución farmacéutica, Presidente de OFSA, Empresa Logística de Distribución de Medicamentos y profesor asociado en el ESIC. Ha sido vicepresidente del Consejo Rector de Cofares, y Secretario General de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles.

El Presidente de la cooperativa farmacéutica COFARES está convencido de que **“se puede ver el estado de ánimo de una sociedad a través de la farmacia”**.

Y ciertamente, la farmacia es ese lugar al que no sólo vamos a comprar medicamentos que nos recetan o artículos que tienen que ver con la salud, sino donde encontramos consejo y a menudo alivio.

“El farmacéutico es el profesional de la sanidad más cercano a la sociedad, más cercano al paciente o al cliente, sin duda. Y esa labor es la que justifica la existencia de la farmacia.”

Es optimista con respecto a la salida de la crisis del sector desde el que habla, el de la distribución de medicamentos, pero recuerda también que si el Sistema público de salud en España sigue siendo excelente y no ha perdido, a su juicio, calidad asistencial, es entre otras razones porque los recortes sólo han afectado a los sueldos de los funcionarios sanitarios y al sector farmacéutico. Sector que, de cara al futuro, reivindica un mayor protagonismo en su papel dentro del Sistema Nacional e Salud.

.- Yo diría que dentro de lo que ha sido esta crisis, y digo ha sido porque yo creo que no estamos ya inmersos en ella desde el punto de vista formal, la farmacia y

los funcionarios hemos sido los dos sectores que más hemos sufrido. Este es un mercado muy intervenido y en épocas de crisis sufre una mayor presión del Estado, disminuyendo el precio de los medicamentos, activando tasas por ejercer la profesión, lo cual hace que nuestro margen sea menor, desviando medicamentos que estaban en las farmacias a los hospitales, por motivos económicos, que no terapéuticos, y en definitiva, deprimiendo al sector. Ha sido muy fuerte el recorte.

- Y se mantiene, creo, el problema de los impagos en algunas comunidades..

- Es que no quiero a los impagos darles naturaleza estructural. Lo son en Valencia y no están resueltos en Cataluña, donde creo que juega un papel importante el componente político, pero tengo la esperanza de que sean coyunturales.

- Cuando habla de que ya no estamos inmersos en la crisis, ¿Es una constatación?, ¿Es una impresión?, ¿Un deseo?

- Es la constatación de lo que ahora se está vendiendo en las oficinas de farmacia. Lo peor, los momentos de falta de consumo, ya ha pasado. Se nota sobre todo en la venta libre, la que no se dispensa con cargo al Sistema Nacional de Salud, que viene a ser aproximadamente un 25% de media de lo que venden las oficinas de farmacia. Se está notando un aumento en las ventas desde el tercer trimestre del año pasado. Y las farmacias están invirtiendo, algunas de ellas bastante, en acomodarse a las nuevas circunstancias que se están produciendo.

- ¿Nuevas circunstancias?

- Si...el farmacéutico es el profesional cercano, el que aconseja. Pero la farmacia también tiene una gestión empresarial. Son empresas concertadas con el Sistema que tienen, como todas, compromisos salariales con sus empleados, compromisos financieros con las empresas financieras que le han prestado, compromisos de inversión para acondicionar y hacer frente a las nuevas demandas del paciente o del cliente. Hay que gestionar de una forma empresarial porque si no, no tendríamos recursos para hacer la labor profesional.

- ¿Por ahí va ese cambio al que se refiere?

- Va por ahí y por profundizar más nuestro compromiso con respecto a las posibilidades que tiene la sociedad de utilizar los conocimientos del farmacéutico de una forma más profunda. Por ejemplo, yo tengo mucha fe en lo que pueden hacer las farmacias respecto al nuevo espacio socio-sanitario que se está negociando ahora para aquellas personas que son dependientes, atención domiciliaria, tratamientos fármaco-terapéuticos, adherencia a los tratamientos, todo eso. ¿Quién mejor que la farmacia para hacerlo? Un ejemplo, Getafe, en Madrid. Allí viven ciento sesenta mil personas, ¿cuántas, en este momento, están vinculadas a la dependencia? Pues mil, dos mil. Bueno, pues si nosotros conseguimos que esas dos mil personas, si lo desean, tenga cada una de ellas una farmacia inscrita

para que atienda sus necesidades relacionadas con los medicamentos, estaremos consiguiendo algo maravilloso. Y la farmacia está preparada para eso, únicamente hay que utilizarla. Ese es el nuevo esquema en el que yo concibo lo que es profundizar en la profesionalización de la farmacia.

Subraya, en esa dirección, la necesidad de hacer suyas las herramientas tecnológicas que permiten mejorar la relación con los pacientes/clientes.

“Estamos trabajando ahora sobre una aplicación que permitirá que se contacte con la farmacia directamente a través de la red. Que el cliente pueda desde cualquier sitio enviar un mensaje o dialogar con su farmacia para pedir consejo o reservar un producto. La farmacia, que utiliza sistemas de gestión muy avanzados, es uno de los establecimientos que tienen una mayor capacidad de convertir la tecnología en bienestar para todo lo que le rodea.”

Pero los avances encuentran resistencia, y en este caso no dentro del propio sector:

“Hay un desencuentro ahora con los médicos a cuenta de la receta electrónica que ha conseguido que el paciente no tenga que ir tantas veces al médico y que el control se pueda realizar en la farmacia. Claro, los médicos ven cómo se pierde esa relación que tenía con el paciente que ahora queda bajo la relación más frecuente con el farmacéutico. Una vez diagnosticado el paciente puede encontrar en la farmacia la terapia necesaria, y si además el farmacéutico es especialista en controlar esa terapia, pues quizá el médico ahí, ya no tiene que estar tan presente”.

Y ya no se trata sólo del médico. Con una mayor presencia del farmacéutico, se aliviaría la presión sobre los hospitales, urgencias incluidas. Un buen diagnóstico en primaria, y un seguimiento farmacéutico al paciente:

“Las consultas y las urgencias están abarrotadas por gente cuyo único objetivo es muchas veces que le den una receta. Un correcto seguimiento a través de la farmacia limitaría esa presencia. ¿Los médicos se enfadan? Lo entiendo. Pero hay que entender que el protagonista de la Sanidad ya es el paciente, esa es la clave. Por supuesto, el médico es un elemento imprescindible porque es el que diagnostica y el que elige la terapia. Pero a partir de ahí tiene que haber un fabricante que sea el que ponga a disposición del médico las terapias y un farmacéutico que vise a toda la utilización de ese medicamento. El médico no puede ser un hombre orquesta que lo abarque todo. Ahora le ha llegado el momento de reconvertirse.”

COFARES es un grupo con naturaleza jurídica de cooperativa que distribuye medicamentos y material sanitario a más de 10.000 farmacias de sus socios y otras cinco mil más de clientes. Tiene también banca propia para los farmacéuticos y

un sistema de gestión para los establecimientos farmacéuticos, también exportación y consultoría:

“Todo lo relacionado con el medicamento y de alguna forma, la constitución de los objetivos de los propietarios de esta empresa que tienen a su vez oficinas de farmacia abiertas al público”

Desde esa experiencia, González Bosch otorga valor singular a la colaboración entre el sector público y el privado.

“Sin duda, la farmacia es el mejor ejemplo de lo que es esa colaboración.

Nosotros estamos vinculados a unos recursos públicos que provienen de los impuestos, estamos vinculados a una serie de reglamentos que son públicos, pero somos empresas privadas que concertamos un servicio con las administraciones. Las farmacias son propiedad de farmacéuticos, que son empresarios privados que conciertan un servicio por cuenta de un Sistema para beneficio de los usuarios del sistema.”

Y considera fundamental esa relación para el mantenimiento del actual Sistema Nacional de Salud.

.- Hay una polémica falsa entre lo público y lo privado en Sanidad. En la Constitución y en la Ley del Medicamento se determina la colaboración necesaria de la sanidad pública con la sanidad privada. Colaboración necesaria. Es más, si no hubiese sanidad privada este país tendría que gastarse un 30 o un 40 por ciento más en asistencia. Y en inversión, ni le cuento. El sector sanitario privado es un elemento dinamizador de la economía y un elemento de modernidad que introduce competencia y eficacia.

.- Hay quien cree que se está desmantelando conscientemente la sanidad pública buscando un nuevo modelo en el que los servicios de calidad sean los privados...

.- ¿Pero cómo se puede decir eso? “desmantelo la Sanidad pública para ofertar la privada”. Pero si la privada son inversiones de gente que se juega su dinero para que exista esa sanidad. Complementará y apoyará a la Sanidad pública, pero nunca la va a sustituir. La Sanidad pública española es envidiable porque tenemos una atención integral a todo y para todos. No va a desaparecer, como no ha desaparecido en ningún lugar; no existe un país que haya prescindido de la Sanidad pública porque no se puede prescindir, es un derecho del ser humano. Otra cosa es que tenga que mejorar la gestión y adaptarse a los nuevos tiempos, pero no va a desaparecer.

.- No ve usted, por tanto, riesgo en el Sistema Nacional de Salud...

.- Lo que está en riesgo son muchas de las empresas que en su momento nos acercamos a hacer Sanidad y nos vemos obligados a estar sufriendo como consecuencia de que los recortes siempre están vinculados a los mismos: al sueldo de los

funcionarios y al valor del medicamento. Solo esa parte de la sanidad corre peligro. Lo demás no. La asistencia sanitaria en España es espléndida. Va a ser una Sanidad, como ha sido estos años de tremenda crisis, en que no ha habido problemas desde el punto de vista asistencial; donde se ha seguido atendiendo a todo el mundo; donde las urgencias no tienen ningún tipo de copago por la asistencia, lo cual es inédito en Europa: somos es el único país que no tiene ningún copago asistencial. El único copago que tiene es el copago farmacéutico.

- ¿Sería partidario de establecerlo?

- Si, en un punto, las urgencias. Me parece que, a menudo, hacemos un uso absolutamente inadecuado e injustificable de las urgencias. No puedes ir allí porque te has torcido un tobillo jugando al pádel, cuando podrías haberlo hecho uno o dos días después a tu médico de primaria si te seguía doliendo...es sólo un ejemplo.

- ¿Y el de medicamentos, que no se aplica en todas las comunidades, le parece suficiente?.

- La verdad es que el Gobierno aquí ha estado hábil. Porque cogió un copago de cinco y medio y lo ha llevado al diecisiete. Y la sociedad lo ha asumido perfectamente. ¿Por qué? Porque ha hecho dos cosas interesantes: eximir de pago a los parados de larga duración y limitar el pago de los pensionistas.

Si no hubiésemos hecho eso, el sector farmacéutico estaría absolutamente quebrado, porque es imposible mantener los crecimientos que se estaban produciendo. Yo creo que los crecimientos tienen que estar vinculados al IPC siempre. De cualquier cosa, porque el aumento del IPC es lo que te da el aumento de la capacidad de generar la riqueza del país.

Gestión. Y eficiencia. Esas son las claves para el sostenimiento del Sistema Nacional de Salud.

“Tenemos una Sanidad pública que es magnífica desde el punto de vista asistencial, pero hay que cambiar la mentalidad a la hora de gestionar. Y la forma de hacerlo es exigir resultados y romper la dependencia política. Porque aquí hay magníficos gestores. Hay que introducir gestión privada o elementos de gestión privada, siempre pensando en la eficacia. Por ejemplo, en Madrid, dos pueblos como Valdemoro y Parla, que están a quince kilómetros, tienen dos hospitales que son prácticamente. En la mayoría de los hospitales públicos los aparatos sólo se utilizan de lunes a viernes hasta las tres de la tarde. Es un disparate. Eso no pasa en la privada. Eso no debe pasar en ningún sitio”

- El problema del sector público es que es muy difícil tocar nada.

.- Pero se puede. Y se debe hacer. Ya digo, que es necesario un cambio de mentalidad. Pero además hay instrumentos. Por ejemplo, ¿por qué no convertir un hospital público en una fundación?

.- Lo hicieron en su día Romay Beccaría y Núñez Feijó, pero aquellos centros han quedado absorbidos por el Sistema público...

.- Por falta de fe, porque hay mucha gente que no lo ve. Y sin embargo es la vía de entrada a la eficiencia. ¿Por qué nos negamos a eso?. Hablo de fundaciones, no de gestión por parte de una empresa privada. Conviértamos el hospital en una fundación y que entre la sociedad civil a ver y a controlar cómo funciona. Esa misma sociedad que se beneficia de los servicios sanitarios va a ser la que determine qué se hace y cómo.

Eficiencia, al menor coste posible sin dejar de prestar servicio. Ese es el objetivo. Mientras, la farmacia reivindica su papel de lugar de encuentro con el paciente, encuentro constante y cotidiano que la permite observar y decidir desde la distancia corta dentro del Sistema de salud.

“La farmacia es un elemento imprescindible. Cada una tiene de media cien operaciones al día. En España hay más de 20.000 farmacias. Por tanto, cada día relacionamos en el ámbito farmacéutico a más de dos millones de personas. Es mucho movimiento. Es mucho poder”

MÁXIMO GONZÁLEZ JURADO

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería

“ Falta autoridad y gobernanza: no hay que privatizar la gestión, sino dar más capacidad a los gerentes”

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería y miembro del Consejo Asesor de Sanidad del Ministro de Sanidad y Política Social. Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad en Enfermería Médico-Quirúrgica y vocal del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Graduado en Enfermería y Podología y licenciado en Antropología. Profesor Titular de la Universidad Complutense de Madrid. Está en posesión de dos doctorados por la Universidad Complutense de Madrid, el primero en Medicina y el segundo en Enfermería. Ha sido condecorado con la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad y con el Premio Internacional Cuadrienal “Christiane Reinmann”, considerado el “Premio Nobel” de la enfermería.

Máximo González Jurado cree que el problema del Sistema Nacional de Salud es **“el encorsetamiento de la Administración y su enorme intervencionismo”**.

Acaba de salir de la crisis del ébola que para él se convirtió en una especie de guerra de desgaste **“con consecuencias para mi propia salud”** frente a una Administración **“incompetente y soberbia, que no podía haberlo hecho peor”**.

Y relata:

.- Nosotros nos ofrecimos a darle información al Ministerio y la respuesta de Pilar Farjas, la Secretaria de Estado de Salud, la gran culpable de esta crisis, fue “ya le llamaremos cuando le necesitemos” y hasta hoy; o, mejor dicho, hasta que la vicepresidenta Sáenz de Santamaría se hizo cargo del tema y creó un comité de expertos. La vicepresidente me llamó a su despacho, me pidió información y escuchó atentamente todo lo que estaba ocurriendo.

- Pero la responsable de la gestión de esta crisis era la Comunidad de Madrid...
- **Si, pero el gobierno tenía que haber ejercido el liderazgo, un liderazgo claro que, por ejemplo, sí está teniendo con el tema de la hepatitis C.**
- ¿Y por qué no se ejerció ese liderazgo?
- **Por incompetencia. Lo que ha pasado de verdad en esta crisis lo contaré dentro de unos años porque todavía no se puede contar. Es de tal gravedad que no se puede contar. Una falta de previsión, un impericia, escandalosas. No fue un problema de medios, sino de tremenda incompetencia.**

Superada ya, la pregunta ante esta crisis es si hay una verdadera política de Salud Pública en España.

- ¿Pero cómo la va a haber? Es imposible, no hay autoridad. Teóricamente, el Estado tiene la autoridad en Salud pública, pero o no la ejerce o no la quiere ejercer o no sabe hacerlo. Porque en Salud pública no cabe que la Comunidad tal diga esto o lo otro, en Salud pública ante una crisis tiene que haber una autoridad. Aquí hemos pasado de un Estado centralista a otro en el que cada uno hace lo que le da la gana o le viene bien políticamente

- Se supone que se descentralizaron los servicios de Salud para acercarla a los ciudadanos...

- Y de hecho se ha acercado. Yo creo sinceramente que la descentralización ha sido muy positiva. El problema es que no se ha hecho de forma correcta y con autoridad. El que se haga una planificación bien hecha en una Comunidad Autónoma en vez de una planificación centralizada como se hacía antes, a mi me parece que es buenísimo, y además ha reequilibrado el Sistema mucho más. Creo que en eso se han hecho las cosas bien. El problema es que al transferirse las competencias en Salud pública además de atención sanitaria, se dejó en manos de cada autonomía algo que debería ser común para todos. Le pongo como ejemplo el calendario vacunal; se adopta el acuerdo en el Consejo Interterritorial, pero luego sale cada Comunidad Autónoma diciendo que vacuna de lo que quiere cuando quiere. Mire usted, no. ¿Qué es lo que falta? Autoridad. Gobernanza. Nosotros en un informe que hicimos conjuntamente con el Consejo General de Médicos, le propusimos cien medidas al gobierno para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Entre ellas, la creación de un Consejo de Administración del Sistema.

Es el principio de gobernanza del Sistema, la propuesta principal de las cien medidas contenidas en un documento elevado al gobierno por los representantes del

medio millón de profesionales de la medicina y la enfermería que *vertebran* el Sistema Nacional de Salud:

“Hace falta un principio de gobernanza, una ley orgánica que establezca una autoridad nacional, y eso no es recentralizar competencias. Al igual que en la crisis de las vacas locas se creó por una ley orgánica la Agencia de Seguridad Alimentaria, que tiene un Consejo de Administración y sus decisiones son de obligado cumplimiento, sería necesaria la creación de un Consejo de Administración para el Sistema Nacional de Salud”

Un órgano rector con capacidad de decisión sobre las grandes líneas de actuación de la Sanidad, que ordene con *autoridad*.

.- Llamémosle como le queramos llamar. Pero en él tendrán que estar el Gobierno de la Nación, las comunidades autónomas, los profesionales, los pacientes, los proveedores,... todo el sector. Y cuando adopte acuerdos, que esos acuerdos vayan adelante. No se trata de coordinar, sino de ordenar. ¿Por qué tiene que haber 17 agencias de calidad en vez de una agencia nacional de calidad? AENOR cuando te certifica, te está certificando una norma; una norma ISO es universal...¿por qué no se puede hacer una evaluación a nivel nacional? ¿Por qué se tiene que estar evaluando y luego reevaluando a su vez cada comunidad?

.- ¿Darle mayores competencias al Consejo Interterritorial?

.- Es un órgano de coordinación, y la coordinación sin autoridad, sin ser vinculante, no existe. Yo lo que digo es que el Consejo Interterritorial, que ahora mismo es una conferencia sectorial, en vez de ser eso, que tenga capacidad de gobernanza, de adoptar acuerdos vinculantes. Habría que determinar qué cosas se someterían a este órgano, pero serían principios básicos que darían al Sistema una estabilidad tremenda.

Gobernanza. Y valor para emprender reformas estructurales en un Sistema que además de crisis de autoridad, tiene algunas crisis de funcionamiento, estructural, que ha multiplicado el efecto destructor de la crisis económica.

“El Sistema sanitario tiene un problema de carácter estructural que no se ha querido abordar. Y es que cuando hemos tenido el problema de verdad es cuando Bruselas nos dijo déficit cero. En España, desde siempre, en el mes de agosto o septiembre los presupuestos de Sanidad ya se habían terminado. Se iba al crédito extraordinario. Eso que debería haber sido la excepción terminó convirtiéndose en la norma. Llega el déficit cero, la prohibición. En ese momento el Sistema debe unos 20 o 25.000 millones de euros. ¿Qué hace el gobierno? Adelanta 15.000

millones para que le paguen a los proveedores porque si no la industria se cae toda, y pagan. Pero ojo, que el gobierno adelanta, presta con intereses, aunque ahora hemos visto que los intereses se los acaban de quitar. Vale, pero tienen que devolver 15.000 millones. Al año siguiente le presta el Estado otros 6.000 millones más. Ya van prestados 21.000 millones. Quiere decirse que si antes, en el mes de septiembre ya se había consumido el presupuesto, ahora además hay que devolver la deuda. Ahí es donde está la crisis. Y cuando hablamos de sostenibilidad, hablamos de esto”

¿Qué hacer ante esta realidad? Racionalizar gasto. Hasta ahora, los recortes se han limitado a los recursos humanos, con bajadas de salario a los profesionales y despidos masivos que están afectando a la enfermería, y a las compras de medicamentos

.- El tijeatzo se ha pegado en dos sitios nada más, el medicamento y los recursos humanos...

.- Dicen los gestores que no había mucho más donde cortar...

.- Por Dios bendito, ¿cómo que no? Empecemos a hacer recortes de infraestructuras

.- ¿Recortamos competencias en Sanidad, entonces?

.- No. Racionalizamos el gasto. ¿Es necesario que Toledo tenga un hospital que tiene un kilómetro de fachada? Eso vale mucho dinero. Un hospital que no se puede abrir porque las eléctricas no le dan energía por la falta de pago de otros centros de la Comunidad. Hay decenas de casos de despilfarro, de funciones repetidas, de gente que no hace nada por la mañana y lo pasa a limpio por la tarde. No se ha puesto en marcha la central de compras, sigue la descoordinación de las vacunaciones. Lo que pasa es que no han tenido valor de recortar donde de verdad se puede. Es más fácil no renovar a cien enfermeras, y a la calle; recortar el sueldo a los sanitarios en vez de acometer una verdadera reforma estructural... que yo no abra un hospital aquí y otro a 4 kilómetros con una línea divisoria entre comunidades autónomas. No; aquí se abre un solo hospital, y si hace falta además. Pero no; aquí cada uno con su Taifa y, mientras, seguir con la mentira de que “seguimos manteniendo la calidad”

.- No he oído yo mucha autocritica en ese sentido.

.- Pues es evidente: ha aumentado la desigualdad y las listas de espera. Es normal. Los resultados en salud no pueden ser los mismos con la situación de crisis financiera y con los recortes, manteniendo las mismas estructuras. Si tú estás en un servicio de urgencias y antes había cuatro enfermeras y ahora hay dos o tres, la

atención no puede ser la misma. Hay un estudio que ha publicado la revista *The Lancet* realizado en dieciséis países, nueve de ellos europeos, que es concluyente en eso, y va más allá: afirma que la reducción del personal de enfermería deriva en riesgo directo de muerte o agravamiento de la salud de los pacientes. En concreto, concluye que por cada paciente extra que se añade a la carga de trabajo de un enfermero, las posibilidades de que un paciente muera en el mes posterior a la cirugía aumentan un 7 por ciento.

Lamenta el Presidente del Consejo Nacional de Enfermería, la sangría que la crisis y la inadecuada forma de abordarla ha provocado en su sector.

“Se ha echado a la calle a 20.000 enfermeras. Ocho por cada médico que ha salido en esta crisis del Sistema Nacional de Salud. Y eso que aquí el número de enfermeras con respecto a médicos es mucho menor que la media europea, donde hay un 30 por ciento de médicos frente al 70 de enfermeras. Aquí estamos en 47/53. El personal que se necesita para mantener el contacto con el paciente ha pegado un bajón brutal. Y es verdad que se necesita el diagnóstico o la cirugía del médico, pero es indispensable la continuidad de los cuidados. Si había tres enfermeras en urgencias y ahora hay dos, el riesgo será mayor y la atención menor. Eso es así”

E insiste en que no es sólo un problema de gestión, sino sobre todo de estructura, de organización...de utilización política en el peor sentido del término.

.- Los gestores de la Sanidad pública española no son unos incompetentes. Yo creo que no. Son gente de una preparación extraordinaria. El problema es que no son gerentes, son administradores porque no pueden tomar decisiones. Y un gerente que no puede tomar decisiones no es gerente, es administrador. Hay que cambiar las reglas del juego y darle competencias.

.- ¿Y aprender del sector privado? ¿O abrirle más las posibilidades en la gestión de la Sanidad Pública?

.- El sector privado tiene su sitio y eso está resuelto en la Ley General de Sanidad. Lo que pasa es que aquí se sigue manteniendo un debate absurdo entre lo público y lo privado. La ley dice claramente que hay un Sistema sanitario que es la suma de los dos subsistemas y uno complemente al otro en aquello que pueda o que necesite.

.- ¿No hay que temer entonces una privatización de la Sanidad pública? ¿No tendrían sentido las movilizaciones como la Marea Blanca de Madrid?

.- Al contrario, a mi me parece muy bien y yo lo apoyo. Porque lo que se iba a hacer en Madrid era la consecuencia de la subasta a la que habíamos asistido los

madrileños sobre quién ponía más hospitales. El PP abrió seis públicos y al año pretendió poner su gestión en manos privadas, con perjuicio notable para no pocos profesionales a los que se le cambian las reglas del juego en mitad del partido, y si no lo aceptan, a la calle. Pues no. No privatice usted la gestión sino que cambie la ley para dar más capacidad a los gerentes.

Gobernanza, autoridad, apertura en la gestión, despolitización...y una de las cuestiones más espinosas de cara a las soluciones para la sostenibilidad del Sistema: la responsabilización de los usuarios en eso que algunos llaman *copago* y González Jurado bautizó como *repago*.

“Lo que hay que hacer es decirle a la población cuál es la capacidad económica, qué posibilidades reales de ofrecer prestaciones tenemos y que nos digan cómo quieren tenerlas. Pero, claro, antes hay que haber acordado qué grasa sobrante quitamos del Sistema y cómo. Porque no acepto que se le pida más dinero al ciudadano que ya paga impuestos, mientras se tire el dinero y no se cambie la estructura de la Administración. Volvamos a un presupuesto finalista en Sanidad que cada comunidad distribuya como quiera, pero finalista. Y una vez estén las cuentas claras, preguntemos a los ciudadanos hasta dónde quieren llegar y qué están dispuestos a aportar. Pero antes las reformas.”

Para ello se necesita un pacto político. Muy difícil, a juicio de Máximo González Jurado, pero no imposible. Los dos grandes partidos, asegura, están de acuerdo en que el criterio de gobernanza es fundamental, pero que no lo aplican porque la Sanidad se ha convertido en una eficaz herramienta política.

“Es la estrategia del enfrentamiento, ante la cual la única solución posible será un gobierno de coalición; hasta que no dejen de echarse en cara unos a otros los problemas de la Sanidad como herramienta de confrontación y desgaste político, no va a ser fácil hallar una salida”

Y le reprocha a Rajoy no haber tenido el coraje político de abordar las reformas que necesita el Sistema Nacional de Salud.

“Se ha perdido una oportunidad, y esto habrá que achacárselo al señor Rajoy y su gobierno. La oportunidad de que con la mayoría absoluta más grande que ha tenido este país desde que tenemos democracia, donde se controlaban 11 comunidades autónomas, se controlaban los ayuntamientos y mayoría absoluta a nivel nacional, no se ha hecho la reforma estructural que el Sistema necesitaba”

JOAN GUANYABENS
Director de Informática de Salud de PwC Consulting.

“La situación de la Sanidad requiere un cambio legislativo en la Administración, porque lo que está en crisis son todos los servicios públicos”

Joan Guanyabens, responsable de Informática de Salud de PwC Consulting, es Licenciado en Medicina y Cirugía y Master en Gestión Hospitalaria por ESADE. Su trayectoria profesional ha discurrido siempre en el ámbito del uso y la aplicación de la tecnologías de la información y las comunicaciones en el mundo de la Salud. Ha sido Secretario de Estrategia y Coordinación del Departamento de Salud de la Generalitat Catalana y Consejero Delegado de la Agencia Catalana de Evaluación, Tecnología e Investigación Médica.

La consultora PwC realiza cada año un informe sobre la situación de la Sanidad Española. Ya en 2012 alertaba de la posibilidad de que la crisis económica se transformase en una crisis de Salud pública. No parece que hayamos mejorado.

Desde PwC el panorama se sigue contemplando con preocupación, porque el riesgo persiste, según apunta Joan Guanyabens.

“Si claro, solo con recortes no se mantiene el Sistema sanitario. O se degenera o se transforma pero igual no va a continuar. Por tanto, hay que abordar la transformación del sistema: si continuamos haciendo lo mismo, de la misma manera, solo con el envejecimiento de la población, con el incremento de las necesidades y exigencias de la sociedad, la inflación, el coste de la introducción de nuevas tecnologías, productos, etc van a disminuir los recursos y por ende la calidad”

- ¿Qué decisiones habría que tomar ya para empezar a abordar esa transformación?

.- Antes que nada, medir: lo que no se puede medir no se puede mejorar. Hay que promover el acuerdo en la identificación, la medición y los resultados a obtener. Y, naturalmente, difundir de forma abierta y transparente los resultados conseguidos por las diferentes autonomías, entidades, centros, unidades, equipos, profesionales...A partir de ahí, ir hacia un Sistema sanitario de acceso universal basado en una cartera de servicios y prestaciones caracterizadas por indicadores de proceso, de calidad y de resultados a proporcionar por una red de proveedores acreditados que compitan entre ellos para dar mas y mejor salud y bienestar a sus clientes

.- Una gestión eficiente...

.- A la que habría que sumar, también en términos globales, el que se promueva la reutilización de los datos relativos a la salud de las personas para fomentar la investigación y la generación de nuevo conocimiento que retorne los recursos utilizados a la sociedad en forma de un mas y mejor salud.

Conocimiento, medida, transparencia y compromiso de calidad. Un cambio en la mentalidad de la Administración que probablemente requiera algo más que buena voluntad:

“Un cambio de legislación importante, porque lo que está en crisis son todos los servicios públicos. Por necesidad económica pero también por exigencia social deben cambiar a mejor, mas eficientes, mas accesibles y con mayor personalización. La Administración publica no dispone de los mecanismos y las herramientas para gestionar de forma eficiente la provisión de los servicios e introducir de forma continua las mejoras”

La clave es la política de personal, los recursos humanos, y la autonomía de gestión, la independencia del poder político por parte de las personas que gestionan lo público.

.- No hay mecanismos de gestión más allá de una plaza. Por eso hay que repensar toda la administración pública. Esto de tener funcionarios médicos o enfermeras no tienen ningún sentido. Y además estamos gestionando un país en el que los políticos hacen de técnicos, y no puede ser. Cuando cambia el gobierno cambia hasta el celador del hospital. La gestión tiene que ser de los técnicos y los profesionales, que son los que saben. Vamos en dirección contraria.

.- Por tanto, es vital una mayor autonomía

.- Si, cuanto más cerca esté la toma de decisiones del usuario final mejor. Quien mejor conoce el tema, los profesionales y usuarios, deben afrontar y poder resolver los problemas. El criterio técnico, profesional debe prevalecer por encima

del criterio político y mas aun del demagógico. La forma de conseguirlo es dotando de autonomía de gestión a los profesionales exigiendo responsabilización en la obtención de resultados con los recursos disponibles y transparencia, y dejando que se organicen como estimen mas oportuno.

.- Hay quien opina que ante la situación del Sistema Nacional de Salud y las dificultades de coordinación, sería necesario “recentralizar” los servicios. ¿Qué piensa usted?

.- No, no estoy de acuerdo, al menos en esos términos. La descentralización ha supuesto una mejora sustancial de la planificación y provisión de los servicios de salud. Gracias a esa cercanía, la población percibe el sistema sanitario como un elemento de valor al que no esta dispuesto a renunciar y califica de forma positiva estos servicios. En ningún caso hay que recortar las competencias de las autonomías. Otra cosa es tomar algunas decisiones de forma centralizada para una mayor coordinación.

.- Yo creo que esa es la idea...

.- Me refiero a decisiones sobre definición, regulación y normalización de la cartera de servicios y prestaciones. Y también sobre criterios de calidad y medición de resultados de medición; y exigir el rendimiento de cuentas homogéneo, y, como decía antes, de forma transparente. Pero la gestión y la provisión por parte de las autonomías debe estar descentralizada.

En esta mejora de la gestión, Guanyabens considera, en la línea de lo apuntado por PwC en sus últimos informes, que es necesario aprovechar la tecnología para mantener prestaciones. Pero aún hay que vencer resistencias.

.- Las tecnologías de uso diario, los móviles, las tablets, permiten una mejor gestión de la información y pueden suponer importantes mejoras en los servicios: accesibilidad, industrialización- mejora de la calidad, personalización, eficiencia...Pero su introducción solo se produce por interés de alguien y si añaden valor a alguien

.- ¿En qué sentido? ¿No es suficiente valor la mejora de los servicios?

.- El problema es la resistencia de los profesionales a cambiar. Nadie quiere cambiar, nadie tiene interés par cambiar. A no ser que el ciudadano lo exija, el profesional que está en su trabajo no va a dar el paso de cambiar su forma de trabajar. Estas tecnologías cambian ese entorno radicalmente, nos sacan de nuestra rutina. Y no es un proceso fácil. Pero, ojo, no son ellos los únicos responsables: al profesional hay que darle incentivos al cambio y con la actual política de recursos humanos en la administración esto es imposible. Y sería tremendamente eficaz, porque estamos formando médicos de primer nivel mundial que están haciendo lo que hace cualquier MIR en Primaria.

.- ¿Qué papel hay que dar a los pacientes, a los usuarios en el cambio?

.- **Los pacientes ya han cambiado y aun van evolucionar mas. De un papel pasivo, reactivo, a un papel proactivo. Van a opinar, participar, escoger, tomar decisiones..... Van a exigir una atención personalizada en función de sus características y perfil social y sanitario, de sus preferencias. Debemos facilitarles instrumentos para implicarlos, corresponsabilizarlos en la prevención, el mantenimiento y mejora de su estado de salud y bienestar. Ellos, junto con los profesionales, van a ser los agentes clave del sistema. Los profesionales, insisto, deben implicarse en la gestión y consecución de resultados, deben ser agentes activos del cambio y de la mejora del sistema de salud y no meros trabajadores.**

.- ¿Esa mayor corresponsabilización de los pacientes llevaría a un copago? ¿Se puede mantener el sistema sin una aportación más aunque sea políticamente incómoda?

.- **Aunque el copago bien aplicado puede ayudar a resolver algunas situaciones, no es imprescindible para la mejora de los resultados. Mediante la coordinación eficiente entre todos los implicados, la motivación de todos los agentes implicados incluidos pacientes y profesionales, y la transparencia se pueden obtener mas recursos que mediante el copago. Cualquiera de estas iniciativas pasa por una mejor gestión de la información y una correcta utilización de las tecnologías que facilitan la comunicación y la información.**

¿Y cómo dibujamos en este paisaje de cambio necesario para sobrevivir el papel de la provisión privada en el Sistema Nacional de Salud? Probablemente profundizando en los actuales mecanismo de colaboración.

“En cualquier modelo sanitario, y cada vez más, deben convivir lo publico con lo privado, están condenados a entenderse. Ninguno de ellos por si solos va a resolver la atención sanitaria y el bienestar de sociedad. Hay que encontrar el equilibrio, cada uno debe aportar lo que le corresponde: La Administración publica garantizar los derechos y la transparencia en los resultados y la empresa privada una gestión eficiente y la mejora continua, además de la innovación y la transparencia en sus procesos y resultados”

MARIANO GUERRERO
Director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud

“Hay que hacer al ciudadano más activo, que sea gestor de su salud y su enfermedad”

El Director de Planificación y Proyectos del Grupo Ribera Salud, es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada, y Doctor por la de Valencia. Ha ejercido como Especialista en Alergología e Inmunología Clínica. Máster en Gestión Hospitalaria y en Gestión de Servicios Sanitarios, es Catedrático de Gestión y Planificación de Servicios Sanitarios por la UCAM. Académico de la Real Academia de Medicina de Valencia, de la Real Academia de Medicina de Murcia, y de la Real Academia de Farmacia Santa María de España de Murcia. Jurado de los premios Jaime 1º de investigación médica. Miembro de la Junta Directiva de CEDE, Confederación Estatal de Directivos y Empresarios. Vicepresidente del Patronato de la Fundación SEDISA

Es profesor, recién ingresado en la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, pero no se queda en la teoría: habla de lo posible y gestiona lo real desde su compromiso con la Medicina.

“Soy un firme defensor de la salud de la población y de los servicios sanitarios en la parte que les corresponde. Y desde la gestión, hago también Medicina: que no es solamente recetar paracetamol, porque los que nos dedicamos a trabajar en planificación sanitaria, en mejorar la eficiencia de la prestación de servicios sanitarios tenemos como objetivo la mejora de la Salud”

Trasladó su despacho a un Hospital del grupo al que pertenece, Ribera Salud, para estar más cerca de la práctica clínica. Es especialista en alergología, aunque ahora no ejerza, pero se mantiene cercano a la asistencia; escucha, comenta y conversa con los sanitarios cuya capacidad y criterio valora acaso más que ellos mismos.

“Los auténticos líderes de la salud, son los médicos o cuanto menos los profesio-

nales que tienen la bata blanca. Su compromiso es esencial. Como su ética a la hora de tomar decisiones profesionales. El término profesar tiene que ver con unos valores que se basan en el principio de hacer al paciente lo que el paciente necesita”

Esa referencia al código ético, al compromiso médico, es uno de sus argumentos cuando el entrevistador le plantea las dudas de quienes piensan que la provisión privada no tiene los mismos códigos éticos que la pública, puesto que busca el beneficio.

.- Cuando hacemos afirmaciones así estamos olvidando algo importante, que hay un planteamiento que es el de ética profesional, que la tienen todos los profesionales, porque todos los profesionales proceden de las mismas facultades y tienen los mismos códigos éticos. Si no es lo mejor para el paciente, el médico no lo va a hacer

.- Si, pero si el gerente le dice que ahorre...

.- No es ahorrar por ahorrar, sino algo muy diferente, no utilizar aquello que no aporte un valor salud. Todo el gasto sanitario que no aporte valor salud no debería realizarse. Ser eficiente no es ahorrar, sino no gastar en algo que no aporta valor salud. Igual tenemos que empezar a hablar de valor salud como tenemos que hablar de carga de enfermedad, porque todo el mundo teniendo una enfermedad no tiene la misma carga y sobre todo ahora con los pacientes crónicos nos damos cuenta de que hay gente que tiene tres o cuatro patologías.

.- Es cuestión entonces de eficiencia

.- De salud. Y la eficiencia en salud es calidad. Pero aún más en los sistemas de financiación pública. En estos sistemas, la eficiencia es un atributo de la calidad. Por una cuestión relacionada con la financiación de los bienes públicos. Si en algún sitio se tiene que ser eficiente y transparente es en la Administración Pública.

Recuerda el doctor Guerrero a su interlocutor que el modelo de financiación de los servicios sanitarios públicos en España es de tipo *capitativo*, en el que cada Comunidad Autónoma recibe un dinero correspondiente en razón a la población, modulado en virtud del porcentaje de mayores de 65 años, la insularidad o la dispersión. Y el modelo de colaboración público privada que empezó en Valencia hace 15 años se basa en ese criterio.

“Por eso, esa disputa entre lo público y lo privado, ese discurso, muestra sólo un trozo de la realidad. Es como si estuviéramos viendo el cine y nos quitaran parte de la pantalla. La cuestión esencial es la mejora de la salud de la población. Lo

que interesa saber es cuál de los sistemas aporta más salud, teniendo en cuenta además que la asistencia sanitaria es responsable en el mejor de los casos tan sólo del 30 por ciento de la salud poblacional”

Cuestión ésta que nos introduce en el territorio de la propuesta y la actuación más innovadora de Mariano Guerrero. Su obsesión, según él mismo nos reconoce.

.- No hay que mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios, hay que mejorar la salud de la población. Los servicios sanitarios están consumiendo gran parte del dinero que deberíamos estar invirtiendo en promoción de la Salud. Estamos resolviendo a muy alto coste, ineficiencias provocadas por la falta de una buena promoción primaria de la Salud. En los discursos políticos de alto calado sanitario, ya no se habla de políticas sanitarias, se habla de políticas para la salud. Porque todas las políticas en los países democráticos, superdesarrollados, tienen que tener como eje vertebrador la Salud. Las políticas de vivienda, las políticas de empleo, las ecológicas. Todas, en el fondo, su hilo conductor es el ciudadano y por tanto el bien máspreciado del ciudadano, que es la salud. Pero eso, desafortunadamente, en el sector sanitario no es un elemento de discusión habitual.

.- Tampoco lo es en otros

.- Si, pero quien primero tiene que defender esta cuestión somos nosotros. Y sin embargo no tenemos interiorizado que los servicios sanitarios son una herramienta, no son el fin. El fin es la Salud. Evaluamos la eficiencia en la producción de servicios sanitarios, la calidad del servicio sanitario, pero no terminamos evaluando el impacto que ese servicio sanitario tiene en la salud de la población.

.- ¿Más atención, o, digamos, una atención esencial a las políticas de Salud Pública?

.- Prefiero hablar más de Salud poblacional. Pero mire, el 80 por ciento de los determinantes de esa Salud poblacional se encuentran fuera del sector sanitario. Un 10 por ciento de la salud corresponde a factores ambientales, el 40 a factores socioeconómicos, como la educación, el empleo, o la seguridad comunitaria y sólo el 20 por ciento corresponde a los sanitarios. Menos, incluso, que el 30 por ciento atribuible a hábitos de no salud como el tabaquismo, el abuso del alcohol, el sexo inseguro, la dieta inadecuada o la falta de ejercicio físico. La salud es un concepto personal. Somos dueños de nuestra salud en razón a la carga genética, y los hábitos y el entorno. Los servicios sanitarios nos ayudan a mantener esa salud, pero no son lo esencial. Sin embargo, la población en general piensa que la salud está relacionada con los servicios sanitarios. Y muchos de mis compañeros profesionales también.

Se necesitan, por tanto, políticas transversales, tener en cuenta a la hora de administrar que lo esencial es la salud de los ciudadanos y que la responsabilidad no es única.

.- Cuando viajas por África te das cuenta de que la salud no depende de los medicamentos sino, por ejemplo, de la potabilidad del agua. Y de algo que para mí es esencial, la gran revolución: la participación de los ciudadanos en el entorno sanitario, lo que llamamos ahora el *empoderamiento* del ciudadano. Hacer al ciudadano más activo fomentando el autocuidado y convirtiéndolo en gestor de su salud y gestor de su enfermedad.

Para eso hace falta el compromiso de los políticos, y de los profesionales, para trasladarles a los ciudadanos estos conceptos de autocuidado y paciente activo.

.- Y de momento no sabemos cuidarnos.

.- También hay que educar. El 70 por ciento de los ciudadanos sigue mal los tratamientos que se les indican. Y la mitad de los pacientes no lo sigue nunca. No lo digo yo, lo dice el propio Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, que indica la opinión de los ciudadanos sobre el Sistema de Salud. Casi la mitad reconoce que los servicios sanitarios se utilizan de forma abusiva. En España se calcula que había 400 millones de cajas de medicamentos sin abrir en los domicilios. Tendremos que educar a la gente para que eso no se haga.

.- ¿Por dónde empezamos?

.- Las reformas de la salud son muy complejas y a muy largo plazo. Hay que establecer criterios potentes con estrategias muy bien dirigidas. Muchas de ellas basadas en algo que ha tenido un afecto muy negativo en el Sistema Sanitario, que es el *márketing* sanitario. El marketing es fundamental para establecer estrategias de este tipo. Y, desde luego, acabar con el cortoplacismo político. Lo que ahora se requiere es una reforma de calado en la que no solo puede estar el sistema sanitario. Tiene que haber una decisión política de establecer que lo importante son los ciudadanos y lo que más aprecian los ciudadanos es su salud; analicemos, intervengamos en que los ciudadanos también mejoren su propia salud. No es posible que el 30 por ciento de la población española tenga sobrepeso y el 13 por ciento, obesidad. Eso es incompatible con un Sistema Sanitario eficiente porque sabemos que esas personas son diabéticas e hipertensas. ¿Qué queremos? ¿Seguir mejorando los medicamentos para los hipertensos? ¿No sería mucho más rentable intentar que la gente no estuviera obesa?

.- Por tanto, lo primero, educación.

.- Políticas educativas que arranquen desde casa, entre adultos y niños, porque los adultos transmiten conocimientos, habilidades y valores a los niños. Pero además de educar, autorresponsabilizar. Mi abuela era una mujer que sin ningún co-

nocimiento de la medicina resolvía el 70 por ciento de lo que te pasaba: torceduras, heridas, quemaduras, cejas rotas... Hemos perdido esas habilidades y por otra parte hemos medicalizado nuestra vida. Gregorio Marañón decía que la tecnología más importante para la medicina era la silla. Decía que había que escuchar a la gente, que había que hablar con la gente. Pero hoy día, la gran mayoría de las decisiones, la gran mayoría de los tratamientos están basados fundamentalmente en el desarrollo tecnológico. No es que yo vaya a hacer una crítica a la tecnología...pero ni nunca había habido tanta tecnología ni nunca había habido tanta despersonalización de la asistencia sanitaria.

Lamenta que el discurso dominante sea el tecnológico, e insiste en la necesidad de cambiar el paradigma.

“El discurso dominante tiene que ser cómo mejoramos la salud de la población. Es mucho más rentable. Lo que pasa es que es más trabajoso educar a una persona desde la infancia en que no consuma grasas, haga ejercicio, no fume...eso es mucho más complicado que a los 55 años hacerle una angioplastia coronaria. Todos sabemos que trabajar transversalmente es mucho más complejo y más cansino que hacerlo verticalmente, pero es mucho más rentable”

Por tanto, la mejora del Sistema de Salud pasa por ese compromiso con la prevención primaria, con las políticas transversales de Salud pública o poblacional como prefiere el doctor Guerrero, y el *empoderamiento* de la ciudadanía en un esfuerzo que no es sólo de la Administración o de los políticos para salir de una situación en la que las responsabilidades están compartidas.

“La culpa no es de la Administración, sino de la sociedad en general. La culpa se reparte entre todos, yo no voy a decir que la culpa de los problemas del Sistema Sanitario la tienen los políticos. Yo digo que hay limitaciones para la mejora, y que una de ellas puede ser el cortoplacismo político. Pero si hubiera, como a veces ha habido, decisiones por parte de los propios profesionales clínicos de ir por un camino en vez de ir por otro, ni políticos ni nada...se hubiera hecho. Por tanto, en estos aspectos, todos tenemos una parte de responsabilidad. ¿Tendrá responsabilidad los sistemas educativos? ¿Tendrán responsabilidad las universidades? ¿Los colegios profesionales? ¿Los propios profesionales? ¿Los propios programas de formación de profesionales? ¿Las escuelas? ¿La industria?

Si hubiéramos empezado hace veinte años ahora estaríamos hablando de otra cosa. Todo el mundo sabe que para eso se necesitan décadas, porque las mejoras están basadas fundamentalmente en el cambio de los hábitos y uno no cambia los hábitos de las personas ni de las sociedades en un día ni por decreto ley”

La salud como prioridad para todos, por eso considera que la discusión entre lo público y lo privado carece de sentido real, es sólo una parte:

“La cuestión es cuál de los sistemas ofrece una mejor calidad a la población. Evidentemente yo soy partidario de la financiación pública a través de impuestos, es el máximo exponente de solidaridad. Es la solidaridad de los jóvenes para con los mayores, de los que trabajan para con los que no trabajan y de los sanos para con los enfermos. Pero no puedo estar de acuerdo con que el sistema ideal sea el de la provisión pública. Porque la Ley General de Sanidad no dice en ningún momento que la provisión de la sanidad de los españoles tenga que hacerse públicamente. Lo que dice es que se financiarán públicamente.

Por tanto, sí a la financiación pública y, en referencia a la provisión, el que mejor lo haga. El que mejor lo haga en términos sanitarios, económicos y de salud”

MELCHOR HOYOS
Gerente del Hospital Universitario La Fe. Valencia

“Hay que agilizar y racionalizar la gestión de recursos humanos, porque es la pieza fundamental en el Sistema de salud”

Melchor Hoyos, Gerente del Hospital Universitario La Fe, es Doctor en Medicina por la Universidad de Valencia. Ha sido Director Médico del Hospital de La FE y Director General de Asistencia Sanitaria de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. El Hospital Universitario La FE es el principal proyecto sanitario de la Comunidad Valenciana y se sitúa entre los mejores hospitales públicos de Europa.

“La Sanidad pública es uno de los grandes logros de este país y hay que mejorar lo que hace que sea más excelente aún”

El doctor Hoyos, toda la vida en la Sanidad pública, dirige uno de los Hospitales de mayores dimensiones de España, y busca en su gestión una mayor profesionalización, participativa y comprometida, innovadora en sus sistemas de información y lo más alejada posible de la burocratización y la influencia política.

Doctor en medicina que ha tenido responsabilidades clínicas y de gestión, **“pasé del tacto rectal a la planificación estratégica”**, está convencido de que la clave para ese objetivo de sostenibilidad y mejora del Sistema Nacional de Salud está en la adecuada gestión de los Recursos Humanos. Y la *desburocratización*.

“Los protagonistas de la Sanidad –industria, proveedores, sociedades científicas... hasta los medos de comunicación- tenemos que alcanzar un gran pacto que entre otras cosas modernice la selección y provisión de personal. El actual sistema de bolsa de trabajo clama al cielo. No se reconocen las aptitudes y las competencias en determinados conocimientos que van ligados al puesto que tiene que ocupar. Evidentemente no es lo mismo un nefrólogo pediátrico que un pediatra. Pues bien, yo no puedo contratar un nefrólogo pediátrico. Yo tengo que pedirle a la

bolsa que me manden un pediatra, cuando la necesidad que tengo no es precisamente esa. El criterio de la mesa sectorial para la bolsa de trabajo es de hace once años y las necesidades, los perfiles han cambiado: genética, intervencionismos, titulaciones...o más que titulaciones, competencias y habilidades. La estructura actual no da respuesta a las nuevas necesidades. Y esto tiene que cambiar. Hay que modificar leyes, llegar a pactos que agilicen los procedimientos administrativos”

La crisis económica ha afectado negativamente en este sentido. Cada vez es mayor el control, y la Intervención de Hacienda está más presente.

.- Yo cada vez tengo menos margen de maniobra y menos herramientas. La crisis nos ha llevado a una recentralización de muchas decisiones desde las consejerías. Cosas que antes se solucionaban a nivel periférico ahora se solucionan a nivel central para tener un control. Hasta cierto punto es lógico. Pero no es bueno.

.- ¿Han perdido autonomía de gestión?

.- Sin duda, con la crisis tenemos menos autonomía. Porque las dificultades presupuestarias desde la consejería se intentan controlar amarrando más a los gerentes y a los departamentos. Si ya había control, se ha extremado más en el día a día. Y en un sistema basado en la confianza, como en parte está basado este tipo de organización, se debería hacer lo contrario, eliminar burocracia y simplificar los indicadores.

Cambiar las leyes, llegar a pactos, olvidarse de los intereses de partido:

“No puede ser que la gerencia de un hospital dependa de quién gane las elecciones. Los servicios públicos no pueden ni deben funcionar de esa forma.. Pero es así y pasa en todas las esferas, gana un partido político y ocupa todos los cargos de confianza que se ha decidido que son de confianza. Es un problema cultural: es inconcebible para cualquier partido político ganar las elecciones y mantener a los expertos, que tienen actitud y aptitud, cambiando sólo los responsables políticos”

Mientras tanto, una gestión que sea eficiente, y profesionalizada. Comprometiendo en ambas ideas –eficiencia y profesionalización- a los responsables de cada área

.- Un porcentaje muy elevado de las profesiones sanitarias (médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos), son de un nivel muy alto y tienen además un componente que es inherente con la profesión que han elegido: en el fondo nos gusta solucio-

nar problemas de salud. Al final es ayudar a las personas y eso está metido en la profesión. Y eso es importantísimo. Gente que a pesar de que se le reduzca el salario, se le exija más y a veces se le diga mal, y que no se le reconozca, siga manteniendo un nivel altísimo y eso es un valor de nuestra organización innegable. Yo te diría que el mayor valor de todos, sin ninguna duda.

.- Y la manera de aprovecharlo es contando con ellos en la gestión.

.- **Participación, pero también información.** Cuando la gente conoce el problema y puede opinar sobre la solución el problema es menos grande

Esto no es un objetivo, es una actitud.

Y luego, evidentemente, la profesionalización de la gestión y de todos aquellos cargos intermedios que tengan responsabilidad de gestión. El jefe de servicio se tiene que elegir porque es reconocido como profesional, pero también porque conoce y utiliza las herramientas de gestión, de recursos humanos, de procesos, de proyectos.

.- Eso no creo que esté en las oposiciones a jefe de servicio hoy...

.- **Los conocimientos de gestión no están ni siquiera en la carrera.** El perfil del profesional médico también tiene que adaptarse. Y cuesta porque culturalmente a los médicos no nos han educado para esto. Pero yo creo que el mejor gestor sanitario es el sanitario gestor.

Para Melchor Hoyos el Sistema Nacional de Salud tiene todavía un enorme margen de eficiencia:

“¿Que quizá haya que avanzar en el copago y limitar la cartera de servicios? Posiblemente. Pero tenemos un margen grandísimo. Posiblemente el desperdicio de las organizaciones sanitarias publicas debe ser de un 20 o un 30 por ciento. ¿Como se mejora? Estando encima de los procesos. Pero, claro, tienen que estar los profesionales. Bien elegidos y bien dimensionados”

Una gestión innovadora y participativa en la que resulta indispensable la información. En el hospital Universitario de La Fe están desarrollando un sistema propio. **“Si a los gestores les pides resultados, les tienes que dar una información exhaustiva, veraz, en tiempo. Y cada vez más. Información sobre lo que está haciendo, cómo lo está haciendo, qué está gastando y dónde. Nosotros estamos desarrollando ahora un sistema de información *online* que permite compartir en red y en tiempo real la situación de todos los servicios del hospital.. Todos los días a las ocho de la mañana se actualiza, y cada director de área puede consultar cómo está su área, lo que hizo ayer, lo que ha hecho en el último año, en el último mes, establecer comparaciones. Intentamos sacar indicadores de resultado, sobre todo**

manejo de GRDs (grupos relacionados por el diagnóstico) y luego el gasto, dónde ha ido el gasto de su servicio/unidad. Y todas personas que acceden a esa red pueden tener información de todos los departamentos”

Pero hay magnitudes que no se pueden medir en términos contables e inmediatos. Son los beneficios de las otras dos columnas en las que se fundamenta la excelencia de un Sistema público en el nivel y en el centro que gestiona Melchor Hoyos: la investigación y la docencia.

.- En un hospital como éste la docencia es básica. Este hospital con 800 médicos y 1.800 enfermeras, de altísimo nivel, acostumbrados a procedimientos complejos y pacientes complicados, hay un conocimiento que tiene que transmitirse para garantizar que siempre vamos a tener profesionales tan formados para atender a los ciudadanos. Y esto es inherente al funcionamiento del hospital

.- ¿Y cómo se lleva a cabo?

.- La docencia y otro elemento muy importante ligado a los recursos humanos, que es la formación continua para mantener la capacitación y adaptarse a los nuevos tiempos se hace a través de la Fundación para la Investigación Hospital la FE, creada en 2003. Y ésta se convirtió en instituto de investigación sanitaria acreditada por el Carlos III hace tres años.

Esta fue de las pocas ciudades sanitarias que tenía desde el principio un centro de investigación aparte de los edificios asistenciales. Había investigación básica. Cuando en 2003 empezamos a trabajar con la Fundación empezamos a juntar clínicos con básicos de forma que se garantizaba la supervivencia del grupo. Porque está la parte de ensayos clínicos que a la vez te permite ahorrar puesto que te dan acceso a la innovación con una medicación que es a cargo de la industria mientras dura el estudio, con lo cual los pacientes se benefician de tratamientos innovadores y en la medicación tu no te gastas dinero.

.- Y acerca la investigación a su destino último, que es la mejora del paciente... eso que se llama medicina traslacional, del laboratorio a la cama...

.- Ésta fusión de los grupos básicos con los clínicos es esencial para esta investigación traslacional. Se trata al final de enfocar los esfuerzos de investigación para solucionar un problema clínico. Pero para solucionar un problema que podemos tener ahora.

.- ¿La Fundación es autosuficiente económicamente?

.- La Fundación no está sometida al presupuesto que manejamos. Es autosuficiente. Depende de donaciones y cada grupo investigador tiene sus presupuestos. Yo en la Fundación ingreso horas de profesional, trabajo, espacios, tecnología

porque es la que se usa para la investigación. Y la ventaja es que esto se traslada a la clínica, y acaban siendo asistenciales.

Melchor Hoyos se considera, en todo caso, un gerente afortunado con respecto a otros compañeros

“Yo creo que si hay algún gerente que no se puede quejar soy yo. Porque tengo infraestructura nueva, equipamiento nuevo. Una infraestructura conseguida a precios muy competitivos porque empezaba la crisis y las empresas se ponían las pilas; un equipamiento de lo más moderno, además introduciendo en algunos contratos, por ejemplo de alta tecnología, la no obsolescencia y la renovación”

Gestión de recursos humanos, información, participación, y puesta en valor de la docencia y la investigación desde el sector sanitario público. Es su mirada a un territorio cuya aportación es siempre de futuro.

“Yo cuando oigo gasto en Sanidad se me ponen los pelos de punta. Porque no es gasto en sanidad, es una inversión en Sanidad. Estamos mejorando problemas de salud de los ciudadanos, estamos formando profesionales, y estamos investigando para mejorar todo esto. ¿Cuántas organizaciones hacen algo así?

FRANCISCO IVORRA
Presidente de Asisa

“Hay que diseñar una estrategia integral que abarque todos los recursos disponibles, públicos y privados”

Presidente de Asisa-Lavinia desde 2003. Es licenciado en Medicina por la Universidad de Valencia, especialista en Reumatología y Rehabilitación. Se incorpora a Asisa en 1980 como delegado provincial en Alicante. Miembro del Consejo Rector de la Cooperativa desde 1981, en el 98 fue nombrado Consejero Delegado y poco después Vicepresidente de Asisa. Durante su presidencia, se crearon las llamadas “cátedras de patrocinio” y ha sido impulsor del Instituto Para el Desarrollo y la integración de la Sanidad IDIS.

“Sólo este mes, tenemos 11.000 altas netas”

Francisco Iborra, presidente de Asisa, considera que el dato, magnífico, por supuesto, para su aseguradora, es reflejo de una realidad palpable y de perfiles cada vez más notorios:

“ El aumento del papel de las aseguradoras de salud como forma de acceso a una sanidad privada que ofrece una atención de alta calidad, con tiempos muy cortos de espera, en centros hospitalarios dotados con tecnología de última generación y con equipos profesionales excelentes. Y además a un precio razonable”

En España hay más de nueve millones de ciudadanos, el 20 por ciento de la población, con algún tipo de contrato con aseguradoras de salud. Incluido el millón y medio de funcionarios que tienen el singular derecho a elegir entre provisión pública o seguro privado. Para el resto, la privada es una segunda opción, y compañías como ASISA están constatando un mayor crecimiento en su sector:

.- Los estudios que hacemos indican que cada vez más gente que tiene sanidad

pública y privada usa más esta segunda opción, y en poco tiempo hemos pasado de un 7% de pacientes que utilizaban en exclusiva la sanidad privada, al 17%

- ¿Y eso a qué se debe? ¿Mayor confianza en los seguros privados? ¿O es que los recortes deterioran el Sistema Público y aboca a la gente a proveerse de un seguro privado?

- **La Sanidad Pública sigue funcionando razonablemente bien. La razón no es esa. Yo creo que el crecimiento del número de asegurados durante estos años, se debe a la calidad y la excelencia del sistema español de sanidad privada más que a los recortes. Nosotros, como le digo, ofrecemos a los asegurados productos adaptados a sus necesidades particulares, con primas muy ajustadas. Ciertamente, eso hace que la rentabilidad de nuestro negocio no sea muy alta, pero también aumenta nuestra capacidad de expansión. Le pongo un ejemplo: hoy, por algo más de 30 euros al mes es posible acceder a coberturas completas con formas de pago diferentes. No hace falta tener rentas altas para acceder a nuestros seguros. Incluso ahora existen nuevos modelos de aseguramiento que son los colectivos, que han dado un notable impulso al sector del seguro de salud. Los contratan las empresas para sus empleados. El auge de este tipo de seguros colectivos se debe, por un lado, a la importancia creciente que las empresas dan a los planes de retribución flexible y por otro a las ventajas fiscales. Los dos factores, sumados a la capacidad de negociación de precios que tienen las empresas, la oferta adaptada a cada necesidad, y la falta de incentivos fiscales a los seguros individuales explican este crecimiento.**

Destaca Ivorra que la percepción que tienen los pacientes de la sanidad privada está relacionada con la forma en que se sienten tratados, tanto o más que el evitar las listas de espera:

“Hay factores importantísimos, como es la continuidad del médico; en la privada sabes que si eliges uno ése va a ser el que te trate siempre. En ginecología, por ejemplo, las mujeres y los padres valoran muchísimo el poder decidir quién sigue el embarazo y quién y cómo va a traer a sus hijos al mundo”

El valor del factor humano y del profesional pesan a la hora de diagnosticar el estado de la Sanidad pública en España:

“Una de las causas, seguramente la principal, del buen funcionamiento de la sanidad pública es la vocación y entrega de su personal sanitario. La otra posible sea la excelente dotación tecnológica de sus grandes hospitales”

Pero el que la Sanidad pública funcione *“razonablemente bien”* no excluye la necesidad de cambios. Es más, señala el riesgo de escudarse en ese buen funciona-

miento para no ir más allá, como debería hacerse, en las reformas que a su juicio el modelo sanitario español está reclamando ya.

“Muchas veces utilizamos la calidad de la Sanidad pública española, que es indudable y está internacionalmente reconocida, como excusa para no afrontar una reflexión imprescindible sobre las reformas que necesita ese modelo para mantener su altísimo nivel de calidad. La crisis, materializada en la caída de ingresos fiscales que se ha traducido en dificultades para financiar las prestaciones, ha puesto al descubierto las costuras del sistema y ha abierto un debate muy necesario sobre las reformas que debemos llevar a cabo para que siga siendo sostenible.

Y no sólo por la crisis. Los cambios sociales con una mayor demanda de información y transparencia, las posibilidades del desarrollo tecnológico, o el envejecimiento de la población y el aumento –ya visible- de la cronicidad, exigen que esa reflexión sea profunda y eficaz y llegue pronto.

.- Hay que mejorar la gestión y la gobernanza del Sistema; hay que definir claramente las prestaciones siendo realista, es decir, asumiendo que los recursos son limitados. Y habría que diseñar una estrategia integral que abarcara todos los recursos disponibles, y ahí entran también los privados y los servicios sociales, para poder hacer frente al envejecimiento y la cronicidad, que son los elementos claves en el futuro

.- ¿Cuáles son, a su juicio, los elementos esenciales de una gestión sanitaria eficaz y sostenible? ¿Qué habría que hacer más concretamente, quiero decir?

.- Por ejemplo, profesionalizar la gestión mediante un desarrollo de la gestión clínica apoyada en innovaciones tecnológicas al servicio de los profesionales y los pacientes, que nos permitan mayor eficiencia y, a la vez, faciliten la medición de resultados. Hay que controlar también y de manera estricta los gastos y rendir cuentas. Desde luego, una búsqueda permanente de excelencia...y luego algo que no parece estar teniendo en cuenta, y son esos cambios de la realidad social española, sobre todo el envejecimiento de la población. Vamos a vivir más años, por lo que es esencial mejorar la calidad de vida de los pacientes. Y a ellos, implicarles más en el cuidado de su salud. Sería muy bueno formar en prevención y uso de los servicios sanitarios y fomentar también la telemedicina y la atención domiciliaria.

.- ¿Y de no hacerse las cosas así, estaría en riesgo el Sistema público de Salud en España?

.- Los informes de la OCE sitúan a España como el país desarrollado en el que se prevé un mayor incremento del gasto sanitario. Ese es el mayor riesgo al que se

enfrentará a medio plazo el sistema público: cómo hacer frente a la financiación del crecimiento del gasto sanitario provocado, entre otros factores, por lo que le estoy contado del envejecimiento y el aumento de las enfermedades crónicas; y cómo hacerlo en un escenario de caída de los ingresos fiscales. Habrá que encontrar la forma de enfrentar a esta situación si queremos seguir teniendo un sistema como el que disfrutamos ahora.

- ¿Sería necesario un pacto en materia de Sanidad, tal y como ha sugerido el gobierno, para encarar esta situación?

- Sería bueno que los dos principales partidos políticos, conscientes de esta situación, consiguieran ponerse de acuerdo en establecer una serie de normas básicas, entre ellas una mayor descentralización de las decisiones sobre Salud, incluida una central de compras...pero soy muy escéptico sobre eso, lo veo muy difícil.

Ivorra no cree que exista un riesgo de desaparición “por privatización” de la gratuidad y la universalidad en la Sanidad pública, aunque considera que “será necesario y acaso inevitable establecer algún tipo de responsabilidad concreta de los ciudadanos, algún copago en alguno de los servicios de salud que recibe”

Y con respecto a la disputa o debate sobre Sanidad pública y/o Sanidad privada, su posición está muy clara: *Integración*.

“Son dos caras de nuestro sistema sanitario: ambas se complementan y están obligadas a convivir y a desarrollarse juntas. Nosotros somos partidarios de trazar planes y estrategias que contemplen un único sistema integrado. No tiene sentido que, en un sistema con recursos limitados, dupliquemos las mismas pruebas a los mismos pacientes en el sector público y en el privado. O que dupliquemos las inversiones en tecnología de última generación para atender las mismas patologías en los mismos lugares. Sería más inteligente contar con una planificación global que tenga en cuenta todos los recursos con los que contamos sin diferencias la propiedad de los mismos. Para ello, debemos cambiar el enfoque actual de búsqueda de la diferenciación por la cultura de la cooperación”

La colaboración más notable, de mayores dimensiones, entre el sector público y la aseguradora, se desarrolla ahora mismo en el concierto con la mutua funcional MUFACE. Y en ese escenario mantienen diferencias y elevan peticiones a la Administración.

- Le pedimos que dé estabilidad y viabilidad al modelo elaborando un acuerdo al menos a tres años que establezca con claridad la subida de las primas en cada

año sucesivo. Ese plan daría estabilidad al modelo y permitirá a las compañías valorar con mayor precisión la rentabilidad de permanecer en él.

..- Mientras tanto, han “desconcertado” algunos servicios a MUFACE, como oncología, cardiología o Neurología...

.- No es exactamente así. El aumento de las primas que nos ofrecía el gobierno en un 1 por ciento es positivo pero no suficiente. El modelo no está bien financiado y la siniestralidad no para de incrementarse por el aumento de la edad media de los mutualistas. No sólo Asisa, sino todas las compañías adheridas al concierto hemos ajustado nuestros catálogos, pero no hemos disminuido la calidad. No se va a dejar de atender a los pacientes oncológicos o de cardiología, simplemente tendrán que ir a otros centros porque hemos reducido algunas coberturas o prestaciones en centros concretos. Lo hemos hecho para que el sistema siga siendo viable.

El presidente de Asisa considera que el crecimiento del sector asegurador privado va a ser clave en el futuro como lo está siendo ahora.

“Reduce, y lo hará aún más, la presión asistencial sobre el sistema público –reduce las listas de espera- y los costes a los que tiene que hacer frente y permite al sector privado desarrollar sistema de economía de escala que aliviarán la factura final del sistema sanitario español. Además, el sector asegurador es fundamental para avanzar en el desarrollo de un sistema público de salud que separe la financiación, que debe ser pública, y la provisión, que debe ser tanto pública como privada”

DIEGO MURILLO
Presidente de AMA

“Sin conciertos con los centros privados, no se podría atender a todos los pacientes”

Ginecólogo de formación y ejercicio, preside desde hace más de tres lustros la Agrupación Mutual Aseguradora, que cubre los riesgos de la mayor parte de los profesionales sanitarios españoles. Formó parte del Consejo Asesor de la ministra Ana Mato para la reforma del Sistema Nacional de Salud

Sus siglas parecen querer jugar con uno de los rasgos de carácter definitorios y esenciales del oficio que protegen: el amor, la entrega, la disposición. Ama, es el imperativo del profesional que se dedica a curar a los demás; AMA (Agrupación Mutual del Automóvil), son las siglas de la más importante aseguradora de profesionales sanitarios que brinda protección y servicios a más de seiscientos mil ... **“Y hemos llegado casi a un millón de productos contratados. Somos importantes dentro de la Sanidad, y como no tenemos ánimo de lucro, lo que AMA genera como beneficios (hablamos de 17 millones de euros después de impuestos en 2013) va a reservas para poder responder siempre ante cualquier siniestro. Y también a la formación de los profesionales sanitarios, a premios científicos, a fundaciones, asociaciones y academias profesionales de la Sanidad ... colaboramos en la Sanidad todo lo que podemos”**

La Mutua ha creado también una Fundación que canaliza la labor solidaria del colectivo profesional: **“Ayudamos a comedores para niños, como hemos hecho en Toledo, y mantenemos acuerdos con Cáritas, bancos de alimentos y muchas otras asociaciones. También hemos colaborado en campañas de sensibilización con la Dirección General de Tráfico; por ejemplo, una nacional para que los padres usen siempre en el coche la sillita de protección infantil”**

.- Desde el punto de vista del Seguro, ¿Cuál es la mayor preocupación de los sanitarios españoles?

- Contar con un buen seguro de Responsabilidad Civil Profesional, lo que se conoce comúnmente como seguro de RCP. Es el seguro que les cubre ante posibles negligencias o casos de mala praxis. La calidad sanitaria en España es de las mayores del mundo, pero ese riesgo siempre existe aunque sea mínimo. Nosotros fuimos los primeros en ofrecer este seguro hace ya veinte años. Era tan complejo que a las grandes nacionales o multinacionales les dio miedo. Nosotros entramos, no porque fuera una póliza estratégica, sino porque muchos mutualistas nos pidieron que lo hiciéramos. Había mucha incertidumbre en el sector y dimos el paso. Hemos ganado mucha experiencia en estos veinte años y seguimos siendo líderes destacados del sector. De hecho, aseguramos a la inmensa mayoría de médicos, veterinarios, odontólogos, enfermeros y farmacéuticos.

- Supongo que fuera del ámbito profesional, lo que más se asegura son los coches...

- Además de los seguros en RCP, también nos hemos especializado en ofrecer al colectivo sanitario todos los seguros que pueden necesitar en su vida profesional y familiar. Somos la decimosexta compañía nacional por volumen de facturación en seguros de automóvil y también una compañía de referencia en el sector Multirriesgo. Es decir, nos dirigimos sólo a profesionales sanitarios y sus familias, pero estamos al nivel de las grandes aseguradoras generalistas españolas, lo que subraya el valor añadido de nuestra especialización.

- Gestionar seguros de un colectivo tan singular, digamos que de un nicho de mercado tan preciso, debe entrañar cierta dificultad...¿o al contrario, esa uniformidad facilita las cosas?

- Sí. Somos la única compañía nacional especializada en asegurar al colectivo sanitario. Hace falta una sensibilidad muy especial para hacerlo porque los mutualistas tienen necesidades muy concretas. Son mutualistas formados, universitarios casi todos, que buscan soluciones integrales para el conjunto de sus seguros profesionales y familiares. Necesitan un trato personal que les transmita confianza. Sus niveles de exigencia también son muy altos. Distinta porque la clientela es distinta, los mutualistas son distintos. Tu vas a cualquier taller en España y cuando dices que tu seguro es de AMA, todo es más fácil: "No se preocupe usted", te dirán. Nosotros pagamos semanalmente los talleres y tenemos acuerdos preferentes que nos permiten unas buenas bonificaciones a nuestros mutualistas

- ¿Qué esperan y qué obtienen de su relación con AMA? ¿Seguridad? ¿Apoyo? ¿Compromiso?

- Queremos aportarles esas tres cosas, porque así nos ganaremos su confianza. La confianza es fundamental. Los 15 miembros de nuestro Consejo de Administración somos médicos, farmacéuticos, veterinarios, enfermeros... Todos somos

profesionales sanitarios. Conocemos de primera mano los problemas y las necesidades de nuestros mutualistas, porque también son los nuestros. Esta sintonía garantiza que la sensibilidad hacia nuestros asegurados siempre es total. Basta con asistir a una asamblea de AMA, donde se toman todas las decisiones corporativas, para comprobar sobre el terreno el grado de confianza y afinidad que nuestra Mutua despierta entre los profesionales sanitarios.

Las Mutuas, por su carácter de entidades sin ánimo de lucro, podrían jugar un papel dinamizador, de competencia con otras aseguradoras en el escenario del Sistema Nacional de Salud. Pero Diego Murillo prefiere ser prudente en ese ámbito:

- ¿Nunca han pensado en asegurar también Salud?

.- La verdad es que me da un poco de miedo. Alguna compañía como La Mutua Madrileña, que ha comprado ahora Adeslas, se ha metido fuerte en el ramo y parece ser que le va bien, pero la experiencia me dice que o le dedicas todo el día a una gestión continua o no puedes. Podríamos ofrecer, claro que sí, un seguro de salud, pero yo me he escapado siempre ante esa posibilidad.

Mantener nuestros valores añadidos en responsabilidad civil profesional, coches, multirriesgos de hogar o decesos ya es suficiente exigencia.

- Una mutua como AMA, ¿de qué forma se enfrenta al debate sobre la sanidad pública o privada? ¿O no le afecta?

.- Lo vemos desde la distancia y respetando todos los puntos de vista. A nivel particular, le diría que este país necesita la sanidad pública, pero a la vez tiene que tener el apoyo de la privada. Han de convivir. No se trata de elegir una u otra, sino de que las dos convivan y se complementen. Todas las guerras que surgen ahí son guerras políticas que perjudican a la Sanidad. Ambas se necesitan. Es imposible que la sanidad pública pueda atender a cuarenta y seis millones de españoles que somos.

- Sobre todo si se sigue gestionando así...

.- Es un problema conceptual. Estamos viendo que las listas de espera están aumentando cada día. El problema es que haya gente que tenga que operarse de un cáncer y pueda estar en lista de espera. Eso no se puede consentir en un país como el nuestro. Por eso hay que echar mano de la medicina privada y de los grandes hospitales privados. Pero es que, además, en la sanidad privada ahora hay nueve millones de pólizas...Intenta meter eso en la pública. A nosotros no nos afecta, porque aseguramos al que trabaja en la pública o en la privada, y tenemos conciertos como, por ejemplo, el de Andalucía donde la administración

nos asegura hasta una cantidad en el sistema público y nosotros lo complementamos. Pero es que cuando le das a elegir a la gente, opta por la privada.

.- O sea, que el debate entre lo público y lo privado no es real..

.- No lo es. Se plantea como un debate político en un entorno de cada vez mayor crispación política, pero la realidad es otra. Lo importante es que se gestione mejor la sanidad en general. Y lo publico y lo privado tienen que convivir. Hay dos servicios esenciales que el Estado no puede dar mal, que son la Educación y la Sanidad. Si hoy en día no conciertas con colegios privados, no hay capacidad para formar a toda la población que lo necesita. Y lo mismo para la Sanidad: si no se concierta con los centros privados no se puede atender a todos los pacientes.

Referente como aseguradora entre el personal de la salud, A.M.A, tiene puesta hoy su mira en mantener un servicio excelente a los mutualistas en España, y abrirse a un nuevo mercado, el latinoamericano:

“Acabamos de conseguir en Ecuador la primera licencia. ¿Sabes la cantidad de empresas medianas españolas que hay allá? De obras públicas, de construcción... En todos los sectores. Repsol, por ejemplo, está sacando diariamente trescientos cincuenta mil barriles de petróleo allí. Como en Colombia o Perú donde empresas españolas están haciendo infraestructuras y la economía se está moviendo muchísimo. En Ecuador nos proponemos replicar nuestro modelo español: ofrecer seguros con mentalidad sanitaria dirigidos para los profesionales de la Sanidad

JOSÉ JERÓNIMO NAVAS
Responsable de Innovación del ICS

“Lo público es tan importante que moralmente estás obligado a gestionarlo muy bien, no sólo a pedir”

José Jerónimo Navas Palacios, Responsable de Innovación del Instituto Catalán de Salud, ha sido gerente del hospital Vall de Hebrón en Barcelona, fue anteriormente director del Instituto de Salud Carlos III. Es doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid, donde ha sido profesor de anatomía Patológica. También ha ejercido de docente como catedrático en la Universidad Autónoma de Barcelona y en la Northwestern University en Chicago, USA. Desde el año 2012 está al frente de la VAll de Hebrón

La atención a la innovación sanitaria bajo la directriz de un plan singular de salud, como es el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, es el objetivo y el compromiso de José Jerónimo Navas.

La atención a una mayor demanda con unos menores recursos, la curva de envejecimiento de la población, el desarrollo tecnológico, la necesidad de una mayor eficiencia y agilidad, la mejora de la gestión, la universalización y la corresponsabilización de los ciudadanos en un Sistema de Salud Pública que tiene que ser sostenible y universal, es el territorio por el que tiene que transitar el plan catalán y cualquier otro que busque una verdadera excelencia en salud.

Navas defiende la necesaria convivencia entre la Sanidad pública y la privada, y reivindica la necesaria mirada integral al universo de la salud.

“La novedad fundamental del Plan de Salud de Cataluña es que prioriza el tema de la cronicidad. Se había hecho un diseño según el cual la atención primaria miraba los factores de riesgo y los hábitos, y los hospitales se hacían cargo de los

problemas agudos. Tal y como teníamos el Sistema antes, a una persona mayor diagnosticada con problemas cardiológicos que cogía una gripe, luego se descubriría que tenía bronquitis o diabetes, le hacíamos rodajas: el corazón te lo ve este, el pulmón este otro, la diabetes...Pero ahora ha aparecido el concepto del Paciente Crónico Complejo, el PCC que requiere trabajar de otra forma: atención en el hospital primario y sociosanitario, para luego ubicarlo donde es más “costeeficiente”, no llevarlo al hospital terciario. Un PCC identificado y seguido adecuadamente en primaria puede ser ubicado en el mejor sitio del Sistema, que puede ser su domicilio, en primaria, en un hospital de agudos, donde sea más eficaz. Por tanto, es muy importante el enfoque sobre la cronicidad. El segundo tema importante del PSC es hacer más resolutive la primaria. Y se han hecho dispositivos de primaria de filtro, como los centros de urgencias de primaria, etc. El hospital de agudos debe ir reconvirtiéndose al ser más ambulatorio. No nos empeñemos en meter a todos los pacientes en una cama.

.- ¿Qué alternativa se ofrece?

.- Ahí está la cirugía mayor ambulatoria, los hospitales de día...NO hay por qué tener ingresados pacientes en el hospital a estudio o a seguimiento, cuando eso se puede hacer en otros dispositivos. Yo creo que lo de hospitales de día ha sido otro dispositivo muy importante porque se ve al paciente por consulta externa, o a alguien a quien ya se le ha dado el alta se le pone como subsidiario del hospital de día. Y si tiene estos problemas o necesita esos tratamientos los hará en el hospital de día y no necesitará ingresar. La atención domiciliaria, la hospitalización domiciliaria...han aparecido nuevos procesos de atención que no necesitan ingreso como hasta ahora.

El Plan pone el énfasis en situar al paciente en el centro del sistema, con especial atención al crónico; ponerlo donde es más “costeefectivo”, potenciar las alternativas a la hospitalización, racionalizar el uso del medicamento”

Navas elogia la voluntad y la intención del Plan de Salud de Cataluña, pero señala las dificultades para su cumplimiento en estos tiempos difíciles y la complicación que supone el que la Comunidad Autónoma esté viviendo una situación que califica de “dinámica preelectoral permanente”

.- El modelo sanitario catalán fue fruto de un pacto entre todas las fuerzas políticas y todos los proveedores para usar todos los recursos existentes en la sociedad, públicos, concertados y privados, para hacer la atención de máxima calidad al mínimo coste. Y eso fue así, pero en los dos últimos años se ha complicado todo

.- Por el debate político...

.- La Sanidad pública se ha llevado a la arena política, y eso no había pasado antes.

.- Siempre ha estado en la disputa política...

.- Pero en Cataluña había como una síntesis histórica. Dado que había pocos hospitales públicos de la Seguridad Social y había muchos de ayuntamientos, se pudo hacer aquello de la XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública), y se llegó a acuerdos y todo el mundo lo vio como un elemento de avance. Y ahora se está cuestionando todo por ciertos partidos de la oposición

que te discuten la mayor...y eso que estaban antes en el tripartido y aprobaron este plan. Te montan los líos en los hospitales públicos de gestión directa, no te los montan en otros. ¿Por qué? Porque son los iconos. Mira, para cuestionar el modelo vamos a apretar las clavijas en Bellvitge y Vall de Hebrón porque aquí se están derivando pacientes, aquí se cierran camas, aquí hay planes de ajuste y tal... y eso es muy negativo. Hemos asistido a cosas que nunca habían pasado en la sanidad catalana: que los vecinos entren los hospitales e impidan que la gente se cambia de planta o no dejen que se deriven pacientes a otros centros.

.- Pero el funcionamiento del SISCAT, (Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña), cuenta con centros privados para atender personas de la red pública...

.- Si, pero hay partido que lo aprobaron y ahora no están de acuerdo con que con el SISCAT estén centros de titularidad privada.

Y añade a esa politización otra dificultad en la gestión: lo que denomina "*sociología de la atención médica*" y "*epidemiología del código postal*".

.- Todos somos iguales pero no somos todos tan iguales. Tu coges Madrid o Barcelona, y los distritos son muy diferentes. Por ejemplo, a nosotros nos ha tocado tener las zonas más deprimidas económicamente. Cuando se publicó el mapa de la pobreza de Barcelona vimos que los tres distritos que forman parte de nuestra área de influencia son las zonas más deprimidas. Zonas que han sido muy castigadas por el paro, con familias con muchísimas dificultades. Pero también con núcleos de familias en los que trabajan todos y no pueden atender a los pacientes en casa; es lo que se llama la epidemiología del código postal, que quiere decir que según el barrio

donde vives tienes más posibilidades de enfermar y que te vaya peor. Es así.

Quieren mucho a este hospital, y a la mínima vienen.

La crisis económica y toda la incertidumbre política han hecho que todo aquel

pacto de un Sistema Sanitario Catalán y la red de hospitales de utilización pública, se esté ahora cuestionando.

- Pero el sistema funciona, y el Plan avanza, ¿o no?

- Claro. Puede dar la impresión de que las cosas no van tan bien porque políticamente se han complicado, pero es cierto que hacer un buen plan del paciente crónico complejo es un tema de años. Y vamos avanzando. Falta también el cambio cultural del médico de hospital y el médico de primaria. Tienen que cambiar. Hemos tenido un sistema muy enfocado a la práctica profesional de las especialidades y poco al paciente. El paciente tiene que estar en el centro, y la visión tiene que ser integral.

- Y cambiar de arriba abajo.

- Incluida también la población que a menudo ni se deja educar ni quiere cambiar. Valentín Fuster, el cardiólogo, lo decía: tenemos que empezar a educar a la gente en la escuela, en la infancia y en la adolescencia. Los adultos no cambian. Por tanto, hay que educar más precozmente.

Ahora hay otra onda: cómo educamos al niño en la escuela ya en factores de riesgo. La gran obesidad. Hay que empezar a atacar eso desde abajo. Las patologías más prevalentes en gran parte están condicionadas por malos hábitos.

- ¿Se puede salvar la sanidad pública? ¿Hacer sostenible un sistema como el que hemos tenido hasta ahora?

- Yo creo que hay que hacer una reflexión continuada porque no por ser público vale todo. Eres público y es muy importante lo que haces, y formas residentes y alumnos y tienes que dar lo mejor. Pero tiene que haber un compromiso de calidad, de eficiencia y de productividad. Es el cambio cultural del que hablábamos. Porque si no ... Estamos muy apurados: en 2010 Vall de Hebrón tenía 650 millones de presupuesto. Y ahora tiene 520. Un 20 por ciento menos. ¿Quién ha sufrido ese recorte?. Nosotros tenemos dos cajas, una para pagar las personas y otra de material para atender a los pacientes. Como la farmacia y la prótesis a los pacientes no se la puedes negar, lo que hemos hecho es comprar mejor, abaratar precios, pero sin una reducción importante en esos gastos.

- Y ha habido que reducir en gastos de personal.

- La gente ha perdido entre un 18 y un 20 por ciento. Pero si coges ese segmento de médicos jóvenes, cirujanos y anestelistas que hacían los planes de tarde, retribuidos...ese colectivo que de pronto le dices que todo eso se acaba, el recorte es aún mayor. Ese colectivo que hacía turnos de tarde ha perdido entre un 30 y un 40. Eso hace que el clima de los profesionales no sea bueno, están cansados: me reducen los ingresos, me discuten cada prótesis y cada producto farmacéutico, y así no se puede estar sin preocupación.

Pese a ello, Navas sostiene que el sistema ha aguantado y está aguantando bastante dignamente. Atisba en el horizonte una fase de recuperación en la que, desde luego, las cosas tendrán que hacerse de manera diferente con las lecciones aprendidas durante la crisis. Y apunta, entre esas novedades, a la implicación de los proveedores en el Sistema.

“Las dos cajas principales, personal y medios, requerirán planteamientos nuevos basados en la responsabilidad y la implicación. Con los proveedores habrá que llegar a acuerdos en la medida en que la Administración lo permite. Los proveedores lo están pasando mal y sobre todo el proveedor pequeño, no aguanta. Y nosotros cada vez tenemos menos presupuesto. ¿Fórmula mágica? : número de pacientes, por el precio de lo que compramos, por la adecuación de lo que hacemos. Y a negociar.

La crisis se ha llevado por delante casi una generación y muchas empresas. Hemos atendido tarde a ella, y la sociedad ha querido creerse que no era muy larga y acababa el año siguiente. Pero no ha sido así. Es grave, y es obligación de los políticos explicarla, aunque no sean buenas noticias. Es un discurso difícil pero necesario. Ahora parece que entramos en una etapa de recuperación. Entonces, la crisis tiene que servirnos para reflexionar profundamente sobre lo esencial. ¿Y que es lo esencial? El paciente. ¿y la mayoría de pacientes qué son? Es el mayor, el crónico complejo. Y esto es lo que tenemos que cambiar porque estamos metiendo en hospitalización de agudos 14 días a gente que no debe estar ahí. Hay que mejorar la primaria la domiciliaria...estratificar los pacientes. Ahora tenemos un mal clima laboral por todas las razones que he dicho; probablemente no éramos tan habilidosos como creíamos en esa política de gestión, comunicación y motivación a nuestra gente.

.- Es muy difícil motivar cuando a alguien le recortas el sueldo...

.- **Estamos haciendo los gestores una travesía del desierto muy dura.**

.- Se avanza en el plan, se mantiene el Sistema y la esperanza en su sostenibilidad a pesar de los recortes y lo que ellos traen. ¿Pero se está consiguiendo mantener el nivel de calidad en la atención?

.- **Hombre, yo creo que en general, sí. Pero con un grado mayor de tensión. Los médicos en los grandes hospitales han comprado y han gastado lo que les apetecía en cada momento, sin ningún control. Ha habido un cierto derroche. Ahora eso cambia. Este hospital es *estación término*, aquí acaba todo lo que no quiere nadie, y todo lo caro, de manera que nosotros tenemos 100 millones en gastos de farmacia ambulatoria; tenemos 1000 camas y 200 son de cuidados críticos que nos llegan de todos los hospitales. Ahora le dices a un médico que con esta perspectiva nos han reducido en un 6 por ciento el gasto en farmacia y que gestione de**

una forma más racional la prescripción, y las prótesis, porque no tengo para pagar las que antes se prescribían...

- ¿Y ellos, los profesionales, están por la labor?

.- Unos colaboran más que otros, porque ven la crisis...y no hay más remedio.

La sostenibilidad del sistema necesita, a juicio del gerente del hospital Vall de Hebrón, del compromiso y el concurso de sanitarios y proveedores. Y de una administración que permita mayor flexibilidad y una gestión que abra puertas a la imaginación. Y pone dos ejemplos que él mismo ha protagonizado en el hospital. **“Tenemos un laboratorio que es el más grande de España y uno de los mejores de Europa. 6000 pacientes al día. Me ha costado dos años. Aquí había antes tres laboratorios con un gasto excesivo. Hice un concurso y adjudiqué nueva tecnología a los reactivos, sistemas de información, etc...y he conseguido una reducción del 20 por ciento en el consumo de fungibles. Hecha la renovación tecnológica. Luego viene la parte dura, bajé de 400 a 300 personas con la fusión de los tres laboratorios. Lo hicimos con jubilaciones y desplazamientos. Ahora tenemos el mejor laboratorio tecnológicamente hablando con un gasto de un 25% menos en personal y un 20% menos en fungible. Y es público. Se pueden, por tanto, hacer cosas. Como hemos hecho en la cocina. Teníamos tres con 180 personas. Ahora una con sólo 140. El menú salía a 38 euros mientras en el mercado estaba en 16. Insostenible. Había que reducir. ¿Qué hicimos?. Yo tenía externalizada la lavandería: cogí la gente que me sobraba de cocina, hicieron un cursillo y a la lavandería por la tarde en Bellvitge. No los he echado del sistema. Y he recudido en un millón y pico la contratación de la lavandería”**

¿Hay que cambiar el sistema de gestión? Cuando hablamos de racionalizar la gestión hay que decir que se privatice. Los hay que no porque consideran que se deteriora el servicio. ¿Usted que cree?

.- Yo creo que deberíamos diferenciar en lo que es la planificación y provisión que tienen que ser públicos, y la operatividad, que puede ser pública o privada, pero acotando mucho los espacios. Tiene que haber competitividad interna en el sistema. Si haces todo el sistema público se hace ineficiente. Más caro no, porque no te dan dinero, pero se hace ineficiente. Por tanto, pienso que hay que meter instrumentos de gestión empresarial y de procesos en los hospitales públicos. A mucha gente se le llena la boca de “lo público, lo público”...lo público es tan importante que moralmente estás obligado a gestionarlo muy bien, no a pedir solamente. La defensa de una cocina pública aquí va porque hay que acercarse al 16, y si no eso tiene un coste insostenible. Cuando aquí te dicen defensa de lo público te están diciendo defensa de los privilegios de lo público.

.- ¿Habría que ir a un copago?

.- **El copago tiene mala prensa, pero disminuiría la demanda, porque hay mucha demanda innecesaria. El 60 por ciento de los que llegan a urgencias no deberían haber venido. Por eso hay que hacer resolutivos los centros de atención primaria. Hay pacientes crónicos complejos que pueden estar en un sociosanitario con convalencia a un coste que es la tercera parte de aquí.**

.- Y se sigue necesitando a los centros privados para aliviar el peso de la pública...

.- **Sí. Algunos partidos de izquierda te lo reprochan, y te dicen que en vez de pagar a los privados gestionemos nosotros ese dinero. Pero no puede ser, porque allí me cuestan en doble que aquí.**

.- ¿Cómo es posible?

.- **Un ejemplo: Un pase de visita aquí es el jefe de la unidad, más el adjunto más el residente, el enfermero, quizá uno o varios alumnos; ver un paciente es media hora. Te vas a San Rafael: un médico, y una enfermera se lo liquidan en cinco minutos. Son distintos modelos de producción, y el nuestro tiene más coste. Lo esencial, insisto, es el paciente. Hemos estado muchos años en un sistema centrado en el profesional, y éste se ha organizado su tiempo y su trabajo según sus intereses. Pero eso ha cambiado ya.**

CESAR PASCUAL
Director Gerente del Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla

“No hay nada inmoral en ser eficientes: la eficiencia está ligada a la justicia, y necesita autonomía en la gestión”

César Pascual Fernández, Director Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Santander. Presidente de la Comisión Delegada del Instituto de Investigación Sanitaria del mismo centro público. Patrono de la Fundación CNIO Centro nacional de Investigaciones Oncológicas. Fue Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y ha sido Director General de Sanidad en el gobierno de Cantabria.

Pascual quiebra el paradigma de administrador políticamente correcto y sometido a la cadena de mando. Es un gestor innovador que apoya su eficacia en la independencia, en el diálogo y en el compromiso de los profesionales y los proveedores.

Propugna un cambio en el modelo de gestión hospitalaria para hacerla más **“moderna y eficaz, más competitiva y eficiente, a través de los consensos porque no estás solo en la hospital”**

Consenso con los profesionales:

“Si quiero que tiren del carro lo primero es que se sientan orgullosos de trabajar aquí; conseguir que se comprometan con la casa, y eso se hace contando con un equipo directivo que esté fomentando y compartiendo éxitos, felicitándoles en público, estando con ellos; no con una carta o una nota, no: yendo a los servicios, escuchando sus quejas, hablando y ofreciéndoles la disposición del equipo directivo. Y, naturalmente, contando con ellos a la hora de tomar decisiones, porque al final, cuando gestionas personas y su comportamiento, lo verdaderamente importante es gestionar los *por qué* y no los *qués*”

Y consensos con los proveedores y también con el gobierno.

“Hay que buscar partners tecnológicos con los cuales avanzar, mediante acuerdos por vías que te abre la legislación, como la *compra pública innovadora* a través de los *diálogos competitivos*, y conseguir comprometer al gobierno. Yo le digo a la consejería que no me hablen del hospital como un recurso de asistencia, sino como un sector económico de esta región o este país. Generamos empleo, muchísimo empleo estable”

Pero también con los pacientes, con la sociedad:

.- Claro, y compromiso social. Tenemos que estar todos de acuerdo en que esto es limitado. Se habla de pacto político para la Sanidad, pero yo creo que tiene que haber un pacto social sobre qué Sanidad queremos, implicando y comprometiendo a todos. Porque, por ejemplo, esta manía que tienen los alcaldes de que haya un consultorio en su pueblo, no puede ser, como tampoco que cada hospital haga de todo o que todas las comunidades autónomas tengan todo tipo de trasplantes. Es que no podemos poner un recurso sanitario en cada sitio. Además está la telemedicina, como muchas otras soluciones tecnológicas. La situación del país no tiene ya nada que ver con los tiempos en que entró en vigor la Ley General de Sanidad, y tendría que cambiar. Lo malo es que nadie se atreve a tocarla.

.- Hombre, es una herramienta política. La Sanidad es una buena baza electoral ...

.- No tanto, nadie gana unas elecciones por la Sanidad. Te puede hacer perder votos, sí, pero darte no. El hospital es una más de las cosas que pones en marcha, pero con la disculpa has puesto una línea de transporte que no había, una central de transferencia de basuras, has abierto una carretera...eso es lo rentable políticamente.

.- El hospital como activador de la economía local...

.- Si. No sólo por la gente que trabaja directa o indirectamente, que aquí son más de 20.000. Está el movimiento de taxis, hoteles, aviones o comercio. La gente que viene aquí se va de compras. En una ciudad como esta, que no tiene industria apenas, en invierno, ¿de qué se vive?. Empiezas a calcular la cantidad de recursos que dependen del hospital y te das cuenta de lo que supone. Además, el hospital es lo más difícil que hay de gestionar, cualquier sector económico que se te ocurra está aquí: por ejemplo, tenemos recursos de residuos biológicos peligrosos o nucleares que cada X meses tienen que venir a retirar y tienes que cumplir una legislación, tenemos calles y urbanizaciones que hay que reparar y mantener,

habitaciones, restaurantes, centrales de generación, etc... y gestionamos transporte, incluso aviones cuando hacemos trasplantes.

.- Y un gobierno/empresario que está encima...

.- Sí, pero tú tienes que exigir autonomía, es la clave para la gestión.

.- No debe ser fácil,

.- No. Hay que tener ganas de hacerlo y meterte en líos. Tener un equipo que te apoye y que esté contigo. Luego, claro, hay que contar con un apoyo político decidido y valiente. A mí la vicepresidenta, que es la consejera de Sanidad, me deja trabajar. Que sea Vicepresidenta es fundamental porque cuando Hacienda endurece su postura el criterio de ella es muy importante.

.- Pero ha tenido que hacer recortes.

.- Hemos hecho ajustes, pero recortes, ninguno. Cuando vine aquí se lo dije: no me digáis que no tienes dinero para pagar y me lancéis a los pies de los caballos, porque para eso no vengo. Y eso se está haciendo en todo el país. “Gerente, que recortes 20 millones”, ¿Cómo que recorte 20 millones si hasta hace cuatro años nuestros incentivos eran por producir y nos exigían quitar listas de espera y te doy tanto, y más y más te doy, y te daban por hacer cada vez más? Ahora, de repente, tengo que cortar. Esto no funciona así. Seamos serios y planteémonos qué queremos hacer. Primero, sanear el hospital, el compromiso con Hacienda. ¿Difícil?, pues cuéntale qué pasaría si desapareciera Valdecilla. Hicimos el cálculo y se perderían 6000 empleos directos, 7.000 indirectos, miles de empleos relacionados...y lo que caería detrás de nosotros. Por ejemplo, los gobiernos no tiene ningún problema en financiar diversos sectores como el ganadero o el pesquero, y hay que hacerlo, seguro; o dar una subvenciones enormes que llegan de Europa que permiten sobrevivir a diferentes sectores. Luego viene el gobierno central y dice que el sector del automóvil es estratégico y le da a cada español que se compre un coche 6.000 o 9.000 euros. Vale, y a mí me es imposible comprar un biológico porque vale 5.000 euros. Insisto, ya es hora de que se vea el hospital, sobre todo los grandes hospitales como Valdecilla, como un sector económico.

La gestión de un hospital exige autonomía, pero también “mano izquierda y torear” y una autoridad que César Pascual echa de menos en la Administración central.

“Creo en las transferencias, no creo que haya que centralizar la Sanidad. Pero también hay que volver a recuperar el respeto por la Administración del Estado, tiene que recuperar ese papel principal de gobierno que nunca debió perder. Una cosa es la autonomía que favorece la gestión, pero tiene que haber un órgano colegiado que marque directrices a cumplir, no puede ser que salgan los consejeros

de la Interterritorial y ya anuncien que no van a cumplir lo que se acaba de decidir en la reunión. El problema de las autonomías no es su configuración en sí, sino que no se respeta el papel de gobernanza que tiene que tener la administración central”

Defiende la necesidad de un cambio “conceptual” del Sistema, más allá de la modernización de los modelos de gestión.

“El cambio que tenemos que hacer es muy disruptivo, de concepto. Tenemos que hacerlo porque se trata de una organización madura. La Sanidad es un sector muy regulado, hiperregulado, diría yo, y la mayoría de los agentes están instalados en el modelo tradicional. Y cómodos, en mi opinión. De hecho, considero que existen muchos elementos que ejercen de protección al Sistema para que no haya una cambio tan evidente como necesario. Pero o ponemos un poco de sentido común a todo lo que estamos haciendo, o no lo arreglamos. O actuamos o aquí no cambia nada. Estamos gastando lo que no está en los escritos y si, hay cosas que están justificadas, pero muchas otras no. Seguimos actuando de forma tradicional en un entorno que no tiene nada que ver y nos basamos en experiencias exitosas que dieron muy buen resultado. Pero si las experiencias pasadas sirven como referencia en algunas decisiones que se toman, el problema es que en la situación actual, en muchas de las decisiones que tenemos que tomar ni siquiera hay experiencia. Nada tiene que ver repetir experiencias con aprender de la experiencia”

Su forma de actuar es coherente con ese pensamiento:

.- La gestión del hospital es pública, pero tenemos un proveedor único para todos los servicios que no son sanitarios. Es decir, yo en vez de tener contratada una compañía de limpieza, una de cocina o una de mantenimiento tengo a la UTE de Ferrovial Servicios y SIEC, él a su vez tiene las empresas. Mi interlocutor es él

.- ¿Y la ventaja para el hospital?

.- Aparte de facilitar y abaratar los costes, se compromete a terminarnos la obra del hospital que llevaba parada ocho años. Nos fuimos a un contrato innovador distinto del contrato de colaboración habitual entre el sector público y el privado. No hay nada inmoral en ser eficientes, al contrario, la eficiencia está ligada a la justicia porque nos permite conseguir una mayor equidad al lograr el mayor rendimiento a los recursos que tenemos.

.- ¿En qué sentido es distinto?

.- Porque no es una concesión como las demás. Lo hicimos *competitivo*, es la primera vez además que un gerente de un hospital licita una obra de esta magnitud, de esta naturaleza. La mesa de contratación era absolutamente técnica y el pro-

ceso de diálogo competitivo llevó a muchas discusiones con los distintos proveedores para ver quién tenía la mejor oferta. Y se habló con los profesionales de la casa, y se les explicó y entendieron lo que estábamos haciendo

- ¿Y no hubo protestas por “privatización”?

- No, salvo escasas excepciones. Hay quien lo piensa, pero lo que vale es el resultado y es una cuestión de eficiencia. Y de buscarse alternativas para gestionar con menos recursos. Mire usted, sobre este tema como en otros muchos, tener una opinión formada requiere mucho esfuerzo y no todos están dispuestos a hacerlo

- Dentro, supongo, de los márgenes que da la legislación...

- Por supuesto. Está contemplado en la Ley de Contratos de los Servicios Públicos. Tiene un apartado que se llama *compra pública innovadora*, pero en España se utiliza muy poco. Buscas al proveedor, te sientas con él y le dices que no tienes dinero pero te interesa su producto, luego otro proveedor, y otro...Y nos ponemos a trabajar en su desarrollo y a buscar financiación juntos de manera que todos podemos beneficiarnos dentro de los márgenes que nos permite la ley que son algo más amplios que en los contratos habituales.

Esa es la base de su acuerdo con la empresa proveedora que se encarga de la prestación de servicios y es su “partner” en la imprescindible renovación tecnológica.

- Hoy en día comprar es ridículo porque el grado de obsolescencia es rapidísimo. Tienes que ir a un acuerdo tecnológico. Y para hacerlo rentable tienes que incluir más cosas y, sobre todo, más tiempo: tienes que irte a contratos más largos para que les quepa financiación. Porque ellos no son bancos, son fabricantes; ajustas, bajan precio, luego la prestación de servicio...y, claro, a cambio también ir renovando. ¿Cuándo? ¿Cuando haya aportación tecnológica? No, cuando haya ruptura tecnológica, que es cuando la máquina nueva que aparece cambia la forma de actuar de los médicos, el protocolo, el tratamiento. Y, eso sí, contando con los profesionales, que son los que tienen que cambiar sus comportamientos, que activar nuevos protocolos. Con las tecnologías lo que está ocurriendo muchas veces es que no cambiamos esos comportamientos y en ese sentido la innovación tan solo supone sobre coste y eso no nos lo podemos permitir. Por ejemplo, te dice el jefe de servicio que con tal o cual aparato o proyecto van a reducir la estancia, y yo les digo que no, que la única forma de reducir estancia es quitar camas, porque si no quitas camas reducen la estancia de unos y te ingresan a otros.

- Ya, pero ahí le están aliviando las listas de espera

- Si, pero como la demanda es infinita, eso no importa. La lista de espera es un

mecanismo de regulación de la demanda infinita, el otro mecanismo sería cobrar. Como no vamos a cobrar, pues lista de espera. Lo primero que te enseñan cuando te dedicas a gestión es que la oferta en sanidad genera demanda. La única forma de regularla es reducir la oferta, porque así los médicos se ajustan más, priorizan más.

.- Para lo cual hay que contar con ellos, evidentemente...

.- Comprometerles y buscar complicidad. Aquí, como te decía, hemos hecho ajustes, no recortes. Hay un diálogo constante. No hemos despedido a nadie porque no ha habido necesidad de despedir. Ciertamente que algunas jubilaciones no se han cubierto porque había margen. Hemos llegado a acuerdos con los profesionales: "oye, si me reduces el gasto en farmacia ya no te despido los eventuales que tú quieres para investigar...ayúdame, vamos a ver en qué ajustamos" y llegamos a acuerdos. Yo me comprometo a poner este o aquel aparato o tecnología, pero el médico tiene que reducir la lista de espera introduciendo lo que de verdad es importante: "libérame consultas, mándame la gente a primaria y si me liberas suficientes, te sobrá un adjunto que puedes dedicar a otras cosas". Hay que tener mucha mano izquierda para ser gerente y escuchar y, por supuesto, motivar. Quien es más competitivo y más eficiente es el que se va a llevar los logros del hospital. A quien es ineficiente y va a despilfarrar el dinero que no tenemos, no le voy a tratar igual.

En insiste en el compromiso, en el orgullo de pertenencia y, desde luego, en el retorno:

"Dialogar mucho, evitar la confrontación y lograr el compromiso y que luego venga el retorno, como con las empresas. Si entre todos hemos ahorrado, todos tenemos que obtener la recompensa por ese ahorro. No vendes soluciones, vendes felicidad. Céntrate en que los profesionales de tu equipo se sientan comprendidos, demuestra que entiendes sus problemas, objetivos y deseos y ellos harán lo mismo y así sucesivamente en distintos niveles se irá construyendo ese compromiso. Y hay que ser exquisito en eso, del mismo modo que es necesario el ejercicio de autoridad no sólo para que no se rebasen ciertos límites, sino también para que se establezca una jerarquía basada en el conocimiento que permita una mejor organización"

Reivindicando, eso sí, lo público:

Creo en la gestión y creo en lo público. Y también en que hay que *empresarializar* este sector de la Sanidad. Que no privatizar, porque no se trata de venderlo y que pase a manos privadas. Eso se puede hacer con algunos centros pequeños, pero no con los grandes. Por eso el cambio, la única posibilidad de futuro, es in-

troducir mecanismos de gestión en los grandes centros, ¿cómo?, asociándote a la industria y buscando esos mecanismos en común. Y con autonomía, porque cada hospital tendrá que buscarse el suyo porque son centros diferentes, con su cultura, su historia...algunos estándares generales, ciertas centralizaciones, pero con autonomía en la gestión.

En consecuencia, sostiene César Pascual que no tiene sentido, que es **“falso y artificial”** el debate que enfrenta la Sanidad pública con la Sanidad privada.

“En los grandes hospitales la gestión tiene que ser directa de la administración; ahora, adoptando fórmulas innovadoras, modernizando los modelos de gestión, pero no privatizando ni pasando a un nivel de contratación con un tercer agente. Recurrir desde dentro de la propia administración a modelos distintos y darle mayor autonomía a los profesionales”

CARMEN PEÑA

Presidenta de la Federación Internacional Farmacéutica

“El farmacéutico es un profesional de primer nivel que ha de estar integrado y participar en las estrategias sanitarias”

Carmen Peña preside desde el pasado mes de septiembre la Federación Internacional Farmacéutica que agrupa y representa a más de 3 millones de farmacéuticos en todo el mundo, y es desde 2009 la Presidenta del Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Es la primera mujer que en España preside un Consejo de Colegios sanitarios. Doctora en Farmacia, tiene entre otros, el premio Fellow Award, que entrega la FIP y que reconoce su “fuerte liderazgo internacional y su contribución al avance de la profesión farmacéutica”

Carmen Peña cree que el Sistema Nacional de Salud español es uno de los mejores del mundo, **“porque con todos sus fallos, con todos sus inconvenientes, sabemos que cuando tenemos cualquier enfermedad crónica y nos movemos por España lo hacemos con total tranquilidad emocional, porque si pasa algo con respecto a nuestra patología vamos a encontrar medicamento aunque se nos pierda o se rompa; un paciente en España no tiene miedo a no encontrar su medicación y a quedarse sin asistencia”**.

La Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, y de la Federación Internacional Farmacéutica considera que la Farmacia **“es uno de los grandes ejemplos de lo que es la convivencia adecuada, equilibrada y socialmente reconocida de la colaboración público-privada, porque está tipificada en la Ley de Garantías como un establecimiento privado, pero es de interés público: el 80 por ciento de lo que dispensan las 22.000 farmacias que hay en España está pagado con presupuestos generales porque son los medicamentos que prescriben los médicos del Sistema Nacional de Salud. Es un establecimiento privado que**

trabaja para lo público pero que tiene otra peculiaridad más: antepone lo profesional a lo meramente económico”.

- Eso, en el modelo español

- Claro. Pero sólo hay otro diferente al nuestro. Frente al modelo de titularidad del profesional que pone su título, su patrimonio y su responsabilidad al frente de la farmacia, está el de las cadenas que son integraciones verticales en las que el que fabrica, distribuye y entrega medicamentos.

- ¿No existen modelos intermedios?

- No, no los hay

- Pero pueden convivir...

- Si, de hecho lo hacen. Pero cuando se rompe la titularidad, inexorablemente en todos los sitios se ha ido al mundo de las cadenas. Y está claro que donde hay esta farmacia de titularidad profesional, la accesibilidad es mejor y el precio del medicamento es uno de los más bajos del mundo. Insisto, el profesional antepone su propia responsabilidad a lo meramente económico.

Carmen Peña defiende que en España se mantenga ese modelo de Farmacia Comunitaria, pero integrándola en los planes de prevención y salud pública, **“porque de hecho se está haciendo, pero de derecho, al ser establecimiento privado, nunca se les ha integrado dentro de los planes de salud del Estado”**

- Entonces habría que hacer un Plan Nacional que integrara a las farmacias...

- ...como parte del apoyo a la asistencia primaria

- ...en la que están también los farmacéuticos integrados en los servicios hospitalarios

- Tenemos que integrarnos en horizontal y en vertical dentro del sistema. Digo en horizontal en el proceso autonómico y en vertical en todo lo que es el mundo hospitalario, el mundo ambulatorio. Que los ciudadanos puedan tener atención en una autonomía aunque trabajen en otra, y en el campo profesional que seamos capaces de trabajar en equipo, porque hay barreras transparentes. El paciente es uno y el paciente es un crisol en el que confluyen muchos diagnósticos, muchos tratamientos, muchas medicaciones y eso hay que coordinarlo en beneficio de ese paciente a nivel individual y en beneficio del sistema para que no nos cree efectos colaterales y económicos dañinos.

En España, la prestación farmacéutica está transferida a las Comunidades Autónomas y el registro, precio y financiación se regula a nivel nacional. Y para conseguir

la coordinación que demandan los farmacéuticos, para mejorar la situación del Sistema Nacional de Salud, sólo hay un camino, abrirlo a la participación efectiva de los profesionales de Farmacia:

.- Redefinir el sistema Nacional de Salud protegiendo sus partes vitales, adaptándolo a las nuevas necesidades de la sociedad.

.- ¿Cómo?

.- Con un pacto entre todos.

.- ¿Un pacto político?

.- Y un pacto profesional. Hay que integrar a todos los profesionales en la toma de decisiones. Es necesario un proceso de interconexión de las políticas sanitarias, de las autonomías con respecto al Estado, y a su vez de las políticas sanitarias en cuanto al papel de los profesionales que trabajan en equipo. Y el equipo somos todos los profesionales que con nuestro trabajo impactamos en el sistema.

Y acude a la contabilidad para mostrar el camino por el que no hay que seguir:

.- No puede ser que se estén llevando medicamentos del mundo ambulatorio al hospitalario por ahorrarse el margen de la distribución y de la farmacia. Es un ahorro ficticio en el que quien pierde es el paciente; si vive en un pueblo, en un lugar distante del hospital, tiene que perder días de trabajo o gastarse en transporte para recibir una medicina cuando podría dispensársele en la farmacia. No sabemos cuánto se gasta el sistema en medicamentos públicos. Falta una contabilidad analítica con todos los gastos del proceso hasta que llega verdaderamente el medicamento al paciente. Estamos desvistiendo un santo para vestir otro.

En el fondo, es una cuestión de valorar y situar el papel de cada cual. No sólo en términos contables, sino de atención, de responsabilidad, de eficacia social ante la salud pública

.- Lo dicen las recomendaciones de los organismos internacionales: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional Farmacéutica (FIP): Allá donde esté el medicamento, tiene que haber un farmacéutico. Un profesional que no sólo vigila, custodia y dispensa el medicamento, sino que se responsabiliza con los resultados en salud de los pacientes...

.- Que el farmacéutico es algo más que quien controla en los hospitales y dispensa en las farmacias...

.- El farmacéutico es un profesional sanitario de primer nivel, experto en el medicamento, que ha de estar integrado y participar en las estrategias sanitarias.

.- ¿En la toma de decisiones?

.- Coordinado con el resto del equipo, como uno más. Yo creo que eso es una asignatura pendiente y que el Sistema Nacional de Salud está aún organizado de forma que no se tiene en cuenta la función y cualificación de cada uno de los profesionales por donde el paciente transita. Porque vamos hacia un mundo cada día más ambulatorio.

.- Más centrada en los crónicos que en los agudos, y ahí el papel de la farmacia es más importante, ¿no?

.- La farmacia comunitaria en España es potentísima. Hay 44.000 profesionales de salud de primer nivel a los que hay que dotar de capacidades legales y de responsabilidades profesionales para que además de dispensar correctamente el medicamento se comprometan con el paciente en el seguimiento de su tratamiento. Una vez que el prescriptor, el médico, ha diagnosticado y ha prescrito hecho, hay que ver si ese paciente una vez que sale a su calle, a su mundo, a su vida, está haciendo lo correcto

.- Pero no creo que los médicos “cedan” fácilmente esa responsabilidad...

.- La Sanidad necesita a todos los profesionales sanitarios: farmacéuticos, médicos, enfermeros... Todos debemos trabajar en red, coordinados, sin compartimentos estancos, cada uno conforme a sus conocimientos y competencias, y mejorando la eficiencia y calidad de la asistencia sanitaria.

.- ¿Y el farmacéutico está en condiciones de asumir ese compromiso?

.- Sí. El farmacéutico está preparado. Es un cambio cultural importante, pero necesario y que está siendo demandado por la propia sociedad española. Una realidad que vemos todos los días en esos dos millones de seres humanos que entran a diario por las farmacias en busca de consejo profesional. Nosotros respetamos muchísimo la labor de otros compañeros de la salud.

El cambio cultural parte de la concepción global del universo sanitario, de la comunicación entre todas las partes del proceso de una forma en que hasta ahora no se había producido. Del farmacéutico se esperaba saber de farmacología y dispensar los medicamentos ajustados al criterio del médico. Ahora, en un mundo de información horizontal y complejidades crecientes también en el ámbito de la salud, la especialización sólo es eficaz si se abre a la interconexión.

“El objetivo es que el paciente se sienta asistido en sus necesidades de salud. Que lo que se haga en el campo de la medicina y la enfermería tenga su continuidad en la farmacia: compartir información, mejorar la adherencia al tratamiento

desde la voluntariedad del enfermo...Nuestro objetivo es el paciente y el éxito en sus resultados en salud en el campo del medicamento”.

En realidad, se trata de crear un nuevo paradigma en torno al paciente y a su salud. Coordinar esfuerzos, armonizar sin entrometerse, sin injerir. Avanzar en suma. Y vencer las resistencias a los cambios.

Entre los actores, alguien con quien el sector mantiene una relación singular: la industria farmacéutica.

.- Es una relación muy leal, porque hay muchos objetivos comunes. El medicamento tiene que ser un producto estratégico de salud, valorado y no devaluado. Los farmacéuticos tenemos que apoyar y respetar enormemente a la investigación y el desarrollo de la industria, porque si no, no tendremos nuevos medicamentos. El aumento en el tiempo y la calidad de vida está relacionado en gran medida con la farmacología. Sus avances nos han dado vida.

.- Pero ahí no sólo está el farmacéutico...

.- La financiación de los medicamentos es una competencia del Estado, mientras que la gestión de la prestación sanitaria, y dentro de ésta la prestación farmacéutica, está transferida a las administraciones sanitarias autonómicas.

.- ...A eso me refiero: la dependencia de la administración. Y en los últimos años de crisis, eso ha afectado considerablemente al sector. Estoy pensando en lo sucedido en Valencia o Cataluña

.- Las demoras en el pago a las farmacias constituyen un grave problema. No pagar a las farmacias es no pagar aquellos medicamentos que han sido prescritos por los servicios regionales de salud y que necesita la población. Medicamentos que el farmacéutico ha tenido que pagar por adelantado a la industria para poder dispensarlos al paciente.

.- ¿La solución está en habilitar planes de proveedores o fondos de liquidez como se ha hecho?

.- La aprobación en los últimos años de los diferentes planes de Pago a Proveedores y los Fondos de Liquidez Autonómica han sido importantes medidas impulsadas por los ministerios de Hacienda y Sanidad para dotar de liquidez a aquellas comunidades que afrontaban problemas en el pago a las farmacias. Medidas de supervivencia, coyunturales, que han de estar acompañadas de otras de carácter estructural.

Así y todo, Carmen Peña defiende la regulación de precios por parte del Estado: **“Los países en donde no está regulado el precio, son aquellos que tienen los precios más elevados para la población. La regulación es un mecanismo de control del precio en beneficio de los ciudadanos”**

Y en cuanto a la relación entre la sanidad pública y la privada, un criterio claro: que el sistema funcione y ofrezca un servicio universal:

.- Apostamos por una Sanidad pública excelente, sostenible y de calidad como pilar fundamental del Estado de bienestar; y para ello, se necesita una sanidad privada también excelente y de calidad

.- Y un pacto entre todos los implicados en el sector...

.- Debe haber un pacto de estado entre los partidos políticos, con los gestores de las comunidades autónomas, con los profesionales que trabajan en la Sanidad, y un compromiso con los pacientes. Es preciso que haya un compromiso entre todos para no utilizar las políticas sanitarias de manera interesada ni partidista; y para que todos los profesionales participemos en la búsqueda de soluciones a los retos que nos está planteando la sociedad. Nuevos desafíos en el campo socio-sanitario, como son la cronicidad, el envejecimiento o la dependencia, que requieren de una respuesta integral a los problemas de salud, por parte de todos los actores que trabajamos en la Sanidad

JULIAN PEREZ GIL

Director de COGESA y Asesor para Sanidad del Banco Mundial

“La asistencia tiene que pivotar más en la Atención Primaria, enfocada al paciente crónico”

Inspector de Hacienda. Consultor de proyectos de desarrollo de modelos e instrumentos para la gestión y planificación sanitaria en Sudamérica y Centroamérica. Asesor para la Sanidad del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

Fue director de Administración y Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud. En Mayo de 2009 es nombrado director del Servicio Vasco de Salud Osakidetza, donde estuvo hasta enero de 2013.

Lo convirtió en el más moderno y eficaz de los servicios de salud de las autonomías

Julián Pérez Gil asesora al Banco Mundial, al Banco Interamericano de Desarrollo y a gobiernos americanos sobre planificación sanitaria. Gran parte de sus referencias a la hora de desarrollar modelos, y eso surge a menudo durante la conversación con él, se basa en su propio trabajo al frente del Servicio Vasco de Salud, Osakidetza. Sostiene que la Sanidad en España tiene buenos indicadores, pero no es sostenible en las circunstancias actuales.

.- Tenemos todavía un gasto por debajo de la media de la OCDE, indicadores de salud, calidad, o morbilidad, excelentes. Somos un ejemplo para países como Colombia o Chile donde tienen muy privatizada la Sanidad, donde los pobres van a los hospitales públicos y los ricos a los privados; una sanidad muy inequitativa y con unos resultados en salud mucho peores. Hoy por hoy España todavía tiene unos indicadores muy buenos. Pero hay que cambiar de dirección, y lo malo es que la Administración es una apisonadora y es muy difícil cambiar su rumbo. Si

realmente no se toman en este momento una serie de medidas absolutamente necesarias los resultados a futuro van a ser peores.

- ¿Me está diciendo que en estos momentos no es sostenible la Sanidad española, y que o tomamos medidas o la perdemos?

.- Efectivamente. Tiene que ver con la demanda; con el crecimiento de la población y los avances tecnológicos. El 80 por ciento de los pacientes que vemos en un sistema de salud son pacientes crónicos, que producen el 70 por ciento del gasto. Y los estamos tratando como si fueran agudos. El gasto verdaderamente importante de la atención sanitaria no se produce en las urgencias como muchos aseguran, no. Donde realmente se gasta es en el ingreso: casi la mitad, el 40 por ciento del gasto sanitario va a ingresos, a las camas. Y el 5 por ciento de la población consume el 33 por ciento de los ingresos.

- Y supongo que al aumentar el progreso tecnológico y los avances en salud, habrá aún más crónicos y personas mayores a las que atender...

.- La tecnología sanitaria está creciendo de una forma importantísima en el tema de fármacos, donde los biológicos van a tener un crecimiento espectacular; la medicina personalizada va a ser impresionante; los equipamientos, lo mismo. Hoy en día, por ejemplo, no me operaría con una cosa que no fuera un Da Vinci la próstata...todo esto cuesta dinero. Hoy todavía no se tiene accesibilidad en España a este tipo de tecnología. Y menos mal que la población no está informada de todos los progresos, que todavía no demanda la utilización de estas nuevas tecnologías porque las desconoce. Como sucede con las campañas de screening con el cáncer de colon. Hay muchas nuevas realidades tecnológicas y de diagnóstico que será necesario acometer, y cuesta dinero. Y además va a incidir en la demanda y en la demografía, con un envejecimiento de la población. Dentro de unos años la pirámide poblacional que en hoy España es un rombo, se va a convertir en un árbol. Incluso casi como un hongo, más por arriba que por abajo. Ese envejecimiento de la población va a generar también mayor demanda y frente a eso ahora mismo lo que hay es una oferta muy orientada al paciente agudo, no al paciente crónico. Sin embargo, el peligro va a venir por los pacientes crónicos. Ya en este momento la cronicidad están incrementándose de una forma espectacular. Porque, claro, primero el cáncer ya se cura. Pero no del todo. Los pacientes tendrán que seguir en tratamientos, revisiones, etc. Como el Sida, que se cura, pero tiene que seguir tratándose.

- Por tanto, viviremos más tiempo, mejor, pero conviviendo con situaciones que necesitan tratamiento o atención, o seguimiento. Y eso habrá que pagarlo. El precio de la calidad de vida, ¿no?

.- Y del crecimiento tecnológico, y de lo los cambios de hábitos. Todo eso se va a

traducir en términos de asistencia sanitaria. Yo te podría contar casos de pacientes con nueve enfermedades crónicas. Y todos ellos con su tratamiento. Por otro lado están también los hábitos alimenticios. Hay una parte de la población que hace deporte y vivirá más tiempo. Pero hay también otra que es sedentaria y eso plantea problemas como la obesidad que están incrementándose en España de una forma espectacular. No hay más que ver a niñas y niños. Se sigue fumando, sobre todo gente joven. Hay, por tanto, una mayor conciencia sobre hábitos saludables, que ha mejorado la salud pública, pero queda mucho por hacer y en algunos casos se ha ido hacia atrás. Todo esto, repito, va a provocar un mayor crecimiento de la demanda, lo que nos obliga de manera urgente a tomar medidas por el lado de la oferta...

- Medidas que cuestan dinero...

- Efectivamente. Frente a ello, seguimos con una oferta más orientada al agudo que al crónico

- O sea, nos gastamos dinero más en curar a la gente a la que le ha pasado algo, que en atender a los enfermos crónicos

- Y eso que, como te decía, la gran mayoría de los pacientes que se ven en un sistema de salud son pacientes crónicos, que están siendo atendidos en infraestructuras hospitalarias orientadas al agudo

- Si es tan evidente, ¿por qué lo seguimos haciendo?

- Porque esto funciona mucho a nivel político. Se vende el construir, el hacer hospitales. España es un país de construcción. Entonces, se hace un hospital, y el otro lo hace más grande, y uno más con habitaciones individuales, y estamos con esa carrera que se ha dado en los hospitales, que se han construido para dar y vender. En todas las comunidades. Mira, cuando yo era gerente del Ramón y Cajal, vino en plena campaña electoral Esperanza Aguirre y yo le dije, y de esto hace ya tiempo, porque fue cuando ella ganó las elecciones, "en Madrid no nos hacen falta más hospitales de agudos, lo que necesitamos es un hospital de media o larga distancia, o de subagudos, como suele llamarse, para atender al paciente crónico... porque yo aquí tengo un veinte por ciento de camas que están ocupadas por pacientes que no deberían estar aquí; y lo mismo pasa en La Paz o en otros centros"

- No le hicieron mucho caso...

- En el País Vasco hicimos un plan estratégico de atención al paciente crónico y entre sus acciones estaba el parar, el ir reduciendo las camas de agudos y aumentarlas de los pacientes crónicos. Para que te hagas una idea, una cama de agudos vale unos 800 euros al día, y el coste de un hospital para un paciente crónico viene a ser de 300 a 350. Es decir, estamos hablando de 500 euros de diferencia entre atenderlo de una forma u otra.

¿Por qué no me hicieron caso? Porque es mucho más eficaz desde el punto de vista de la imagen, del marketing político, hacer un hospital en Torrejón, en Villalba, o en Gernika...en donde sea, de agudos que de crónicos.

Por tanto, lo que hace falta ahora en España es hacer un plan de atención al paciente crónico. Una atención que tiene muchísimas variantes, muchísimos proyectos. Para empezar, y esto es muy importante, con autoformación del paciente que en España es alguien muy pasivo. Somos muy pasivos en todos los aspectos... salimos en invierno a la carretera sin cadenas esperando que nos lo arregle la guardia civil, dejamos a los niños en los colegios para que los eduquen y nosotros les enchufamos a la tele; fumamos, bebemos, comemos en exceso...y luego vamos a que nos lo arregle sanidad. Tenemos que pasar de ser pacientes pasivos a pacientes activos.

- ¿Que sean capaces de cuidar de sí mismos?

- Algo así. Que apoyen los tratamientos y se hagan responsables de sí mismos. Que el paciente diabético sepa funcionar, sepa cómo tiene que tratarse. Igual que el hipertenso...que se responsabilicen. La Sanidad pública te va a ayudar a solucionar el problema, pero tienes que colaborar activamente. No puede ser que un paciente con gotero esté fumando en un hospital, que yo lo he visto

- Y yo...a enfermos terminales...

- Este es un aspecto, otro muy importante es la integración entre los niveles asistenciales. Que el paciente no vaya pasando de un lado a otros entre la primaria, la especializada, los hospitales... La asistencia tiene que pivotar más en la atención primaria, que es la más barata del sistema. Una atención primaria que se enfoque al paciente crónico. Por ejemplo, si un paciente es diagnosticado en un hospital de un problema de hipertensión, ese paciente debe volver a la atención primaria, no quedarse en el hospital. Y debe ser la atención primaria la que, contando con la responsabilidad del propio paciente, le tenga siempre en el radar. Atención primaria como referencia, y pacientes proactivos.

- Entonces, el debate no está en sanidad pública frente a sanidad privada, sino más bien en los niveles asistenciales y la responsabilidad del sistema y sus usuarios...

- Siempre que la sanidad privada juegue con las mismas reglas. Es decir, que la sanidad privada no sólo esté para atender a un paciente como alternativa o después de la sanidad pública, sino que tenga al paciente de la misma forma que lo tiene la pública

- Pero nosotros, como ciudadanos pagamos nuestros impuestos, tenemos derecho a una sanidad pública eficaz, sostenible y que no nos obligue a irnos a la privada.

- Efectivamente, ese es el tema. La sanidad pública tiene que atender a todos los

pacientes, y el que quiera irse a la privada, muy bien. Pero ante los problemas de listas de espera, cuando la sanidad pública ya no puede atender, debe derivarse a la privada. En España se da la circunstancia de que se están incrementando las listas de espera a pesar de que tenemos más camas que nunca.

- ¿Por una mala gestión?

- **Por una mala gestión, porque realmente lo que no hacía falta eran más hospitales, sino más conocimiento.**

- Pero se supone que sin con más hospitales aumentan las listas de espera, si no hubiera esos hospitales de más, las listas serían mayores

- **No, porque habría que tratar de otra forma. Como te digo, habría que tener hospitales más baratos para atender a esos pacientes en espera; habría que utilizar más las nuevas tecnologías. Habría que haber invertido más en nuevas tecnologías, por ejemplo. ¿Qué es más importante? Pues ahora en Madrid, por citar una Comunidad, sería tener una historia clínica unificada para atención primaria y especializada para todo el ciudadano, que tener más hospitales. Y eso no existe...**

- Y sería más importante una coordinación entre todas las administraciones

- **...y la receta electrónica implantada, que tener tanto hospital. Aquí ha gustado cortar cintas, y como eso no se puede hacer con un software informático...Que vean una historia clínica en Madrid y en Alcalá de Henares o que le vean en Puerta de Hierro el TAC que le han hecho a alguien hace dos años en el Hospital de Leganés: esto da mucha más eficiencia que tener camas.**

- ¿Cuál es la solución?

- **La gestión. Con la sanidad pública hay que hacer gestión, mejor planificación**

- ¿Privatización de la gestión?

- **No. Yo no creo en la privatización. Creo que la gestión tiene que ser buena y profesional. El problema es que en vez de profesionalizarse, se coge a las personas por su color político.**

- ¿No mejora la gestión la cesión a las aseguradoras?

- **No mejora la gestión. Para nada. En general, en los sitios donde ha habido gestión privada, al final ha ocurrido una desigualdad social importante, porque se deja de invertir en sanidad y se pone en manos de diferentes redes de salud que terminan dejando a mucha gente fuera del sistema. Por otra parte, experiencias como la de Gran Bretaña no han funcionado...algunos están en suspensión de pagos. ¿Por qué? Porque no se puede hacer una adjudicación sea de lo que sea de más de tres años, sin que la gente se relaje. Te sale más caro: un hospital es una cosa viva donde hay que hacer muchos cambios constantes, inversiones tecnológicas, modernización, y si tienes durante 30 años el mismo adjudicatario, su ritmo en ese cambio quizá no sea el adecuado. Al final esto siempre funciona mal.**

.- Entonces, ¿Qué hay que hacer?

.- **Orientar los servicios hacia la demanda, que es la atención al paciente crónico y gestionar en función de eso. Introducir nuevas tecnologías, herramientas que permitan la mejora de esa atención al paciente crónico. Orientar todo hacia la atención primaria. Integrar los niveles asistenciales. Dar mayor papel a la enfermería, otro tema muy importante. Hay que poner en valor su trabajo porque son quienes tratan con el paciente crónico. Los enfermeros tienen que poder ya hacer recetas a los crónicos, aumentar su compromiso de atención con ellos.**

Y volvemos al territorio de la política, a la dificultad de cambiar una situación cuando los criterios que se siguen, el motor de las decisiones está más relacionado con intereses políticos cortoplacistas o incluso de amiguismo o influencia que con las necesidades sanitarias reales de la población.

.- **Hay demasiada incidencia de los políticos en los profesionales. El consejero de sanidad de turno o incluso el presidente influyen en quién y para qué se nombra y a veces son personas que no tienen ninguna cualificación profesional, y sin embargo a gestores que llevan años, se les aparta.**

RAFAEL PÉREZ SANTAMARINA
Director-Gerente del Hospital La Paz

“Los acuerdos del Consejo Interterritorial tendrían que ser vinculantes”

Director-Gerente del Hospital Universitario de La Paz. Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna y Aparato Digestivo. Máster en Gestión y Administración Sanitaria. Ha sido Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. También, Gerente del Complejo Hospitalario de Pontevedra, del Hospital Montecelo y responsable de la Fundación Hospitalaria del Salnés, en Vilagarcía de Arousa.

Lleva más de diez años al frente de un Hospital que acaba de cumplir 50 y ha capitaneado un cambio generacional que ha renovado completamente las jefaturas de servicio y de sección, **“con gente joven, más implicada en las nuevas tecnologías y más abierta a la participación en la toma de decisiones”**.

Se siente especialmente orgulloso de esa **“implicación del equipo directivo tanto en el recambio generacional, garantizando la continuidad del conocimiento y la experiencia en los equipos, como en la promoción profesional”**

En su día sonó como posible ministro de Sanidad, y cuenta con la experiencia de haber pasado por la Administración pública como Secretario General de Sanidad con Ana Pastor como ministra, y haber ejercido la medicina antes de gestionar.

“No creo que sea estrictamente imprescindible que se sea médico para gestionar un hospital, pero considero que el serlo facilita la toma de decisiones en el ámbito hospitalario. En algunos aspectos es como una empresa; de hecho, una gran empresa que en muchas ciudades es la más importante, pero tiene con respecto a las demás una diferencia sustancial y es que trabajamos con la salud de las personas, que vienen aquí con un problema, y eso no son números, son familias, son emociones que también hay que gestionar”

Su paso por la administración otorga valor añadido a otra mirada no tan afectiva y un punto crítica a la Sanidad pública:

“El Consejo Interterritorial, del que yo fui Secretario, tendría que tener más capacidad, que sus decisiones fueran vinculantes. Se hizo mal el proceso de transferencias. No debieron haberse transferido las políticas de Salud Pública porque ahora hay muchos problemas. Por ejemplo con el calendario de vacunación, no se sigue el que marca el ministerio y eso no tiene sentido.

Y luego está la politización: a veces las autonomías de un mismo partido hacen frente común y boicotean medidas del otro y así es muy complicado avanzar. Los españoles viajamos continuamente por todas las autonomías y no es normal que las prestaciones sanitarias sean diferentes. Debería estar unificado”

Cree, sin embargo, que de todos los ámbitos de la vida pública, donde menos se nota la presión política es en la Sanidad

.- En la Sanidad no hay una presión política, todo el mundo lo quiere hacer lo mejor posible con el dinero que tiene. Es verdad que los gestores principales suelen cambiar cuando hay un cambio político, pero la gestión no se modifica demasiado. La Sanidad no da votos, los quita. Ahora se critican las derivaciones a centros concertados porque se considera que es privatizar la Sanidad. Y las derivaciones se han hecho con el Psoe y con el PP. Todo lo que podamos hacer nosotros con nuestros propios medios lo hacemos. Lo que pasa que a veces con determinadas técnicas se incrementan tanto su uso que no tienes la capacidad de realizarlo todo en tiempo y forma.

.- ¿Es usted partidario de un Pacto de Estado sobre la Sanidad?

.- Hace poco Pedro Sánchez proponía desde el PSOE un pacto con el PP sobre Educación. Yo creí que iba a proponerlo también en torno a la Sanidad. Es muy importante y debería apartarse de la lucha política. Todo el mundo quiere hacerlo mejor en todos los campos, pero hay que acabar con ese diferenciarse unas autonomías de otras por las prestaciones que dan, porque crea desigualdad y cuesta más dinero. Presume una de ser una mejor que otra y luego vienen los problemas económicos por dar prestaciones que no corresponden o que no debían de corresponder. Habría que hacer unas prestaciones básicas y uniformes, una revisión de la cartera de servicios y luego que determinadas patologías se traten solamente en determinados sitios. Alta patología.

Esto último lo considera especialmente importante:

“En todas las regiones hay como mínimo un hospital de referencia de alta especialización”.

Y esto debería aprovecharse de una forma coordinada con el desarrollo de hospitales de referencia para determinadas patologías dentro del Sistema Nacional de Salud:

“Esos centros descargarían a los servicios autonómicos de los tratamientos a pacientes para los que no están suficientemente preparados, porque no todo el mundo puede tener alta especialización si los servicios que tiene no cuentan con el volumen suficiente. Entonces, se remitiría a esos pacientes a los hospitales especializados que recibirían compensaciones económicas por parte del ministerio de Sanidad”

La renovación tecnológica y la solución a los problemas de recursos humanos son, a su juicio, los mayores problemas a que se enfrenta ahora mismo un Sistema Nacional de Salud lastrado por la rigidez administrativa, pero no inmóvil.

.- Se ha cambiado gran parte de la gestión, se va más a concursos, se buscan políticas de incentivos dentro de la rigidez de la Administración, se acude a la colaboración público-privada...

.- ¿Está en riesgo la Sanidad pública en España?

.- No, en absoluto. De ninguna manera

.- Pero tiene que afrontar nuevas realidades provocadas por la crisis.

.- El problema principal en este momento es la renovación de la tecnología. Pero ya no es como antes, que tenías que comprar, concurso, etc...Ahora a través de contratos de mantenimiento, o de sustituciones, tienes otras alternativas para renovarla. No es fácil, pero eso es la gestión que tienes que hacer en el día a día del hospital, vas renovando como puedas. De vez en cuando hay algún plan especial a nivel autonómico, cuando hay una compra de aceleradores o de temas muy caros que se centralizan con la consiguiente. Pero lo demás cada hospital va gestionando a su manera la renovación de tecnología.

.- ¿Y el personal?, porque es otra de las columnas básicas de la gestión...

.- El tema de recursos humanos es uno de los que está sin solucionar. Es la rigidez de la administración, que hace que no puedas fichar a profesionales que te gustaría. Y estás también limitado a nivel de otras categorías como enfermería o auxiliares, a contratar en la bolsa. A veces tienes problemas cuando necesitas unas enfermeras que tienen que ser especialistas. Además, cada vez es más difícil la circulación entre las diferentes autonomías. Es un problema. En el tema de los recursos humanos deberían todos seguir la misma norma, los mismos procedimientos y las mismas retribuciones en todo el Sistema. Yo creo que ahí el Consejo Interterritorial debería también tener un papel más importante

- .- Y dentro del hospital, el diálogo con los profesionales, y su motivación...
- .- Claro, hay negociaciones con los diferentes servicios para llegar a un acuerdo en solucionar las listas de espera, retribuidos de determinada forma dependiendo lo que sea y que están incluidos en lo que aquí llamamos *pactos de gestión*. Llegamos a determinados acuerdos con un servicio sobre objetivos y todos cumplimos. Tenemos también planes especiales, como, por ejemplo, uno sobre cataratas que ha conseguido rebajar a la mitad la lista de espera. Pero a veces los problemas vienen de fuera. Por ejemplo, el asunto de la cocina. En estos momentos está sin resolver la concesión para los servicios de cocina y el restaurante para los trabajadores, y hemos acordado con una empresa, que construye las nuevas instalaciones a cambio de quedarse con la gestión de ese servicio. Por tanto, para nosotros no tiene coste alguno y nos soluciona un problema: mejora el servicio y los trabajadores comerán mejor y más barato. Negociamos con el sindicato de aquí, llegamos a un acuerdo, la gente contenta... y de repente, llega la matriz de ese sindicato y dice que no, que no se puede aceptar el acuerdo. Y así estamos.

El fantasma de la privatización, ese campo en el que se juega una batalla política que parece dispuesta a poner algunos grandes principios por encima de algunas grandes realidades. ¿Externalizar servicios es privatizar? ¿Se pierde calidad al poner en manos privadas el compromiso del Estado con los ciudadanos?

“Nuestro negocio es el sanitario. Todo lo que hay a su alrededor se puede gestionar de muchas maneras, y debe hacerlo el que más sabe y el que mejor cualificado está. Más aún en estas épocas en que no hay dinero para invertir. Tienes que hacer mejoras..la central termina, las cocinas, el restaurante. No puedes estar poniendo parches continuamente. La externalización consigue ahorrar dinero, más prestaciones y solucionar problemas. Mejora la gestión, en definitiva”

Tres son las cualidades que según el director de La Paz ha de tener un hospital de estas características:

“Calidad en la asistencia sanitaria, formación e investigación, y un nivel óptimo de alta tecnología. La Paz tiene un nivel asistencial reconocido dentro y fuera de nuestras fronteras. En el ámbito de la formación, la capacidad de atracción es alta, el hospital siempre está entre los más elegidos y llevamos cuatro años en los que de forma consecutiva el número uno del MIR elige La Paz. En cuanto a la investigación, tenemos IdiPAZ, el primer Instituto de Investigación Sanitaria acreditado en la Comunidad de Madrid que ya ocupa un puesto de liderazgo a nivel nacional y cada año mejora en sus indicadores”

La investigación. Marca de calidad, pero también recurso de excelencia para la oferta asistencial y posibilidad de ahorro económico.

.- El IdiPAZ está gestionado por la Fundación, que tiene un presupuesto, unos ingresos y unos gastos independientes del hospital. Está además vinculado a la Universidad de Madrid. El hospital le presta apoyo y la Fundación contribuye a mejorar la calidad de la asistencia en los hospitales. Una gran parte de la investigación, que es la clínica, depende de la básica, que se hace en el Instituto. La clínica es a medias: ellos me pagan a mí por cada ensayo clínico, lo que repercute también en el hospital.

.- Y si hay un producto o una máquina que se ha utilizado para investigar y tiene un posible uso clínico, se queda aquí...

.- Se queda en el hospital. Nosotros le sacamos un provecho muy importante a todos los proyectos de investigación del hospital

.- Es una forma de conseguir recursos

.- Y de renovar el material, sobre todo a nivel de laboratorio, secuenciadores, etc, que se consiguen a través de proyectos de investigación.

No ha tenido que hacer grandes esfuerzos en recortes, aunque sí algunos cambios y desearía que la tarjeta sanitaria para todo el Sistema fuera una realidad. De momento, en Madrid, hay ya *historia clínica electrónica*.

.- Los recortes se produjeron aquí hace cinco años, cuando se inauguró el hospital del norte, el Infanta Sofía de Alcobendas. Ese centro nos disminuyó el área asistencial en unos 300.000 habitantes, lo que rebajó la saturación y la presión asistencial de tal manera, que disminuyeron progresivamente las urgencias, la patología cotidiana bajó muchísimo, y se fueron muchos profesionales cuya plaza no repusimos. Con el excedente de plantilla de La Paz se dotó una parte de los hospitales nuevos. Ahí fue cuando bajó el presupuesto y el gasto de farmacia al disminuir los pacientes

.- ¿Ha bajado la calidad asistencial por esta disminución de recursos?

.- Este hospital sigue siendo un centro de referencia a nivel nacional e internacional. Fundamentalmente, por el buen hacer de sus profesionales. Es de los mejor dotados, hacemos controles y auditorías de calidad constantemente y seguimos saliendo como los mejores del país. Es el centro de España que tiene el mayor número de unidades de referencia para el estudio y tratamiento de varias patologías y procesos complejos tanto en adultos como en niños. El trabajo multidisciplinar es la base del funcionamiento del hospital. Desde aquí se ha impulsado además

una política de colaboración en la Comunidad de Madrid entre profesionales y hospitales. Por ejemplo, los cirujanos pediátricos van a operar de aquí a Puerta de Hierro, o a veces los cardiacos aquí o fuera, a Canarias, por ejemplo.

.- ¿Una especie de red de servicios comunes?

.- **Si, sobre todo en especialidades como cirugía cardíaca, torácica, máxilo facial, etc. Cada vez se está trabajando más en ese sentido.**

.- Más coordinación, mejor servicio, pero ¿la información? ¿las historias clínicas son accesibles desde cualquier hospital de Madrid?

.- **Si, en la Comunidad de Madrid si. Estamos implantando la historia clínica electrónica. Hay una parte de ella que ya está metida y cuando esté todo completo ya no habrá ningún problema**

Es uno de los grandes retos del Sistema Nacional de Salud, la conexión informática, la aplicación práctica que está en la calle, en el uso cotidiano de la gente, pero que no tiene una traducción efectiva en el ámbito de la Sanidad. De momento se queda en el nivel provincial y autonómico y en el de gestión hospitalaria.

Precisamente esa adaptación a las tecnologías de la Información y la comunicación, es uno de los cambios que con más orgullo exhibe el gerente del Hospital Universitario La Paz de Madrid, del que dependen también el Carlos III, referencia para el ébola, y el Hospital de Cantoblanco.

“A todos los jefes de servicio les pasamos continuamente la información sobre su departamento y los datos comparativos con otros departamentos.

Tenemos un área de Control de Gestión que se encarga de elaborar y repartir todos los datos asistenciales y económicos. Y periódicamente mantenemos reuniones con todos los servicios que gestionan, y compartimos experiencias con otros hospitales del área de Madrid”

De cara al futuro, Rafael Pérez Santamarina, que reconoce que al frente de un hospital como éste, **“siempre se trabaja bajo presión”** se plantea como reto la renovación tecnológica y la modernización de la estructura hospitalaria de la Paz:

“Y establecer cauces de comunicación fluidos, fomentar la relación entre el centro y los usuarios, y seguir fomentando la innovación y la investigación biomédica que permitan a La Paz seguir avanzando en el presente y también en el futuro”

JOAQUIN POCH
Presidente de la RANM

“Hemos pasado de un médico paternalista que decidía sobre la Salud, a una Salud donde el enfermo colabora de forma activa en su proceso curativo”

Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina. Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Catedrático de Otorrinolaringología en la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Córdoba.

Experto en Oncología quirúrgica de cabeza y cuello, sordera profunda y aspectos morfofuncionales del receptor auditivo.

Es académico de número de la RANM donde ha sido tesorero y vicepresidente.

Desde la Academia se observa la profesión. Se le toma la temperatura a la Medicina y su ejercicio y se trata de enfocar su realidad y de conocer sus posibilidades; o de saber cómo se ve desde fuera o qué se piensa de ella. Lo que nació como una tertulia de médicos y boticarios a principios del siglo XVIII, se ha transformado en una institución de relevancia social que propicia el encuentro de los médicos y su crecimiento profesional y cultural. Y permite diagnóstico y receta de la profesión médica. **“La Medicina en España”, afirma su Presidente, Joaquín Poch, “está por encima de lo que es el nivel medio del país. Es decir, si nuestra economía es la décima o la undécima del mundo, los médicos españoles y la Sanidad española estarán dos o tres puestos por delante de esa clasificación”**

Para él la institución médica considerada como tal es una de las más prestigiosas y arraigadas en una sociedad española, **“que ha hecho un esfuerzo considerable en dotarse de una red sanitaria realmente muy importante; una red sanitaria que ya era buena incluso antes de la Guerra Civil, cuando España tenía un consumo de antisépticos, de jabón, de medicina...una red hospitalaria primaria que era**

comparable a la de muchos países de Europa. Hay una sanidad institucionalizada, como la sanidad militar española, que acaba de cumplir su quinto centenario; eso se dice pronto”

El Presidente de la Academia cree que **“los médicos españoles nunca han desmerecido dentro del contexto europeo, de lo que es la medicina moderna que empieza a mediados del siglo XIX. De hecho, el único Premio Nobel que tenemos, Ramón y Cajal, está en los límites de ese siglo”**

- ¿Cuál es la razón para que la Medicina española esté a ese nivel?

.- Yo creo que porque el problema sanitario y sociosanitario forma parte del ideario colectivo español en general. No se adscribe a un tiempo o a un régimen, sino que es una cuestión estrictamente social...

- ¿De compromiso, de carácter?

.- Y de formación. No puede decirse que las facultades de medicina estén particularmente atrasadas hacia 1.900, por ejemplo. La Sanidad pública moderna tal y como la concebimos en la actualidad tiene sus antecedentes en Alemania, en tiempos de Bismarck. Pero no hay duda de que el aspecto filantrópico de los servicios sanitarios estatales procede del National Health Service, el sistema sanitario que los británicos fundaron inmediatamente después de la Segunda Guerra mundial. Sistema que se nutrió de los mismos médicos que habían sido reclutados durante la guerra. El Sistema Sanitario español inicialmente no tenía cobertura universal, pero sí se parecía en algunos aspectos al sistema sanitario inglés.

- ¿Los médicos españoles están adecuadamente formados?

.- Están formados de acuerdo con las necesidades de la sociedad española. El médico recibe aquí una importante formación de postgrado con la institucionalización de una enseñanza reglada después de terminar la carrera. En ese proceso se mete de lleno en el hospital como médico interno o médico residente. Este sistema MIR marca un antes y un después al hacer obligatorio que se pase por él para obtener la especialización. El modelo proporciona a nuestros médicos durante cuatro o cinco años una enseñanza hospitalaria en centros de gran calidad. Por tanto, surgen de él médicos que tienen un sentido crítico y un gusto por la modernidad y la innovación que se mantiene hasta ahora.

- Lo que también explica la alta cualificación del colectivo en España...

.- Cierto. Pero tampoco impide que debamos ir pensando ya en su renovación. La sociedad es un órgano muy vivo que hay que estar renovando y analizando permanentemente

- ¿Cómo? ¿Por dónde?

.- Probablemente el número de facultades de medicina que tenemos en este momento es absolutamente desmesurado. Y cualquier hospital puede ser calificado como “hospital universitario” sin que se hayan definido previamente las condiciones para que lo sean o dejen de serlo.

El médico es un profesional en constante proceso de formación. Más aún en estos tiempos en que la tecnología transita a velocidades de vértigo y nos encontramos con que se han quedado viejos protocolos o aparatos sobre cuya utilidad todavía el médico no había tenido oportunidad de aprender. Como si los avances fueran más rápido que la capacidad para aprovecharlos. Pero es necesario encontrar la forma de trasladar los cambios a los pacientes.

“Muchas veces están ocurriendo cambios en la biología general de una magnitud extremada que no tienen aplicación clínica inmediata y que los médicos no llegan a conocer. Los ingleses tienen una frase que está muy bien: “from bench to bed”, del laboratorio a la cabecera del enfermo. Esto significa que hay que hacer un esfuerzo importante para que el hallazgo científico básico pase lo más pronto posible a la medicina asistencial, y efectivamente tiene usted razón, que hay que estar estudiando de forma permanente”

.- Y ahora más que antes

.- Y lo tenemos que hacer todos los días. En los hospitales esto resulta más fácil, porque somos grupos, somos equipos en cada especialidad y prácticamente antes de empezar la jornada nos reunimos en sesiones clínicas; los propios enfermos plantean los problemas. Y es todo esto lo que nos indica la línea que hay que seguir y lo que hay que revisar.

Hay pocas profesiones en las que haya tanta cantidad de cursos, de congresos, de mítines y mesas redondas, de talleres de trabajo, para la introducción de fármacos, material y de técnicas nuevas.

.- Ahí entra la industria y la hoy discutida relación entre el médico y el laboratorio o la empresa farmacéutica

.- Que está muchas veces demonizada. Tiene que haber, efectivamente, un cierto grado de regulación. Pero la industria de alguna forma tiene que hacer saber si hay un fármaco que supera a otro, tiene que tener vías de comunicación para que los progresos se conozcan.

.- ¿Y en la otra dirección? ¿Ha cambiado la relación entre el paciente y el médico? ¿Se escucha más al paciente ahora o es una impresión mía?

.- La historia clínica es absolutamente fundamental, es la que va a guiar todo el proceso. Enseñar a hacer una buena historia clínica es enseñar una buena medi-

cina. Ahora cada vez vamos más hacia la historia clínica electrónica, la acumulación de datos en formatos digitales...lo que nos obliga a buscar un lenguaje muy uniforme, pero escuchar al paciente y a prender a hacerlo sigue siendo una herramienta médica de primer orden

Esa unificación lingüística y de conceptos es uno de los compromisos que ahora aborda con más interés la Real Academia Nacional de Medicina que preside Joaquín Poch.

“Hay que usar palabras equivalentes y una red semántica que sean fácilmente computables y en eso está trabajando también la Academia. Porque tenemos una red cuyo fruto es el Diccionario de Términos médicos de la Academia Nacional de Medicina y esa red semántica es de un interés extraordinario para, por ejemplo, poder hacer traducción automática que facilite la relación entre médico y paciente que no hablan el mismo idioma”

En su idea de la medicina, aquella famosa letra de médico se ha quedado obsoleta, igual que el concepto del médico paternalista e inaccesible al paciente y a sus sugerencias

.- La percepción y el proceso científico consisten fundamentalmente en cuantificar y calificar bien las cosas. Eso lo podríamos llamar calidad percibida por parte del paciente, el grado de satisfacción que tiene el paciente respecto del médico. Todos los hospitales de Madrid están permanentemente haciendo encuestas, igual que las consejerías de Sanidad de toda España. Y es sorprendente que a pesar de todo lo que se dice en prensa, a pesar de las críticas a los errores médicos, el grado de satisfacción del paciente es bastante aceptable. Como le decía antes, es una cuestión también de carácter: el médico español tiene una capacidad de transparencia afectiva que es la propia de la nación.

.- Que le ha permitido cambiar con la sociedad...

.- Todo ha pasado por fases; la sociedad ha pasado de la sociedad de los súbditos a la de ciudadanos. De la misma forma, hemos pasado de un médico paternalista que decidía sobre la salud, a una salud donde el enfermo colabora de forma activa en su proceso curativo. El médico tiene que ser capaz de transmitir al paciente los datos fundamentales de su enfermedad para que él decida con los mismos criterios que decidiría el médico sobre la suya, en las mismas condiciones. Tiene que saber divulgar, manejar un lenguaje que se adapta al nivel sociocultural de su paciente.

Los foros de pacientes...los médicos tenemos que aprender mucho de ellos, pero a veces sesga la información. ¿Qué tenemos que aprender de ellos? La vivencia

de la enfermedad sobre todo cuando es grave ¿Qué es lo que tienen que aprender ellos a analizar? El sesgo que introduce aquel que está padeciendo la enfermedad

.- ¿Y qué hacemos con el “Doctor Internet”?

.- Internet es una herramienta fundamental que está cambiando el mundo. Creo que educar en la forma correcta de navegar, en aprender a tener sentido crítico, es una de nuestras asignaturas pendientes. Es muy complejo porque hay miles de millones de páginas en la red con todo tipo de temas e informaciones en las que casi siempre el único filtro que tienes es el del idioma. Pero hay que hacer algo, hay que empeñarse en un gran esfuerzo divulgativo acerca de lo que está ocurriendo. Digamos que haya una especie de consenso, que existan una serie de páginas certificadas del mismo modo que hay certificaciones de calidad para la industria.

.- Algo de eso existe ya con los códigos HON, WMA o WIS, por ejemplo

.- Si, claro. Pero habría que establecer algún tipo de certificación de páginas y que las grandes instituciones educativas tuvieran sus propias páginas de divulgación. Y por supuesto, educar en general a la población para que al navegar por internet no se creyera cualquier cosa que se encuentre.

Cree Joaquín Poch que entre los debates y diálogos que ha de abordar la Academia está también el de la Sanidad y la cuestión de lo público y lo privado, su convivencia, su complementariedad o su diferencia.

“Para nosotros lo importante es la Medicina buena y mala; la mala no es medicina; la buena puede ser pública y privada. Entonces, nosotros creemos que es éste un buen sitio para discutir. Existen un millón de matices al respecto”

Ahora bien, también como criterio, como certeza académica, profesional y acaso también moral, el Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, está convencido de que **“tiene que haber una sanidad pública de una gran categoría y de una gran capacidad que atienda al 100 por cien de los ciudadanos españoles”**

MIQUEL PORTA
Catedrático de Salud Pública de la UAB

“Las políticas de Salud Pública requieren un rigor y una calidad democrática de los que carecemos”

Jefe del Grupo de Epidemiología clínica y molecular del Cáncer en el Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM), de Barcelona.

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Catedrático adjunto de Epidemiología en la Facultad de Salud Pública Global de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (EEUU)

Autor de varios centenares de estudios sobre Epidemiología, forma parte del equipo editorial de revistas como “Journal of Epidemiology & Community Health”, “Preventive Medicine”, o “The Lancet” y es el editor – director de “A Dictionary of Epidemiology” (Oxford University Press, 2014)

España cuenta desde el año 2011 con una Ley General de Salud pública que moderniza las legislaciones previas en materia sanitaria y completa el panorama global de la prevención y la atención a la Salud en España. Fue la última ley aprobada por el parlamento durante el gobierno de Zapatero. Sigue sin ser desarrollada. Es una ley que fija órganos de análisis, gestión, evaluación y coordinación con autoridad nacional y al mismo tiempo dota de autonomía y capacidad a entidades autonómicas y locales para desarrollar políticas de Salud pública.

“El gobierno actual no ha tenido el coraje para desarrollarla pero tampoco para derogarla. Es una Ley que establece mejores mecanismos de cooperación entre Comunidades Autónomas (CCAA), de transparencia, de evaluación y un compromiso de rendir cuentas que creo deberían aplicarse también a otras políticas del Estado como las educativas, las ambientales o las políticas sociales. Recordemos que la cooperación “horizontal” entre CCAA ya está respaldada por nuestra Cons-

titución (artículo 145.2); esta cooperación debería reforzarse cuando se reforme la Carta Magna.”

La política o las políticas de Salud pública van mucho más allá de lo que gestiona el ministerio o las consejerías de Sanidad, por mucho que la salud se cargue siempre a sus presupuestos.

“La Salud pública” –nos recuerda el profesor Porta- “se preocupa y ocupa de lo que cotidianamente respiramos, bebemos y comemos, de las condiciones en las que trabajamos y de cómo vivimos. Va desde el urbanismo, las vacunas y el transporte hasta los comedores escolares.”

Su planificación, gestión y evaluación requiere una cooperación estrecha entre Consejerías, para que todas desarrollen políticas favorables a la salud . Y algo más:

“Un rigor y una calidad democrática, de los que carecemos”

Carencias que parten de un diseño político del Estado que necesita actualizarse; a juicio del Dr Porta, en una dirección federal tranquila y sin complejos:

.- Los virus, las enfermedades de los animales o la contaminación de los ríos y los alimentos no conocen las fronteras nacionales ni autonómicas. La cooperación horizontal entre comunidades autónomas y entre Estados es imperativa. Ya es hora de que la política estatal, especialmente en materia de Salud, pero no solo ahí, empiece a organizarse de forma más eficiente, y que, por tanto, produzca mejores beneficios para los ciudadanos. En mi opinión, en una perspectiva federal pragmática, de bajo perfil retórico, que deje de tener mala conciencia del estado autonómico y sea más eficiente para ofrecer políticas y servicios a los ciudadanos. Dejemos de hablar tanto de si esta competencia es tuya o mía y de sacar pecho, con esos regionalismos o nacionalismos tan lamentables (incluido, claro, el nacionalismo español recentralista). Porque lo que queremos los ciudadanos es que el Estado sea más eficiente y más justo, que nos de mejor servicios, mejores empleos, mejor medioambiente y educación, y una convivencia más tranquila, más cordial y con mayor libertad.

.- ¿Existe realmente en España una política de Salud Pública?

.- Sí, existe. A veces incluso ejercida, como dice un político valenciano amigo mío, en forma clandestina; las CCAA se ayudan más de lo que parece, pero como esa cooperación es poco rentable ante los ciudadanos, se esconde. Con muy poco liderazgo desde el Ministerio de Sanidad, siempre tan precario. Y está pendiente, como digo, que se desarrolle y aplique la vigente Ley General de Salud Pública. Una ley que puede hacer realidad el imprescindible liderazgo de la salud Pública, su prioridad sobre otros intereses, la práctica de la transparencia, y la responsa-

bilidad de quienes cumplen e incumplen las leyes que nos protegen de las graves enfermedades que todos conocemos. Una Ley que, por ejemplo, crea centros nacionales de referencia para todo el Estado, estén en Málaga o en León. Si el gobierno central tiene la capacidad de liderazgo, que la ejerza; y si no la tiene, que deje que las CCAA se coordinen. Madrid no tiene que intervenir en todo. Si tres comunidades (cualesquiera que sean los colores políticos de sus gobiernos) te pueden hacer una verdadera ponencia técnica, rigurosa, resistiendo debidamente las presiones de la industria (por ejemplo, sobre si hay que vacunar sistemáticamente a las adolescentes contra el virus del papiloma humano), que la hagan y lleven esa ponencia rigurosa a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial... A continuación, que se analice con rigor, y que la decisión sea asumida democráticamente por todos, sin sectarismos ni oportunismos.

.- Para que luego cada consejero haga en su Comunidad lo que le parezca oportuno...

.- Ese es parte del problema. Y eso que esa Comisión de Salud es de las que mejor funciona del Consejo. Un Consejo que, le diré, a veces tiene lamentablemente una pobreza de análisis técnico enorme. Me refiero a su dificultad para compartir información de calidad, analizarla, tomar decisiones técnicamente rigurosas independientes de los poderes interesados; de ejecutar las decisiones. Y algo muy importante: de hacer un seguimiento y evaluación de los efectos que las decisiones tienen en la gente. Porque aquí solemos hacer brindis al sol y luego pocos se ocupan de saber qué efecto real tienen las políticas ni de evaluar y corregir lo que haga falta. Se nos llena la boca de promesas y proyectos, sacamos pecho, reclamamos puerilmente competencias... y en realidad lo que queremos y necesitamos los ciudadanos es que se tomen decisiones de forma técnicamente correcta e independiente, y se nos diga cuales son sus efectos y sus resultados. Aquí hay un espacio sanitario, económico, cultural y geofísico que se llama España, o Estado Español. Es absurdo no reconocer este "espacio". Pero, desalentadas a menudo por la falta de capacidad del Ministerio, muchas CCAA han caído en ese provincianismo autonómico, cuando lo que hay que hacer es organizar políticamente esto para hacerlo eficaz, tanto desde el punto de vista asistencial como de Salud pública. Creo que es un buen ejemplo práctico de lo que la reforma de la Constitución podría lograr.

Para ello reclama una verdadera política de Estado en materia de Salud. Que la Reforma Constitucional pendiente sienta las bases de esa política transparente y eficaz **"Yo creo que la reforma de la Constitución tiene que establecer mecanismos políticos y jurídicos de cooperación, rendición de cuentas y lealtad. Lealtad insti-**

tucional pensando en los ciudadanos, y por ellos utilizar los recursos públicos de la manera más eficiente. Estoy en contra de que hablar de eficiencia no es progresista. Yo me tengo por una persona progresista y creo que el progresismo pasa por hacer un buen uso del dinero público.”

De nuevo el rigor y el compromiso. Y esa eficiencia del estado en las políticas reales, las que tienen consecuencias visibles y mensurables.

“Vamos a ir muy mal si no hay un consenso para fraguar una reforma constitucional que haga el Estado más eficiente socialmente, utilizando para ello nuevos indicadores que realmente reflejen bienestar humano, justicia social y ambiental, o libertad. Porque creo que la gente no está cansada de eso que se llama “casta” política, sino harta de que el dinero público no sólo se tire en corrupción, sino que se malgaste incluso en obras públicas no prioritarias. La democracia de verdad se juega en este terreno de las políticas reales. Todos los países tenemos que crecer democráticamente. Para hablar de democracia tenemos que hablar, por ejemplo, de agencias de evaluación independientes, de medios de comunicación independientes. Que puedan analizar las cosas a fondo y negociar de tu a tu con los grandes poderes. Y necesitamos rigor: rigor en la toma de decisiones es calidad democrática. Tener buena información, analizarla, tomar las debidas decisiones y hacer seguimiento de sus efectos y evaluarlos. Esto tienen que hacerlo instituciones de salud pública dotadas técnicamente, trabajando en red con lealtad, y eso es una cuestión de calidad democrática, claro que sí. Esas formas de trabajar deben tener fuertes mecanismos jurídicos que les den seguridad jurídica.

La calidad de la práctica profesional en un hospital no depende sólo de la cualificación técnica individual o la buena voluntad de los profesionales, sino del contexto y de los protocolos con los que tiene que actuar, en los que se gasta parte del dinero la institución hospitalaria. Y si inviertes en unos buenos protocolos, un buen programa de búsqueda de los errores, una buena formación continuada, una auténtica política de seguridad del paciente, entonces aquello funciona más allá de la buena voluntad individual. Sabemos que o hay una lista de comprobación o el cirujano, tarde o temprano, cometerá un error. Y la mejor enfermera se pinchará, esto ya lo aprendimos con el sida y la hepatitis hace años.”

Pero, lamentablemente, hay ejemplos de la dificultad para que los gobiernos trabajen con perspectiva global una cuestión tan prioritaria como la salud pública:

“Una anécdota real y significativa. Un consejero autonómico pretende coordinar políticas de Salud Pública con sus compañeros de gobierno de Industria o Agricultura. Le cuesta sacar adelante sus ideas con la colaboración de las otras con-

sejerías. Y ¿sabe usted cual es el reproche que le hacen los otros? : “Es que vosotros los de Salud pública, siempre ponéis la salud por delante!”. ¿Qué pasa? Que esos consejeros de Industria o de Agricultura no gobiernan para la salud del ciudadano, gobiernan para los intereses de los grupos de presión que están en su sala de espera. Pocos han conseguido que los otros departamentos cooperen con Sanidad en, como decimos, “poner la salud (y la educación, y el medio ambiente, y...) en todas las políticas”. Esto es lo que se puede cambiar. Se puede. Podemos. Si los ciudadanos nos dejamos de retóricas y nos fijamos en los efectos reales de las políticas reales.”

Miquel Porta considera esencial que se ponga a la salud en todas las políticas:

.- Como muchos otros, considero que hay que hacer pedagogía sobre que políticas como el transporte, la educación, o el medioambiente, están directamente relacionadas con la mejora de la Salud de los ciudadanos. Porque inciden en la calidad de vida y, por tanto, en la salud. La OMS habla hace tiempo de los “cobeneficios” de las políticas, pues, por ejemplo, una buena política de transporte puede tener beneficios para el aire y la obesidad.

.- Es que probablemente la Salud pública no está ni en la agenda de los políticos ni en el paisaje mental de los ciudadanos.

.- Se conoce perfectamente el origen medioambiental y social de muchas patologías, y la pregunta entonces es: ¿por qué las tiene que pagar sólo Sanidad? Y ¿por qué la “factura” de sufrimiento humano no la comporten las industrias obsoletas que causan esas patologías?

.- Supongo que será difícil cuantificar responsabilidades en ese sentido...

.- No se puede contabilizar todo en términos económicos. ¿Cómo contabilizas el sufrimiento? Y la falta de salud provoca mucho. Los indicadores económicos que hemos utilizado siempre ya no sirven porque no reflejan el bienestar humano y social. Si nos fijamos bien, veremos que las inversiones realmente eficientes están en educación, en condiciones de trabajo, en Salud pública. Estas son las que rinden beneficios a medio y largo plazo, las que ayudan de verdad a las empresas a innovar, a la equidad... Pensemos también lo que los economistas llaman “externalidades”: cuando no tenemos alimentos libres de tóxicos o centros de trabajo libres de tóxicos, cuando tenemos ciudades contaminadas químicamente o culturalmente, la factura de los efectos dañinos que ello causa en términos de enfermedad, esa “factura” nunca se manda a la industria o al Consejero correspondiente, se le manda al Consejero de Sanidad. Estamos hablando de la economía real, de cosas que tienen un impacto en términos de productividad y

ahorro . Y si esto lo tenemos claro, podemos dedicar el ahorro a necesidades también reales.

Y cuenta algo que ejemplifica la dificultad para cambiar las cosas y el déficit democrático que sufrimos.

- El Parlamento de Cataluña aprueba una ley de Salud Pública parecida a la que se aprobó en el congreso al final de la última legislatura de Zapatero. En esa ley catalana (¡aprobada por unanimidad!), se establece algo muy pegado a lo que tiene que ser la política real: la figura de un gestor público, sin dependencia de la Consejería de Sanidad y con autoridad para negociar políticas de Salud pública con todas las consejerías. A su cargo, una agencia con capacidad para evaluar al propio gobierno y negociar con independencia de la industria. Aquí, en este tipo de decisiones legislativas es donde de verdad se mide la calidad democrática. Bien, ¿pues qué hace luego el gobierno catalán de Convergencia y Esquerra? Suprimir de la ley que aprobó el parlamento, esta figura y agencia independiente. ¿Razones? Textualmente lo que se nos dijo fue que *“era para complacer al PP, una concesión al PP que nos pidió diluir el poder de las Agencias.”* O sea, cuando hablamos de políticas de verdad, las que podrían haber permitido negociar con las industrias alimentarias y de todo tipo, negociar, exigir eficacia al Gobierno... esto se lo cargan. Y la retórica independentista intenta taparlo.

- Muy significativo.

- Si, pero también demuestra que cuando se quiere, se puede cambiar las cosas. Y tenemos que hacer que los políticos las cambien, votando a quien ofrezca y se comprometa a políticas reales. Las políticas eficaces de Salud pública tienen unas consecuencias tremendas en la economía real del país, aunque los ministros de Economía no lo quieran ver o no lo valoren. Hay beneficios económicos evidentes en una buena política de Salud pública. Y hay que exigir, también a los partidos emergentes, que dejen de tratarnos como apersonas inmaduras, que dejen los grandes discursos y nos digan qué políticas de medioambiente, o de trabajo, o de Salud tienen... cómo harán realidad las políticas transversales, qué harán para que los ministerios cooperen; para que no tiren los recursos, nuestro dinero. Claro que se pueden cambiar las cosas, pero dejando las políticas de escapatate y haciendo las reales.

Y aprovechar la crisis para cambiar algunos paradigmas:

“Cuestionarnos ciertos valores de consumismo, de despilfarro ambiental, incluso de despilfarro moral; la salida auténtica de la crisis vendrá por aprender a vivir

con un poco de austeridad (lástima que se hayan cargado la palabra en lo que tiene de positivo), que es bien compatible con la felicidad y el disfrute de las cosas. Lo que importa es vivir de forma afectiva, razonable, ética. Vamos a valorar lo que de verdad importa para salir de la crisis no sólo con otro modelo económico, sino una sociedad con otros valores. Y en materia de Salud, ser conscientes de que la mejor manera de garantizar la supervivencia del Sistema Nacional es disminuir el flujo de entrada de pacientes con políticas de prevención, gastando más en lo que puede en las enfermedades que pueden prevenirse. Ahora, si seguimos gastando inútilmente sin hacer prevención, será mucho más difícil pagar aquello que en el futuro tendremos que pagar.

EDUARD PORTELLA
Presidente de Antares Consulting

“Cambian la sociedad y las enfermedades: hay que ajustar el Sistema a un tiempo nuevo y profesionalizar la Administración”

Presidente de Antares Consulting. Licenciado en Medicina y Máster en Salud Pública. Es fundador de la consultora que hoy dirige, una de las más prestigiosas del mundo de la Salud. Hasta el año 1998, en que nació Antares, ocupó cargos en la administración pública. Ha sido Director de sector INSALUD-ICS, Director Gerente del Servicio Andorrano de Salud, y Gerente de la clínica Dexeus.

Para Eduard Portella el problema del Sistema Nacional de Salud tiene más que ver con su necesidad de adaptarse a un mundo vertiginosamente cambiante que con la crisis o las crisis que le afectan en este momento:

“Si se defiende tal cual está, el Sistema está muerto. Hay que ajustarlo al tiempo actual, a una sociedad que tiene valores y expectativas distintos; a una morbilidad, a una epidemiología a unas enfermedades que son distintas, a una tecnología que es distinta, y a unos procesos más complicados”

Un cambio que requiere algo que ahora mismo echa de menos: la capacidad, la competencia.

“Se está gestionando la Sanidad pública como si fuera el negociado de multas del ayuntamiento: horario de ocho a tres, envío un expediente, presupuesto, procesos administrativos...y un centro de salud o un hospital son organizaciones muy complejas”

Gobernanza es la palabra. Sobre ella, construir un nuevo modelo asistencial. Pero no es el único reto:

“No podemos denostar el modelo asistencial que tanto nos ha aportado hasta

ahora para reemplazarlo por otro; el verdadero reto es compatibilizar la existencia de ambos modelos organizativos”

¿Por dónde empezamos? Según Portella, por el diagnóstico.

- Falta un diagnóstico más preciso sobre cuál es la naturaleza del problema. Y a falta de esa precisión, de un acuerdo sobre lo que está pasando, se están tomando medidas equivocadas, inútiles. Se adoptan medidas parciales, se recorta en personal perjudicando la atención primaria y la salud pública, mientras se aumenta el gasto hospitalario. Pero la gran reforma, que es la reforma asistencial y cómo adecuar costes con financiación sigue pendiente.

- ¿Qué habría que hacer entonces?

- Pues de entrada, entender que nos enfrentamos no a sólo a una crisis económica, sino a otras dos crisis que no se están contemplando.

- ¿En el Sistema de salud?

- Si. Además de la crisis económica, una crisis financiera y otra de modelo. Por tanto, no confundamos recortes con crisis de financiación y crisis asistencial. Y estas dos no se están abordando. ¿Qué se ha hecho hasta ahora? Reducir en un 5 por ciento los salarios a los profesionales, lo que ha supuesto el 42 por ciento del total de ahorro en Sanidad, dejar de pagar a proveedores o hacerlo tarde, y parar la inversión. Se ha ajustado en determinadas partidas y se ha dejado de lado la innovación de procesos, la integración de la atención o la eliminación de costes, estructuras y trámites innecesarios. De esta forma, las medidas supuestamente encaminadas a sostener el Sistema sólo consiguen el objetivo de reducir costes con muy poco impacto real que lo que provocan es una pérdida en la calidad y el acceso a la atención, como refleja el crecimiento de las listas de espera. Se está capeando el temporal en vez de hacer política sanitaria con mayúsculas.

- Dice usted que la gran reforma pendiente es la reforma del modelo asistencial...

- Y cómo adecuar costes con financiación, eso también sigue pendiente. Si no hacemos esto, la crisis será del Sistema Nacional de Salud. Hemos bajado costes, vale. Ya hay caja. ¿Qué hacemos ahora? Gestionar, aplicar criterios de eficacia. El que los costes sanitarios sigan creciendo por encima del PIB, como sucede en todo el mundo desde los años 60, es el verdadero riesgo del Sistema.

- ¿Y cómo se aborda?

- Con reformas estructurales. Pero hay que tener valor, claro. En la Europa de los 15 no hay ningún país que tenga gestión directa de los servicios, donde sea el Estado el que nombra al director. Un hospital no es un negociado burocrático. Los países que tenían modelos de gestión directa, caso de Suecia o Inglaterra, todos se lo han quitado de encima y han creado órganos públicos pero con per-

sonalidad jurídica...eso es la gobernanza, cuestión de responsabilidad. De hacerse responsable de la gestión. Ya hubo un plan de descentralización en ese sentido, pero al transferirse Sanidad a las autonomías aquello se enterró. Aquí hemos dado un paso atrás, porque las autonomías no ven la necesidad de descentralizar. Lo que habrá que hacer entonces es que se descentralice el órgano gestor de la Sanidad pública, el servicio regional de salud; que le den un estatus jurídicamente privado de derecho público y que asuma todas las responsabilidades. Y también los gestores, claro: responsabilidades personales de la gestión que se está haciendo, como en una empresa cualquiera. La responsabilidad la tiene el centro, no la tiene *papá consejero* porque quien paga la nómina es el centro. Y esto es la gobernanza, la responsabilidad y hoy en España esto no existe.

- ¿El problema es entonces del Estado de las Autonomías?

- No, el problema es hacerlo mal. No es cuestión de ser autonómico o federal, tener un modelo muy territorial o muy centralizado. Hay países federales que funcionan bien y los hay que funcionan mal. Y países centralizados como Francia que funcionan bien...y otros que funcionan mal. El tema es ser coherente con lo que tienes. Si tienes un modelo descentralizado, a lo mejor nos sobra el ministerio de Sanidad, o tendría que hacer lo único que no hace, que es coordinar. A lo mejor es que hemos hecho mal la descentralización. O gestionar los recursos, que no puede ser que el Ministerio de Sanidad tenga el mismo edificio y consume los mismos recursos ahora que sólo gestiona Ceuta y Melilla que antes que se encargaba de toda España.

En el fondo de esta tesis, subyace la incómoda certeza de la inoperancia de la administración, **“un problema de competencia, de que cada cual sea capaz de asumir su responsabilidad y se gestione con ese criterio; a menudo en la Administración el drama no es que tras sus decisiones pueda haber intereses ocultos o razones políticas, no...es que sean torpes”**

- ¿Y por lo que respecta a la crisis asistencial? ¿Dónde estamos y hacia dónde deberíamos ir?

- En el último barómetro del CIS se refleja que el 70 por ciento de la población quiere reformas en el Sistema sanitario. ¿Eso significa que no lo valoran?. No; que perciben que algo no se está haciendo bien. La sociedad está cambiando. Nosotros como personas, como ciudadanos, hemos crecido. Los ciudadanos hoy tenemos una cultura que es la cultura de la inmediatez. En la época de la inmediatez, hablar de las listas de espera, que no te contesten un teléfono, que te convoquen a las ocho de la mañana para ver cuándo te atienden, se considera un

atraso. Yo voy a un banco, a un hotel, a un restaurante, reservo o cojo billete como quiero, y para el hospital cuando llamo no cogen el teléfono nunca. La gente quiere cambios. ¿Cómo puede ser que no yo pueda escoger en salud, cuando lo escojo todo? Por tanto, hay que cambiar la actitud hacia un usuario más informado, participativo y exigente. O la dificultad y lentitud en la adaptación a las nuevas tecnologías si nos comparamos con otros sectores.

- ¿Y aquí entra también la necesidad de pensar más en crónicos que en agudos?

- Es el futuro. El presente ya. El modelo asistencial está condicionado por el cambio de paradigma en el modelo epidemiológico. Hay que adaptarlo pensando en el predominio de la cronicidad por encima de la atención de agudos.

¿Está la solución en privatizar la gestión? ¿Tiene sentido entonces el debate sobre Sanidad pública y Sanidad privada? A juicio de Portella, la pregunta está equivocada:

“No se trata de decidir entre público y privado sino de qué modelo de gestión garantiza mejor el poder abordar el futuro equilibrando calidad asistencial, igualdad en el acceso –que ahora no existe por la descoordinación de las políticas autonómicas-, el uso de los recursos y, por supuesto, la percepción del usuario. Lo que en realidad se debería estar planteando es cómo pasar de “administrar” unos recursos gestionados directamente desde los servicios centrales, a “gestionar” unos proveedores autónomos, que pueden ser públicos o privados, lucrativos o no lucrativos. Y esto implica un cambio serio de mentalidad, porque significa autonomía en la gestión, que el Estado pasa de ser gestor de recursos a garante de los servicios”.

No es, por tanto, cuestión de si el servicio es público o es privado, sino si presta el servicio que tiene que presar y es sostenible.

“Es que están privatizando ya. Cuando estamos atendiendo a un accidente de tránsito a quién facturamos? A una aseguradora, ¿verdad?... Cuando un señor tiene Muface y va al hospital, ¿a quién facturamos?...a Muface, ¿no?

¿Por qué un señor que tiene Asisa o Sanitas no puede ir a un hospital público y que el hospital público le facture a aseguradora?. Yo no lo entiendo. Podemos facturar y si no facturamos es porque somos torpes y ni siquiera cobramos cuando podríamos facturar, que también ocurre esto”

El que el 20 por ciento de la población española cuente con un seguro privado, y que durante la crisis haya aumentado en un 4 por ciento ese mercado, refleja, según Portella, que **“estamos dispuestos a pagar por una mejor Sanidad, porque en la crisis la gente renuncia a dos días de vacaciones, o al restaurante o a una camisa por garantizarse una buena cobertura sanitaria. ¿Quieren cargarse la Sa-**

idad? Evidentemente no. Pero tampoco que se quede como está. Eso si que es cargársela, pensar que tiene que ser inmóvil”

Y vuelve a la crítica a la Administración:

“El problema de la privatización es que la Administración es muy chusquera y pretende siempre influir sobre aquellos a quienes concede o con los que concierta. Y su función tiene que ser hablar de resultados, no de proceso. De soluciones, no de que le ponga a uno u otro gestor, o tome tal o cual decisión. Hay que cambiarla y conseguir que empiece a trabajar ya de manera profesional”

La evidente dificultad que entraña algo así, hace que sea pesimista con respecto a las decisiones adoptar para mantener el Sistema Nacional de Salud.

“Insisto en lo del diagnóstico: los hay diferentes y hay que compartirlos para buscar una solución razonable. Porque al final, a la señora Mato, alguien le explicaría que el problema eran las coberturas y los copagos y ya ves de qué ha servido. Hicieron un mal diagnóstico en el ministerio. Porque las políticas han sido copagos, coberturas, el 5 por ciento del sueldo, no inversiones y políticas de precios con farmacia. Y luego la política de copagos que unos no aplican y otros veían cómo, al inventarse el suyo, iba el Constitucional y se lo prohibía. Hay que cambiar la estructura del Sistema y dejar hacer a los que tienen la responsabilidad. Y como lo veo difícil, soy muy pesimista”

.- ¿Y con un Pacto sobre la Sanidad?

.- **No lo sé, pero no lo veo. En el mejor de los mundos, lo correcto sería un pacto para todo. Pero yo es que entiendo muy bien que la derecha diga blanco y la izquierda diga rojo. Por eso cada uno vota a quien quiere votar. En el fondo lo que yo quiero no es un pacto, sino que quien esté y sea del color que sea, lo haga bien, sea competente. Y que gobierne quien gobierne las instituciones asuman su responsabilidad. Y no soy optimista, pensando además en lo que viene, que es tecnología cada vez más compleja y la determinación de los proveedores de esa tecnología y de los medicamentos de vender además de producto servicio, lo que deja ya obsoletas las centrales de compra que sólo miran precio. Y a estas alturas creo que el gobierno, la Administración va a tener un problema con los precios a la hora de fijarlos. Se van a enfrentar a vendedores de nuevo producto, como es la biotecnología. Aquí sabe más el que vende que el que compra, y esa asimetría es un problema**

.- ¿Otra vez la competencia?

.- **Si yo pongo un buen gestor farmacéutico a negociar, pero lo cambio cada dos por tres, y su equipo está desmotivado porque le quitan el cinco por ciento, y**

luego la paga doble, y no lo forman...claro, llega alguien que le ofrece un revolucionario *biosimilar* y no sabe de qué le está hablando”

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud pasa, por tanto, según el presidente de Antares Consulting, por un cambio cultural en la Administración, por tener el valor de hacer reformas estructurales y no recortes que solucionen a corto plazo la crisis de caja, por cambiar el modelo asistencial desarrollando la atención a pacientes crónicos y la utilización de tecnologías de gestión y comunicación de uso cotidiano, incrementar el copago y mejorar la formación y el rendimiento de los profesionales. Y algo que hasta ahora no hemos abordado en el diálogo, invertir en prevención y promoción de la salud.

“La Salud Pública está siendo la gran olvidada. Miremos las causas de muerte y de incapacidad...¿dónde están las políticas para modificar los factores de riesgo? Después de la Ley del tabaco, no ha habido nada nuevo; incluso esta responsabilidad está en franca decadencia”

JUAN JOSÉ RODRIGUEZ SENDÍN

Presidente de la Organización Médica Colegial

“El ánimo de lucro es incompatible con los valores de la Medicina”

Juan José Rodríguez Sendín, Presidente de la Organización Médica Colegial, es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Es presidente del Foro de la Profesión Médica. Ha sido fundador y presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Académico de las Academias de Ciencias Médicas de Bilbao y de Valladolid. Está adscrito al equipo de Atención Primaria de Noblejas, en Toledo.

Rodríguez Sendín es un médico comprometido con la defensa de lo público. En Sanidad, pero no sólo en ese ámbito. Habla vehemente y apasionadamente en nombre propio y en el del colectivo médico que representa. Deja el presidente de la Organización Médica Colegial traslucir su preocupación por algo que preocupa a sus compañeros y que personalmente le irrita, y se le nota: el estado del Sistema Nacional de Salud y lo que a su juicio está haciendo el gobierno con él, infrafinanciarlo y con ello la deriva a la medicina privada:

“Se pretenda o no, se entrega la Sanidad española al mercado si se baja el gasto en Sanidad al 5,3 del PIB como está previsto. Con esas cifras una buena Sanidad es imposible. Van a poner mas profesionales en la calle, lo que acabara provocando una Sanidad para pobres y otra para ricos que resolverán sus problemas de salud pagando por ello. Este es el juego. El cambio de Sistema Nacional de Salud a Seguridad Social puede llegar a favorecer esa situación porque con el modelo de Seguridad Social se pueden establecer niveles de atención.”

Sostiene que su obligación es denunciarlo, y considera que una mayoría de los médicos españoles comparten su inquietud:

El colectivo médico está razonablemente preocupado. Tenemos una ventaja, que amamos la Medicina. Cuando estás enamorado entregas todos tus esfuerzos. En nues-

tro caso, este amor por la medicina va en un hemisferio cerebral; pero en el otro hay cosas que nos preocupan y mucho y debemos denunciar porque determina la calidad de la atención a los pacientes. No hay ningún país de nuestro entorno, países con los que podamos compararnos, que gaste y vaya a gastar menos que España en porcentaje de PIB. Tenemos un Sistema Nacional de Salud que es uno de los mejores del mundo, seguramente el mejor en función de costos y resultados. Y es además, un elemento extraordinario de cohesión social, pero su infrafinanciación lo pone en grave riesgo y provoca la deriva de pacientes que pueden pagar al sector privado.

.- Por tanto, considera que sí hay debate Sanidad pública Sanidad privada y defiende que los médicos han de tomar parte.

.- Defiendo que el ánimo de lucro es incompatible con los valores del Sistema Nacional de Salud y con los valores de la Medicina. Simplemente son diferentes sus naturalezas. Si pones por delante los valores de la Medicina, si lo que más te importa son los pacientes y tus resultados los mides en salud, no es posible mantener como objetivo obtener la máxima rentabilidad del dinero.

. - ¿Cree que el mercado no puede operar en el ámbito sanitario?

.- No debería. O en todo caso, hacerlo muy regulado y con carácter complementario. Las leyes del mercado son perversas en el mundo sanitario. Si no tienes dinero no puedes comprar un coche ... Pero si te falta la salud y no tienes dinero...El debate público privado no es gratuito, hay bienes y valores fundamentales como la Educación, la Sanidad o la Justicia, que no pueden estar en manos del mercado, porque su único objetivo es obtener rentabilidad, y sólo disfrutan de las mejores ofertas los que más tienen. El ánimo de lucro no es bueno, ni es malo, simplemente es así. Y el que lo sabe debe de excluir del mercado aquellos valores sociales preferentes que debe proteger. No es cuestión de eficiencia, como dicen quienes creen que es la solución: si tengo los mismos objetivos, sí. Si yo quiero sacar mayor rentabilidad, mayor eficiencia al dinero probablemente sea mucho más eficaz el mercado, pero si yo quiero obtener los mejores resultados en salud de la gente y no en beneficios, no podemos competir con ellos. No estoy de acuerdo y no lo estaré. Y yo creo que este mensaje ha prendido entre la población médica española, incluso entre quienes se dedican a la privada.

.- ¿Entonces qué papel ha de jugar la privada?

.- El que ha tenido hasta ahora, que ha provocado un engarce fantástico: ser complementaria y supletoria para aquellas preferencias que la gente pueda tener, como la tiene con los colores o con la gama de coches. Pero poner a gestionar, a regir, a regular el ámbito de lo público con los intereses de las grandes multinacionales y las grandes empresas, que el único compromiso que tienen es sacar resultados económicos, es un auténtico disparate.

- Pero si tú gestionas un hospital público tienes que ir al mercado a abastecerte
.-Si, pero no gestiona el mercado ni sus objetivos, gestionas con los objetivos públicos. Son cosas distintas. Si tu le das ahora seis hospitales de Madrid y 27 centros de salud a una empresa privada, su único objetivo necesariamente es maximizar los resultados económicos. Una rentabilidad que si no la cubre le obliga a cerrar y marcharse. O buscar fórmulas que permitan alcanzarla. Y al mercado le vale todo. No le importa que la gente se quede sin casa, sin comida o se muera...no le importa que la gente no se eduque. Es que el mercado no es bueno ni malo, es así. Es una irresponsabilidad poner el Sistema público en manos del mercado, del ánimo de lucro.

Añade que es el propio sector sanitario privado el que está presionando **“para que se abra una senda que facilite sus intereses”** y se muestra especialmente crítico con la Industria Farmacéutica:

- El precio de las últimas innovaciones tiene secuestrado al financiador.. Interviene sobre los prescriptores, los médicos, actúan sobre los gobiernos y presionan para que se legisle a su favor

- Ellos lo niegan. Dicen que no influyen, y enarbolan su código deontológico

- Ese código mejora algunas prácticas anteriores pero disimula otras. Para que no sea otro producto de marketing ni otra oportunidad perdida se precisan cambios más profundos y una mayor transparencia en su relación con el SNS. La industria maneja miles de millones en beneficios y en este momento de crisis económica considero no han asumido del todo la parte de responsabilidad que les toca. Por ejemplo, no propician que se ponga aquí un *Nice* como tienen los británicos que permita retirar del mercado los medicamentos que no sirven. Y como tienen mucho poder, consiguen que no se establezcan los cambios estructurales necesarios en toda la cadena del valor del fármaco. Y los políticos y el ministerio entran al trapo. Ahora con el PP, pero cuando estaban los socialistas era lo mismo.
.-¿Y por qué no se hace? ¿Por qué no se controla ese poder?

- Porque los lobbys funcionan, las presiones funcionan. Pero yo tengo una gran esperanza. Noto que en los últimos 20 años de profesión algo está cambiando, empezó a hacerlo antes de la crisis.. Hay muchas más conciencia de todo esto y los médicos están empezando a entender de dinero, de matemáticas y de estadística. Insiste el Presidente de la Organización Médica Colegial en que por mucho que se intente la gestión privada además no puede cubrir ni responder a todo el Sis-

tema Sanitario, y en los países como Alemania o Francia, que han optado por el modelo de Seguridad Social como el que se dibujó con el decreto 16/2012 la Sanidad es más cara.

.- La clave está en la evaluación. Hay que evaluar procesos, evaluar tecnología, evaluarlo todo. ¿Sabe usted que no hay ni una sola tecnología que se utilice, que sea evaluada previamente? Ninguna. No se evalúa nada. No sabemos cuál son sus resultados en salud. La evaluación de la tecnología en España es una cuestión pendiente. Tenemos que saber, hay que evaluar también la práctica clínica, lo que hacemos los médicos y por supuesto, los medicamentos especialmente después de su introducción en la financiación del SNS . Pero esa cultura evaluativa es que tiene que surgir ya y se está impidiendo contra toda lógica sanitaria.. Lo único que se evalúa es el medicamento antes de la entrada en la financiación pero, ojo, en condiciones teóricas.

.- ¿Quién y cómo tiene que evaluar?

.- Hay una evaluación profesional y una institucional que debería posibilitar la Administración creando un ente autónomo estatal similar a la Agencia de Protección de Datos, con participación colegiada de las Comunidades Autónomas y con nula o muy baja politización. Sin financiación de la industria farmacéutica - que no le pase lo que a la OMS- sino que tenga presupuesto público asignado o mecanismos transparentes para obtenerlos.. En cuanto al componente profesional, hay un mecanismo fantástico que deberíamos poner en marcha desde la profesión médica. La Organización Médica Colegial, junto con las sociedades científicas, deberíamos elaborar guías de actuación y con ellas evaluar los elementos de cualquier práctica médica. Una vez decidido lo que hay que hacer, someterlo a público escrutinio y alegaciones con justificación científica, después de lo cual se fija definitivamente la posición en función de las conclusiones.

Evaluación que debe alcanzar también a las 17 autonomías. No propone un proceso recentralizador, sino toma de decisiones únicas para las grandes líneas de la gestión sanitaria.

“No se trata de recentralizar, sino de participar todos en la adopción de criterios y adopción de decisiones que sean de obligado cumplimiento. Que se pongan en común las competencias que se considere necesario para la toma de decisiones conjunta con la participación colegiada – o federada- de las Comunidades Autónomas. Pero parece que las autonomías no quieren, aunque habría que preguntarse por las razones que les asisten

Evaluación. Coordinación. Denuncia de las situaciones. Y en cuanto a la gestión de la Sanidad, el compromiso de los profesionales:

.- Una herramienta que se llama gestión clínica o gestión de lo esencial. Yo tengo unas responsabilidades que atender. Soy traumatólogo, cirujano o médico de familia.. y tengo que hacer tantas intervenciones o actividades determinadas al año y que conllevan unas responsabilidades clínicas. Tengo unos recursos asignados y al final obtengo unos resultados con una determinada calidad, unos costes generados sobre esos recursos que me dieron que yo previamente había aceptado. Con estas condiciones tengo un pacto previo de cómo gestiono, con qué condiciones, aceptado por mi equipo, etcétera. Esto se llama gestión clínica, gestión de lo esencial. Que es descentralizar junto a las responsabilidades clínicas los recursos. Entender de gestionar lo micro, que por el sumatorio se gestiona lo meso y luego lo macro, todo el Sistema. Este es el mensaje ahora. Oiga, mire usted, yo tengo que entender de buena práctica clínica y tengo que entender que con la buena práctica clínica tengo que utilizar bien los recursos. Esa gestión, que no dependa del gerente ni del político de turno que la puede desviar, sino del protagonista y responsable que es el médico. Es lo que se denomina gestión clínica o de lo esencial. Y ahí está desde mi opinión la solución generadora de ilusión, confianza, responsabilidad y camino de mejora.

.- En el compromiso de gestión...

.- En el buen hacer ... Entendemos en la OMC que el profesional, aparte de las responsabilidades clínicas, tiene que entender los costos que generan la mismas. Globalmente, no una por una. Y sobre unos resultados determinados. De todas formas, hay que aclarar que la gestión clínica, por muy buena que sea, no resuelve el problema de la insuficiente financiación.

Considera el máximo representante profesional del colectivo médico que el deterioro de la Sanidad pública es hoy por hoy una realidad de la que la manifestación más marcada y agravante son las listas de espera.

“La lista de espera es un mensaje terrible para el ciudadano al que se le dice que tiene que esperar para solucionar su problema. Y eso se interpreta como desigualdad e injusticia, porque si tiene dinero lo resuelve y deja de estar angustiado. Y así estamos. Los recortes crean fracturas sociales; por eso los médicos más que de equidad nos toca gestionar lo mejor posible la desigualdad, la inequidad”

Y, a vueltas con el sector privado, expresa sus dudas sobre su mejor capacidad de gestión

“¿Qué gestionan mejor? ¿El proceso? NO me interesa el proceso. NO hay que hablar de coste por proceso, sino coste por habitante. Ahí hay que meter forma-

ción, investigación, enfermedades raras... y atención de todo para todos ¿y quién paga eso? Hay que evaluar todos los procesos de todas las personas. Tenemos que hablar de coste por población. Y ahí nunca ganará lo privado a lo público”

Cree que la ciudadanía debe organizarse **“para acabar con todos los abusos”**. Pero exige también que se comprometan, que los usuarios de la Sanidad pública tampoco *abusen*: **“A los que van a urgencias hospitalarias conscientemente, de forma reiterada y no hacen caso cuando se les indica que deben acudir a las urgencia del centro de salud, yo los penalizaría de alguna manera”**, frase que ya levantó polémica en su día pero que está directamente relacionada con su concepción de una Sistema de Salud apoyado fundamentalmente en la Asistencia Primaria.

.- Aparte del colapso y el gasto en urgencias, están los riesgos que existe siempre que entras en un hospital. Derivados especialmente de que el médico que te atiende no te conoce y tiene que empezar de nuevo. De alguna manera tenemos que proteger al SNS y a los que abusan del mismo, incluidos algunos profesionales que también lo hacen cuando no cumplen deliberadamente con su deber.

.- Pero convence a la gente de que cierre esa puerta y entre siempre por Primaria, con lo cómodo que resulta ir a urgencias y que te miren y te quedes tranquilo...

.- Es que es así. El refuerzo de la Primaria es esencial. Además ahí ejercitas lo que siempre se ha llamado *ojo clínico*. Conoces al paciente, sabes cómo está, cuando tiene algo y cuando no. Y como conoces su historia tanto longitudinal- lo que le ha ocurrido en su vida- como transversal –todo lo que le ocurre, le condiciona o lo determina- te ahorras muchas pruebas y se evitan muchos riesgos como los derivados de la prescripción de fármacos innecesarios . Y se crea confianza, que es la principal virtud de la relación entre médico y paciente. Y es ahí donde está el extraordinario papel en el SNS de la primaria. Ese es el éxito del SNS, las pruebas, esfuerzos y riesgos evitados con una buena atención Primaria, y la coordinación de todo lo que se hace sobre un paciente crónico y polimedcado que te permite reducir riesgos y medicamentos innecesarios y repetidos ..por ejemplo.

No tiene mucha esperanza el doctor Rodríguez Sendín en que todos los actores del sector sanitario se pongan de acuerdo para un gran Pacto que permitiera hacer sostenible el actual Sistema, por razones que se coligen perfectamente a la vista de lo que ha venido afirmando en este diálogo, porque además, afirma **“sería necesario abordar reformas estructurales y legislativas muy importantes”**

Pero mantiene su confianza en la capacidad de movilización de los ciudadanos y

el valor del sector público, y sobre todo de los funcionarios, para no perder ese paraguas:

“La solución está en insistir que en el ámbito público es donde más protección tenemos. El funcionario y trabajador público ofrece garantías porque es muy difícil condicionarlos y corromperlos a todos. Hay que seguir denunciando los comportamientos inadecuados y eso sólo lo puede hacer un profesional que tiene garantías de que nadie va a atentar contra sus derechos y su puesto de trabajo suponiendo que las cosas vayan mal. Y ahora se nota la necesidad de ese trabajador público en crisis. ¿Qué se puede cambiar el modelo funcional? Si, pero la única posibilidad de que funcione lo público es que haya trabajadores públicos que deben ofrecer y estar dispuestos a recibir garantías.”

MARCIANO SANCHEZ BAYLE

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

“Lo que se está haciendo es hundir el sector público para decir que no funciona y que pase al privado”

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Jefe de la sección de Pediatría del Hospital infantil Niño Jesús de Madrid hasta su jubilación –forzosa y contestada- en julio de 2014 y presidente de la Association of Health Policy, el Doctor Sanchez Bayle, autor entre otros libros de “La Contra-reforma Sanitaria”, ha sido uno de los impulsores de la “Marea Blanca” que en Madrid detuvo el proceso de privatización de la gestión en varios hospitales de la Comunidad.

Marciano Sanchez Bayle, que lleva años comprometido en la defensa de un modelo sanitario público y universal, considera que los recortes y la desinversión han deteriorado significativamente el Sistema público de salud en España. Y a su juicio vamos a peor:

“Si esta deriva se sigue produciendo, es probable que el Sistema sanitario público tal y como se conoce ahora esté en riesgo seriamente”

Para el Portavoz de la Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública la deriva es también **“el proceso privatizador que cada vez es más amplio”**

Pero va más allá, y afirma que estamos en un sendero de desmantelamiento de la Sanidad pública real que nadie se atreve a reconocer y mucho menos anunciar:

.- No es que no se quiera gestionar bien...es que hay interés en que no funcione. El proceso está muy claro, primero se recorta, lo que provoca un deterioro de los servicios, que lleva a su desmantelamiento y por último a la privatización. Eso

es lo que está pasando. Pero ni el gobierno, ni la mayoría de las administraciones, ni prácticamente nadie se atreve a decir que lo que quieren es desmantelar el Sistema sanitario público, porque saben que la opinión pública es totalmente contraria.

.- Lo que sostiene el gobierno, y parece razonable, es que lo que se está haciendo es tratar de mejorar la gestión y, por tanto, la eficacia del Sistema Nacional de Salud

.- Hay un chiste de El Roto, muy bueno *“llama a la destrucción progreso y nadie se opondrá”*. Pues es eso. La señora Thatcher cuando hizo las primeras propuestas para desmantelar la sanidad en el Reino Unido lo tituló *“Trabajando por los pacientes”*. Nadie está en desacuerdo, es una cosa muy buena. Lo que pasa es que hay que ver la letra pequeña y lo que hay detrás. Y las medidas que se están tomando al final van en ese sentido. Por ejemplo, la cobertura ya no es universal, se ha sacado a los inmigrantes no regularizados, a las rentas de más de 100.000 euros y a quien ha pasado más de 90 días en el extranjero; se ha fragmentado la cartera de servicios con una básica que está abierta a continuas recalificaciones; se han establecido copagos sobre medicamentos, sobre transporte sanitario, sobre dietas, prótesis...que en muchos casos no se han hecho efectivos, pero que están en la ley. Todo apunta en la misma dirección.

.- ¿Cuál es la razón? ¿Qué cree usted que hay detrás?

.- Es una cuestión ideológica, de modelo de sociedad. El modelo sanitario que quiere el PP pero también Convergencia y el resto de fuerzas conservadoras de este país es un modelo segmentado, que es el que había antes de la actual situación. Un modelo donde los que puedan tengan un seguro privado, que probablemente será objeto de desgravación en la declaración de la renta, o sea que será financiado en parte por todos los ciudadanos; otro grupo de gente, que son los que tienen trabajo por cuenta ajena, que será un modelo de seguridad social de baja calidad, y el resto de la población en uno de beneficencia. Yo creo que ese es el modelo al que quieren avanzar porque es el modelo que permite un mayor desarrollo de las grandes empresas y multinacionales y los grandes intereses económicos que están detrás. No hay que engañarse, ese es el objetivo final.

El proceso, apunta, es paulatino, se desarrolla poco a poco:

“No se puede hacer rápidamente porque provocaría una rebelión social y la pérdida de las elecciones, porque también la mayoría de los votantes del PP está a favor de la sanidad pública. La gente quiere un Sistema público que tenga una buena calidad y asegure una asistencia sanitaria a la población, independiente-

mente de que luego haya otros sistemas donde pueda acudir aquella gente que quiera, y, por supuesto, tenga medios económicos para ello”

A su juicio, lo público y lo privado no forman parte del mismo Sistema. No son complementarias la sanidad pública y la sanidad privada:

.- De entrada, no existe la sanidad privada, lo que hay es un sector sanitario privado o provisión privada de servicios sanitarios. La Sanidad tiene objetivos muy distintos, que no están en manos del sector privado...el sector privado lo que puede dar es provisión sanitaria. Y yo creo que esa gente lo que intenta es difuminar la realidad. Es como lo de gato blanco o gato negro, que lo importante es que cace ratones, ¿no? Pero eso no es verdad. Aquí estamos hablando de dos ideas diferentes de organizar y de asegurar el derecho a la salud de la ciudadanía. Yo creo que hay gente que cree, unos de buena fe y otros porque les interesa, que eso sólo es posible a través del mercado, y otra gente que pensamos, también de buena fe, que eso no es posible si no es a través de un Sistema sanitario público que pueda garantizar la provisión de ese derecho. La salud es un derecho, no una mercancía, y si no es una mercancía la provisión privada ahí tiene un papel residual

.- Pero ahora hay una colaboración que contribuye, por ejemplo, a aliviar las listas de espera...

.- Claro. Una de las cosas que se está haciendo son las derivaciones de las pruebas diagnósticas, de las consultas. Pero se hace a costa de quitar personal e infrautilizar el sistema público. Por ejemplo, en Madrid han abierto 11 hospitales privados y semiprivados. El número de camas por habitante en la comunidad de Madrid ha disminuido ¿Por qué? Porque tantas camas han abierto allí, más han cerrado en los centros públicos. Esa es la idea, hundimos el sector público, decimos que no funciona y pasa al privado

Niega además Sanchez Bayle que la gestión privada de los hospitales públicos reduzca el gasto:

“Encarece el sistema, la provisión privada incrementa los costes de una manera notable, a pesar de que ellos dicen lo contrario, se puede demostrar”

Y para apoyar esta tesis, pone un ejemplo de Madrid:

“ Lo que se paró se paró en los seis hospitales de Madrid con las movilizaciones; el coste/cama por año según los pliegos, se situaba en 610.000 euros y el Hospital de la Princesa, de gestión pública, tiene un coste/cama este año de 240.000. Para nada son más baratos. Y luego éstos hacen de manera sistemática selección de riesgos, y cuando hay un enfermo que tiene un problema grave lo mandan para la pública”

.- ¿Qué habría que hacer entonces?

.- De entrada, controlar el gasto farmacéutico. Nosotros siempre hemos tenido un gasto farmacéutico por habitante y año por encima del promedio de la OCDE. Si gastásemos por habitante y año el promedio de lo que gastan los países de ese entorno, gastaríamos unos 3000 millones menos de euros al año en farmacia. ¿Cómo se consigue? Aumentando de manera importante la utilización de medicamentos genéricos y negociando mejor con las empresas farmacéuticas. Por ejemplo, en Andalucía, que es la única comunidad autónoma que saca a subasta los medicamentos, ahorran del orden del 15 o 20 por ciento. Habría también que regular la sistemática actividad de las empresas farmacéuticas de promoción de sus productos entre los prescriptores y los dispensadores; y ahí hay muchas cosas que se parecen a corruptelas, por decirlo de manera elegante. O la formación: en España depende hoy en gran medida de las empresas farmacéuticas. Cuando había, por ejemplo en Madrid, agencias de formación que se han cerrado por los recortes. Otro tema importante es la sobreutilización de la tecnología. Tenemos un uso muy elevado de exploraciones de alta tecnología que muchas veces no se justifica, y que si se protocolizase mejor de acuerdo con lo que se conoce, lo que se llama medicina basada en evidencia, se podría producir ahí un ahorro. Por último, algo que tiene mucho que ver con la gestión, y es la ausencia de un sistema de participación social y profesional que controle el funcionamiento de los centros. Es un sistema muy gerencialista, muy autoritario...

.- ¿Politizado?

.- Muy politizado en el mal sentido de la palabra. Cambia el gobierno de la Comunidad, cambia el consejero, y cambian los gerentes, los directores médicos, los directores de enfermería y las supervisoras, ¿no?...Hay una cadena de nombramientos por libre designación, que son nombramientos escasamente profesionales. ¿Alternativas? Por ejemplo, en Francia donde hay un cuerpo de directores de hospital, gente que tiene una preparación, una cualificación adecuada. En España, propusimos hace ya muchos años, y nadie nos hizo caso, que hubiese una formación MIR para administración y gerencia sanitaria. Aquí el que colocas de gerente es el más amigo del que corresponde y como colocas al más amigo del que corresponde, el incentivo fundamental que tiene es seguir siendo el más amigo del que corresponde, no crearle problemas y no mejorar el funcionamiento de los recursos.

Con todo, reconoce que la gestión en los centros sanitarios ha mejorado: **“Ahora mismo, con la informatización y otra serie de medidas, ha mejorado el funcionamiento, la estancia media se ha reducido notablemente en los hospitales. Se han hecho avances significativos”**

Y sugiere más medidas a abordar en el ámbito asistencial y que se dote de nuevo de recursos suficientes al Sistema público:

“La única manera de que las cosas funcionen bien es que haya una verdadera integración entre primaria y especializada. Pero claro eso no se puede lograr si usted rompe las áreas sanitarias, privatiza los hospitales. En realidad están haciendo todo lo contrario de lo que deberían hacer. En atención primaria cada vez hay menos personal, hay más tarjetas sanitarias por médico, hay menos enfermeras por población. Su capacidad de resolución se está deteriorando cada vez más. Hay que recuperar la situación que se perdió, y eso pasa por dar recursos suficientes al sistema, con una mejora en la gestión, por supuesto. Pero es que las medidas economicistas a corto plazo acaban produciendo más problemas en el medio y largo plazo. Lo del ébola es un ejemplo: cerraron la dirección general de salud pública, para ahorrar. Cerraron el Carlos III para ahorrar... luego han tenido que reabrirlo todo de manera atropellada, malamente, con problemas. Al final nos hemos gastado más dinero del que se iba a ahorrar. Los inmigrantes irregulares es algo parecido: oiga, si usted les sigue atendiendo en urgencias, el problema es que al final los va a atender peor, más tarde, cuando la enfermedad esté más evolucionada y le va a costar dinero. Y luego también se ha despilfarrado estúpidamente. También en Madrid hay un ejemplo: se abre O,Donnell, una maternidad enorme, estupenda, pero inmediatamente después se abren maternidades en un montón de pueblos pequeños, según el gobierno *“para que la gente pueda nacer en Coslada, o en Arganda..”* A la gente le da igual nacer en un sitio o en otro, lo que quiere es hacerlo en las mejores condiciones.

- ¿Ve usted posible o considera necesario un pacto de Estado para garantizar el futuro del Sistema Nacional de Salud?

.- Es imposible. Lo es porque el modelo sanitario de cada uno es distinto, y no se puede llegar a un pacto. Hay gente que defiende un modelo universal público y de calidad y otra gente que lo que defiende es un modelo privado. Son dos posiciones contrapuestas.

El suyo, queda claro, es el público, universal, financiado con impuestos y bien gestionado.

“Hay una frase famosa de Olof Palme, el ex primer ministro sueco asesinado, que decía que un servicio para pobres será siempre un pobre servicio. Para que un servicio público funcione bien tiene que atender a toda la población sin excepción”

En sus proyectos de presente y futuro, la determinación en la defensa de la Sanidad pública. De palabra, como en este diálogo, y también en la calle, con la movili-

zación de las batas blancas de Madrid o el apoyo a los enfermos de Hepatitis C. Con respecto a la primera rebate la acusación de que los profesionales que se movilizan están en realidad defendiendo privilegios:

“Están defendiendo la Sanidad pública. Y también derechos. Todo el mundo quiere cobrar y trabajar una cantidad razonables de horas, y no estar en manos del gerente que le pueda echar cuando no le cae bien o cuando no hace lo que le gusta.”

Y sobre el conflicto de los pacientes de Hepatitis C, recuerda:

“¿Cómo es posible que se venda un gramo al mismo precio que si se vendiera un millón? Las farmacéuticas tienen la rentabilidad más alta del mundo. La empresa que vende el medicamento contra la hepatitis ni siquiera hizo la investigación. Se lo compró a la que la hizo. Barato...y ahora como tiene un monopolio absoluto en el mundo lo intenta vender a un precio escandaloso. No puede ser, hay que plantarle cara. Como pasó también con el VIH, que algunos países como Brasil e India le plantaron cara.

JOSE FRANCISCO SOTO BONEL
Director Gerente del Hospital Cínico San Carlos de Madrid

“La respuesta a la crisis actual está en la gestión clínica, la integración de procesos asistenciales y la evaluación constante”

.- Director Gerente del Hospital Clínico San Carlos de la Comunidad de Madrid. Preside la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud y la Organización ; Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud. Economista de formación, ha sido asesor económico de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud entre 1993 y 1994. Ha trabajado también en el servicio Navarro de Salud y en Nuestra Señora de Aránzazu en San Sebastián.

Es de los veteranos. De los que ha vivido otra época. Un gestor que sabe de números y entiende la Medicina; que llegó, como él mismo recuerda **“cuando en el 85 la Sanidad estaba en crisis y precisaba introducir conocimientos técnicos para profesionalizar la gestión de los centros”** Lo cual le ayuda a relativizar la crisis actual: **“Nunca en 29 años he recibido un mensaje ni de la pública ni de la privada de que estemos en una época de expansión, fácil...del dinero que se quiera; jamás. El problema es que el gasto sanitario aumenta siempre más que el Producto Interior Bruto”**

*.- ¿El problema del Sistema Nacional de Salud no es entonces la crisis económica?
.- Si, pero sólo en parte. En la sanidad privada se nota más que en la pública: está habiendo cierres, compra-ventas, intervenciones de fondos de inversión, etc. El problema en la pública no es tanto la crisis como la exigencia de contener el déficit público. Siempre en las crisis, cuando los privados iban mal, los públicos lo tenían más fácil generando déficit a costa de los intereses baratos de organismos internacionales. La privada tenía que ir a la banca clásica con un tipo de interés más alto; ellos siempre han sido los más perjudicados. ¿Qué pasa ahora? Que el*

sector público no puede endeudarse más. Formamos parte de la Unión Europea donde todos hemos acordado no responder a la crisis con más endeudamiento, de modo que deja de ser utilizado como arma de gestión del déficit público y pasa solo a ser política monetaria. Y la política monetaria genera mucha tensión.

- ¿Entonces es sólo una cuestión de déficit? ¿La crisis del Sistema Nacional de Salud está directamente relacionada con la necesidad de equilibrar el déficit y por eso hay menos recursos y todo se complica más?

- Como le digo, no es sólo eso. Es algo más complejo. ¿Qué es lo que se espera del sistema sanitario? Que aportemos algo...salud. Pero el sistema sólo aporta una parte de la salud. Aunque gastamos mucho en médicos, fármacos o tecnología, lo que más salud aporta es la alimentación, el espacio vital, los hábitos, el tipo de trabajo, etc. De forma que, entre todos, hemos conseguido alargar la vida. Cuando yo era pequeño, mi abuelo con 50 años era ya un señor mayor. Ahora ya no. Y al alargar la vida hemos hecho necesarios más gastos, entre otros los sanitarios, para mantenerla. Y además hemos conseguido hacerlo en una situación libre de incapacidad. Parece que la sociedad acepta que un tipo de vida artificial, monitorizada, no se alargue innecesariamente; pero también, que es oportuno gastar dinero cuando consigues alargar la vida en situaciones buenas en las que los individuos no estén sujetos a incapacidad. ¿Hasta dónde? Ese es el reto: ahora dicen que se podría llegar hasta los 120 años. Hemos entrado en una dinámica de mucha más inversión en sistemas sanitarios para alargar la vida en las mejores condiciones. Y muchas más inversión que se incorpora a los recursos públicos: materiales, equipamientos, fármacos muchos más caros porque son más eficaces. Visto así, es lógico que el gasto sanitario aumente más que el PIB, pero hay que financiarlo, ¿cómo?. Pues tiene que mantenerse el consenso social en que vamos a gastar más en Sanidad que, por ejemplo, en Carreteras. Cuando hay dinero, pues no importa. Cuando no lo hay, se nota. Ahora, como te digo, porque estamos limitados ante la imposibilidad de endeudarnos.

Ante eso, la única respuesta posible es la gestión. En varias direcciones. En primer lugar, apunta Soto Bonel, rompiendo la frontera entre la consideración de la Sanidad como “pública” o “privada”.

- A mí me parece que es un debate absurdo. No hay salud pública ni salud privada. Hay una salud que es la afectación al estado activo, al estado útil de una persona que, por tanto, afecta a la aportación de esa persona a la sociedad. Nosotros estamos para intentar añadir salud a la sociedad. Es responsabilidad de los médicos y los gestores. ¿Por qué vamos a empeñarnos en que un médico o un gestor son mejores en la privada que en la pública, o viceversa? Es como cuando

se considera injusto que un empresario intente conseguir un beneficio de su aportación en el sector de la salud, ¿por qué no nos lo cuestionamos en el de la educación o el de la minería? ¿Es que la gestión privada va a detraer recursos dedicados a mejorar el sistema sanitario? ¿No será al contrario? Igual que tampoco hay por qué aceptar el paradigma de que consigues menos costes en la prestación de servicios en un privado que en un público. Depende de quién lo produzca y de qué métodos y protocolos utilice.

.- Siempre han convivido. Ahora, en el Sistema Nacional de Salud, como complementarios...

.- **Y en estos tiempos de crisis, pensando que en el sector o aportamos todos o es imposible atender la demanda. O podría ser haciendo pagar a los pacientes. Pero desde que decidimos hacer la sanidad pública con responsabilidad pública gratuita, universal y financiada por impuestos, esto no es factible hacerlo. ¿Solución? Compartir personal. Pero también compras, mantenimiento, etc. ¿Concurriendo a la vez? No. Compartiendo información.**

.- Colaboración y complementariedad...pero también diferencias. Aunque estén integradas en un mismo sistema, aunque prefiera no hablar de debate entre una y otra, son realidades diferentes

.- **Si, claro. Dentro de un mismo sistema, nuestro papel es distinto. Los mismos médicos en la privada y en la pública tienen distinta responsabilidad. En la pública tenemos que responder de la salud de la población. En la privada, de la actividad asistencial que hagan. Tienen que operar al paciente, no responsabilizarse de su salud. Aquí a los médicos les pedimos que además de operar organicen las urgencias, que den clase, que participen en la sociedad, que investiguen. Tenemos que aportar salud en nuestras áreas.**

.- ¿Y en la mixta? ¿Esto es igual en los hospitales públicos gestionados por empresas privadas?

.- **Ellos tienen también el compromiso de mantener la salud en la población. La Jiménez Díaz, por ejemplo, cobra por actividad, pero el modelo de Alzira, Manises, o Valdemoro o Torrejón en Madrid son iguales que el nuestro.**

.- Salvo en el marco de las relaciones laborales...

.- **Yo no puedo negociar individualmente porque no tengo competencias. Dependo de la mesa sectorial. Ahora, sí puedo negociar determinada actividad adicional: que un equipo resuelva problemas de demora fuera de su horario habitual con un coste que sea inferior al que me supondría la privada. También en el sector público hay cierta flexibilidad.**

El primer reto, o la primera necesidad, sobrevivir en un sistema que por exigencias

del guión europeo y para ajustar el déficit, exige reducción de inversiones y gastos. Y eso es gestión. Abaratar costes mediante una concepción integral del Sistema Nacional de Salud que no sólo contemple la colaboración entre lo público y lo privado, sino que los Servicios Públicos se gestionen coordinadamente desde la Atención Primaria hasta la conexión en red entre los Hospitales.

.- Lo que hay que hacer en muchos hospitales es reducir el número de camas, forzar que se atienda ambulatoriamente a los pacientes y ahorrar los costes de mantenimiento de áreas, limpieza, alimentación, etc..

.- Pero eso requiere coordinación entre los diferentes momentos del proceso, que los pacientes reciban atención completa en Primaria y no tengan que llegar forzosamente al Hospital si no es necesario. O que no entren en el Sistema por urgencias.

.- Eso funcionó muy bien un tiempo cuando en los años ochenta se crearon los centros de salud. Pero luego comprobamos que el centro de salud empezaba a cargarse de trabajo y la gente volvía a acudir a urgencias. La respuesta que se da entonces es la de integrar: “vamos a hacer gerencias de área, e integramos”. Pero entonces se empieza a decir que lo que estamos haciendo es cargar de costes administrativos y nos pasa lo mismo porque el problema no está en la dirección, sino en los procesos. Ahora estamos en el tercer intento: diseñar procesos integrales para dar respuesta fundamentalmente al entorno que se nos ha llenado de pacientes crónicos, frágiles o dependientes. Entonces no hace falta estructura de área. Lo que hay que hacer es establecer procesos de enfermedades que entren y se controlen desde el centro de salud y pasar al hospital sólo cuando sea necesario.

.- Eso requiere una buena conexión en red hospitalaria ¿Y existe? Me malicio que no

.- Claro. Ese es el segundo reto, tener al menos una historia clínica compartida, estándar. Se que el Ministerio de Sanidad está empeñado en sacar esto adelante, pero no se si podrán porque es un problema importante sobre el que no estamos realmente concienciados. Hoy por hoy no existe esa conexión. Ni siquiera entre centros hospitalarios de la misma Comunidad Autónoma, como pasa en Madrid. Y ni mucho menos, la portabilidad de la información. Porque aunque no se estuviera en red, si el paciente tuviera una tarjeta con toda su historia en un chip, solucionarían parte del problema

.- Un chip como el que tiene el DNI, por ejemplo

.- O la tarjeta sanitaria. Pero sería más sencillo en el DNI que lo llevas siempre encima.

.- ¿Por qué no se hace?

.- Porque no nos ponemos de acuerdo en quién paga. Problema de nuestra configuración administrativa autonómica y de la distribución de competencias.

Problema que, a juicio del gerente del Clínico San Carlos, pone trabas a una necesidad del Sistema Nacional de Salud: los grandes centros especializados.

“Antes, si había en algún lugar un centro especializado en determinada patología, se enviaba allí al paciente. Ahora se busca acercar más la Sanidad a los ciudadanos. Se construyen hospitales y las Autonomías presionan a la Administración Central para que en todas ellas se pueda ofrecer todos los servicios a los ciudadanos. Pero se hace a costa de reducir la capacidad de responder a enfermedades complejas. Si hay un equipo especializado en una enfermedad en un lugar de España, ¿no será mejor enviar allí a los pacientes que ofrecerles soluciones más cercanas pero quizá de peor calidad? “

Para Soto Bonel sería necesario que el gasto sanitario español, alrededor del 6% del PIB, se fuera acercando a la media europea, que está por encima del ocho.

“¿Para derrochar? No. Para conseguir eficacia en ganar salud”

Se haría entonces imprescindible articular procesos integrados desde la Primaria hasta el domicilio que respondan también a enfermedades complejas o crónicas. Y un cambio de mentalidad de los médicos: **“trasladarles la capacidad organizativa y de decisión en las estructuras directivas”**

Con respecto a los costes, **“articular la entrada de productos nuevos, carteras de servicios nuevos...estableciendo una clara necesidad de hacer análisis previos de coste-efectividad y potenciando las agencias para que evalúen constantemente. Gestión clínica, integración de procesos asistenciales y evaluación económica y tecnológica a la par, siempre”**

Ahí empezaremos a ver la solución.

IGNACIO TREMIÑO
Director General de Políticas de Apoyo a la Discapacidad

“En discapacidad, las barreras mentales siguen siendo el mayor problema y el empleo la mejor inclusión”

Ignacio Tremiño es licenciado en Derecho por la Universidad Oberta de Catalunya y Máster por el Instituto de Empresa. Académico del Consejo Regional de Economía Social de Castilla y León, ha sido Concejal de Acción Social del Ayuntamiento de Valladolid, Consejero Delegado del Grupo de Empresas de Accesibilidad de la Fundación ONCE y Director General Adjunto y Director General de Empresas filiales de FUNDOSA GRUPO, grupo empresarial de la Fundación ONCE. También ha ocupado la Presidencia Ejecutiva de Fundosa Accesibilidad.

Ignacio Tremiño lleva más de media vida en silla de ruedas y desde que llegó a la responsabilidad de coordinar las políticas de discapacidad en el Ministerio de Sanidad ha conseguido algo que merece ser la pena contemplado desde la perspectiva de lo que formalmente tendría que ser una buena política de Salud Pública: coordinar a todos los ministerios para que en cada propuesta legislativa que salga de ellos esté presente la consideración hacia la discapacidad.

“Toda la legislación de ámbito nacional que el gobierno genera, sea cual sea el contenido o las competencias o el ministerio pasa por aquí”

Ya hace algunos años que la atención a la discapacidad salió del ámbito de la salud, pero es envidiable esa capacidad para tener coordinados y atentos a varios departamentos ministeriales.

Es la labor fundamental del equipo que dirige, vigilar y proponer que cualquier cambio tenga en cuenta la discapacidad.

“En temas de accesibilidad global, no solo física. También accesibilidad a la comunicación, al diálogo. No sólo hay que pensar en las rampas o en que haya un baño adaptado, sino en las personas que no oyen, que no hablan o que son ciegas,

o que tienen una discapacidad intelectual, que necesitan una atención especial y les cuesta comunicarse. Cuando se acercan los servicios al ciudadano que se piense en los que tienen discapacidad”

En España hay casi cuatro millones de personas con discapacidad, 1,8 si no contamos los mayores de 65 años.

Las ley española y su desarrollo son de esas de las que un país puede sentirse orgulloso porque desde el punto de vista social están entre las más avanzadas del mundo. Nada más llegar al departamento, Tremiño impulsó una ley que refundía las anteriores, empezando por la LISMI del 82, muy avanzada también para su tiempo.

“En 2013 agrupamos en la Ley General de Derecho de Personas con Discapacidad y Desinclusión Social toda la legislación que da garantía y consolida derechos que estaba muy difuminada. Este texto refundido nace también como una necesidad de ajustarnos al Convenio Internacional de Derechos de las Personas aprobado por Naciones Unidas en 2008 y firmado por España”

La discapacidad ya no es una cuestión de salud, sino de políticas sociales:

.- Es cierto que las necesidades que tienen las personas con discapacidad son especiales, y necesitan una consideración más específica y concreta a la hora de políticas de salud, pero también de educación y, desde luego, laboral.

.- Pero ya no se considera al discapacitado como alguien, si se me permite...enfermo, que necesita atención constante.

.- No, ya no. Precisamente ese Convenio aprobado por la ONU hace siete años destierra la discapacidad como un concepto médico rehabilitador para pasar a ser una cuestión de contexto y social. Ya no es un enfermo, sino alguien que en función del contexto en el que viva puede tener alguna discapacidad.

.- ¿En función del contexto?

.- La discapacidad es algo que depende del entorno: yo en este despacho superadaptado, con un coche abajo, o el trato que la gente tiene conmigo, no soy un discapacitado. No tengo barreras arquitectónicas o sociales. El hecho discapacitante se produce en un contexto. Si en vez de aquí estoy en un lugar con dificultades para moverme, sin transporte accesible, donde no me dan trabajo porque no me consideran capaz de trabajar...al final es el entorno el que crea la discapacidad. Por lo tanto, por lo que hay que luchar es por que el contexto y el entorno no creen esas barreras a las personas con discapacidad.

Las políticas de discapacidad, como todos los servicios sociales, están en manos

de las Comunidades Autónomas, pero aquí la coordinación es menos complicada que en Sanidad. Sobre todo por el papel que se otorga a las organizaciones del tercer sector que están integradas también en los órganos de coordinación.

“El colectivo de discapacidad es muy maduro y dialogante, además con un único mensaje en toda España, porque son problemas comunes a todos. Están consolidadas y con estructuras muy importantes. Gracias a eso se han logrado importantes avances. Manteniendo las competencias autonómicas en todo el proceso administrativo y de verificación, hemos acordado criterios comunes válidos para toda España. Por ejemplo, ahora hemos aprobado una tarjeta de aparcamiento para personas con discapacidad, que homogeneiza a nivel nacional para evitar desigualdades. Se estandarizan unos mínimos, que luego cada cual puede subir o no. Pero, insisto, respetando siempre las competencias en materias sociales.”

Existe también en este ámbito un órgano coordinador que es el Consejo Interterritorial de Servicios sociales. Y no oculta Tremiño que sería deseable que tuviera más capacidad ejecutiva

.- Sería mejor que fuera un órgano de obligado cumplimiento, pero se están acordando y consiguiendo muchas cosas

.- Me hablaba hace un momento de la participación de las organizaciones de discapacitados a la hora de coordinar y proponer políticas.

.- Formalmente se integran a través de la mesa para el diálogo con la Plataforma del Tercer Sector que puso en marcha la ministra Ana Mato. Nos reunimos periódicamente y se ponen encima de la mesa todos los problemas de los colectivos que llevan acción social. Porque ahí no están solo las de discapacidad, sino todas las ONGs del llamado Tercer Sector. Y se buscan soluciones.

.- ¿Proponiendo iniciativas legislativas?

.- O solucionando problemas. En uno de esos encuentros nos contaron los problemas que habían tenido por dificultades de cobro de servicios realizados a la administración. Como no facturan, sino que reciben una cantidad concertada previamente por esos servicios de atención que prestan, estaban fuera de los Fondos de Liquidez Autonómica y de pago a proveedores. Lo que hicimos entonces fue establecer una partida concreta y específica, finalista, para las entidades sociales por un total de 3.000 millones de euros. Y cobraron.

.- Entiendo, entonces, que la relación con estas organizaciones del Tercer Sector en general y las de discapacidad en particular es buena...

.- Si, y muy fluida. Están también en otro órgano que preside Su Majestad la Reina, que es el Real Patronato, que depende también de ese departamento aunque es un organismo autónomo con presupuesto propio. En él están cinco ministerios,

las Comunidades Autónomas y representantes de las asociaciones. Es el único órgano en el que coinciden todos.

El departamento que dirige Tremiño está trabajando ahora en una Ley del Tercer Sector que incluye cuestiones de mecenazgo y cambio en la situación de las organizaciones dedicadas a la Solidaridad.

Y en materia de discapacidad, aunque exhibe con justificado orgullo los avances, asegura que aún queda mucho. Más por parte de la sociedad que de las instituciones.

.- Queda mucho por hacer en materia educativa y en empleo. Para la nueva Reforma de la Ley de Educación, hemos propuesto medidas a favor de las personas con discapacidad pensando en una mayor inclusión educativa, que las personas con discapacidad no estén en colegios específicos sino en colegios normales, con apoyo.

.- Pero eso ya se está haciendo.

.- Si, pero aún no estamos al 100 por 100 que es el objetivo y el mandato de la ONU. En España el porcentaje de alumnos con discapacidad en colegios no específicos, inclusivos, es del 81. El más alto de Europa, sí, pero todavía queda camino hasta el 100 por 100.

.- Sin ser un experto, entiendo que esa política inclusiva es muy positiva no solamente para los chicos con discapacidad, sino para los demás. Porque aprenden a integrar desde pequeños

.- Es una estrategia fundamental. Mi hija en el colegio tiene una compañera en silla de ruedas o un compañero con síndrome de down. Ahí empieza la integración. Cuando trabaje, verá normal que un compañero tenga discapacidad, y si algún día tiene un puesto de responsabilidad, contará con personas con discapacidad.

.- Lo que pondrá las cosas más fáciles que ahora, supongo.

.- Ahora el empleo es uno de los grandes objetivos. Si la educación es importante, el empleo es vital. Para las personas con discapacidad, la mayor inclusión es el empleo. Algunos podrán ser más productivos, otros menos, pero al final, a una persona que trabaja y da todo de sí, le vendrá todo rodado. Todavía tenemos 40 puntos de diferencia en la tasa de población activa con discapacidad con relación a la tasa de población activa en general. NO en paro, sino en población activa. Es decir que hay todavía un enorme colectivo de personas con discapacidad que ni se plantea ponerse a buscar trabajo. Y eso que en el último año se ha creado empleo, más de un 19 por ciento, pero se desconoce la capacidad de las personas con discapacidad.

.- ¿Más dispuestas? ¿Más entregadas? Desde luego la gente que yo conozco en esa circunstancia, responde a este perfil: trabajan con más ganas, con más entusiasmo, disfrutando y, como dice usted, dándolo todo.

.- **Yo estaba en un grupo empresarial en el que el 90 por ciento eran trabajadores con discapacidad. Y, claro, cuando quería vender a algún cliente mis servicios lo primero que pensaban es que se ocuparían de trabajos residuales...cablecitos, y esas cosas. Lo que hacía entonces era llevarles al lugar de trabajo. Se quedaban sorprendidos. En Ford, por ejemplo, tienen dos empresas con 140 trabajadores con discapacidad que forman parte de la cadena de producción. La gente que se compra ese coche no sabe que en parte ha sido fabricado por personas con discapacidad. Pero por desgracia la única forma de convencer a los empresarios es que les vean trabajar. Y que miren los ratios de producción, o de absentismo laboral o baja médica que suelen estar por debajo de la media.**

.- Es fácil entender que quien tiene una discapacidad ha tenido menos oportunidades que otros y se agarra a la que tiene y da todo de sí.

.- **Y además aportando valor a la empresa en el centro de trabajo, porque crean un clima laboral muy positivo. Por varias razones. Primero porque yo como trabajador me siento más a gusto en una empresa que no sólo piensa en facturar, sino que tiene una política social; pero además, es que crean buen ambiente. E incluso incitan a trabajar mejor: si un día me siento bajo o con pocas ganas, no tengo más que mirar a mi compañero y todo el esfuerzo que tiene que hacer y las barreras que tiene que superar para hacer su trabajo, para decirme a mi mismo que cómo no lo voy a hacer yo.**

Por tanto, el mayor problema sigue estando en la sociedad y en sus operadores que desconocen la realidad de la discapacidad. Así y todo, Ignacio Tremiño no echa balones fuera:

“También las personas con discapacidad tienen que abrirse a la sociedad. La integración y la normalización es cosa de todos: la gente me tiene que ver normal, pero integrarme solo lo puedo hacer yo. La integración tiene que partir de uno mismo. Tenemos que aprovechar que las cosas están cambiando. Cuando yo tuve el accidente en Toledo no me enseñaron a trabajar, sino a tener una vida pasiva. Ahora, a los chavales que llegan allí con lesiones medulares les están formando para que continúen sus estudios o aprendan una actividad para salir a trabajar. Hay que aprovecharlo”

Sugiere, y le recojo el consejo, que nos sigamos esforzando por romper sobre todo las barreras mentales:



“hablemos con las personas con discapacidad, conozcámosles, escuchemos sus experiencias”

Y me deja en el aire una pregunta que comparto con usted, lector, y cuya respuesta nos da la medida del camino por recorrer.

.- ¿Qué pasa si mañana se presenta tu hija con un chico en silla de ruedas y te dice que es su pareja?

LUIS VALENCIANO
Fundación Salud2000 / Ex Subsecretario de Sanidad

“Todo se hizo mal y rápido: las transferencias rompieron la política de Salud Pública”

Luis Valenciano, licenciado en Medicina, experto en Salud Pública, ha sido investigador especializado en el ámbito de la Virología. Fue el impulsor de la vacuna oral que acabó con la Poliomielitis en España, y desde la Administración tuvo que gestionar la crisis de la “neumonía atípica” a principios de los 80. Como responsable de Salud Pública en los gobiernos de UCD fue el impulsor del actual Sistema Nacional de Salud. Ha sido director científico de Wellcome España, y presidente del Consejo Científico asesor de la Fundación Salud 2000

Ante Luis Valenciano se tiene la sensación, convertida en certeza a medida que avanza el diálogo, de que se está con uno de los autores de esta espléndida e imprescindible casa de todos que es el Sistema Nacional de Salud.

Desde un discreto pero muy eficaz segundo plano, fue un hombre clave en la transformación de la antigua Seguridad Social del franquismo que dependía del Ministerio de la Gobernación, en el Instituto Nacional de Previsión y luego, tras la Constitución de 1978, en el INSALUD, el INSS y el INSERSO.

“Había mucho dinero entonces en la caja de la Seguridad Social. Cuando en el primer gobierno de Suarez se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, con Enrique Sánchez de León, se incorpora todo lo de la pobre Dirección General de Salud Pública al poder económico de la Seguridad Social, que era mucho. Entre otras cosas porque en aquellos tiempos los cotizantes eran muy jóvenes y cada vez más. Es cuando se empiezan a construir los grandes hospitales. Ahí empezó todo, al unir Sanidad y Seguridad social. La Salud Pública lo que hacía era proyectar cómo se debían hacer las cosas, y la asistencia la llevaba la Seguridad Social con esos grandes hospitales españoles”

Valenciano, investigador experto en enfermedades víricas, se incorporó al primer gobierno de Suarez en 1977 como Director Provincial de Salud de Madrid. Luego fue director general de Salud Pública y con el último gobierno de UCD Subsecretario de Sanidad.

Como él mismo recuerda, en aquellos años había ilusión y dinero

.- Al incluir junto a la Seguridad Social la Salud pública, empezamos a hacer campañas, proyectos, estudios de salud...es entonces cuando se incorpora la medicina preventiva, que hasta entonces no había existido.

.- Todo es nuevo, claro

.- Todo. Pero desde la formación. Se diseña entonces el programa MIR, para formar gente dentro de los propios hospitales. Hicimos la facultad de Medicina de la Universidad Autónoma, que al principio fue muy bien, pero luego, claro, las demás universidades dijeron que también querían eso, 110 alumnos nada más y formación integrada...

.- Y así se fue haciendo la Sanidad...

.- Al hacer los horarios completos en los hospitales, la formación de los MIR y la formación universitaria, se empezó a dar fuerza, con mucho apoyo económico de la Seguridad Social, a un Sistema público de Salud con todas las novedades en la atención sanitaria y el cuidado y promoción de la salud

.- ¿Y por qué salió tan bien?

.- Yo creo que porque había ilusión. Y mucho dinero. El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social no tenía, en un primer momento, que dar cuentas al Tribunal de Cuentas. Luego se tuvo que integrar, porque era muchísimo dinero. Se invirtió en infraestructura y, sobre todo, se mejoró el programa asistencial incorporando los conocimientos y los programas de Salud pública.

El capítulo de pensiones no era tan importante como ahora y la capacidad de inversión de la Seguridad Social extiende la atención sanitaria pública hasta convertirla en universal.

Naturalmente, aquel tiempo de cambio no estaba exento de lastres relativos a la política de partidos:

“Salió todo bien, pero había demasiados cambios. Yo estuve con cinco ministros en cinco años. Una de las características de UCD es que eran muchas familias y había que contentar a todas, por lo que los ministros duraban poco tiempo”

En el año 1981, con Jesús Sancho Rof como ministro, se enfrenta al primer gran reto de Salud Pública de la historia moderna de España: el caso de la colza, la neumonía atípica, el llamado síndrome tóxico por consumo de aceite de colza desnaturalizado.

“Discrepé entonces con la política del ministerio; yo creía que no debíamos decir a la gente que estaba controlada, porque no sabíamos nada de esa enfermedad. Y vino gente de todo el mundo, y nadie daba con el origen. Hasta que llegó el doctor Tabuenca, un vasco que había venido al Niño Jesús de Madrid tras ser amenazado por ETA, y se presentó un día en el ministerio con una botellita de aceite diciendo que quería ver al ministro. Y Jesús me dijo que le recibiera yo. Había descubierto, hablando con las madres de niños enfermos en el hospital del Niño Jesús, que todos ellos tenían algo en común: habían consumido un tipo de aceite que habían comprado a vendedores ambulantes. En el análisis del aceite estaba la clave. Esa misma noche fue a la televisión a pedir que se dejara de consumir ese aceite”

Poco después, desde Wellcome España, donde era director científico tras abandonar la Administración pública, conoció de primera mano la lucha contra un virus mortal y desconocido, el VIH, el Sida. Wellcome fue el laboratorio que desarrolló el AZT, primer fármaco contra el Sida.

En 1986 con la Ley General de Sanidad, se crea en España el Sistema Nacional de Salud. Se consolida una descentralización de la política de Salud pública y Sanidad que ya había empezado con los gobiernos de UCD

.- Yo hice la primera transferencia a una Comunidad Autónoma. La primera que hizo el Ministerio, con mi opinión en contra, fue a Cataluña. Pensaba y sigo pensando que la Salud Pública necesita información global. Y recuerdo una anécdota con el Jefe de Sanidad de Cataluña, que era amigo y compañero el cuerpo de Sanidad Nacional, Joaquim Enrich. Al día siguiente de las transferencias me dijeron que había un brote epidémico y le llamé. Su respuesta fue: *Luis, somos amigos de toda la vida. Cuando yo considere que debes de conocer los temas sanitarios de los que me ocupo te lo diré; mientras tanto, no tengo ninguna obligación de hacerlo.* Con lo cual quedaba claro que se rompía la Salud Pública

.- No se hicieron las cosas bien...

.- Deberían haberse hecho de otra manera, pero es muy difícil volver atrás. Habría que conseguir que el Consejo Interterritorial decidiera en sus reuniones que se hagan las cosas como se deben de hacer, de forma conjunta y coordinada. Es la única posibilidad de mantener una cierta armonía.

Pero todo se hizo mal y rápido. La prueba es que cuando en el ministerio preguntaban a los jefes cuánta gente sobraba porque se habían traspasado competencias, la respuesta era siempre que no se podía prescindir de nadie, que había que seguir vigilando aquello.

Ante el presente, y de cara al futuro, Luis Valenciano cree que Sistema Nacional de Salud corre riesgos, y apunta a algo que en las últimas décadas se ha convertido en sello singular de no pocos sistemas sanitarios de nuestro entorno: el gasto y la inversión en Sanidad superiores a los ingresos.

“La crisis del coste sanitario está sin resolver. Cada vez que se hace un presupuesto, los gestores se encuentran con que no van a tener dinero suficiente para hacer lo que creen necesario hacer. Yo no soy un experto en números, pero lo que me dicen los gerentes del patronato de la Fundación 2000 es que tienen una lucha muy difícil”

La sostenibilidad del Sistema para por su modernización tecnológica y la evolución de las necesidades en una sociedad que tiene que orientar su atención sanitaria a los crónicos:

.- La Sanidad ha de seguir modernizándose sin duda. Y tiene que tener en cuenta la distribución para que la atención a los crónicos esté realmente bien gestionada. El problema es que en los hospitales entra todo el mundo. Aunque se diga que primero pasen por primaria, terminan en los hospitales. Al mismo tiempo, está el avance de la técnica y la investigación, con el desarrollo de nuevas máquinas de diagnóstico y nuevos elementos terapéuticos sorprendentes, como lo último de la hepatitis C, que era una enfermedad crónica y ahora se puede curar en once días. Pero es una inversión económica tremenda.

.- Habría entonces que gestionar mejor, potenciar de verdad la Primaria y no perder el tren de la tecnología.

.- Y la investigación. Se está haciendo investigación muy buena en España con financiación europea, con fondos de otros lugares, concursos internacionales, etc.

Tema sensible, para el doctor Valenciano, que a finales de los años 60 investigó y consiguió que el gobierno de entonces, pese a no pocas resistencias, iniciara una campaña contra la Polio con el fruto de sus investigaciones, que consiguió erradicarla de España.

“Es un absurdo que la investigación, incluido el Instituto de Sanidad que pusimos en marcha ya en tiempos de la polio, dependa del Ministerio de Economía es, como los que tiene el CNIO en Madrid y reclama gestión y luego explican el Ministerio de Economía. No se puede llevar desde allí la investigación y la Salud Pública, porque si no les cuadran las cuentas cierran primero el grifo y luego explican”

Valora muy positivamente los acuerdos entre centros de investigación y hospitales, como los que tiene el CNIO en Madrid y reclama, para la Sanidad pública una gestión eficaz que necesariamente ha de apoyarse en la iniciativa privada.

.- Cuando se habla de privatización de la gestión me parece que hay dos cosas totalmente diferentes: una Sanidad privada imprescindible que resuelve, hace sus cuentas y depende de su propio dinero, y una pública que tiene que saber cuánto dinero tiene y en cuántas cosas se puede meter. Hay despilfarro desde hace años, y un descuido en el manejo doméstico del hospital que hace perder muchísimo dinero. Y también hay poca disciplina entre quienes tienen el derecho a la asistencia sanitaria desde hace muchos años. Por eso el que se intente mejorar la gestión concertando con empresas externas servicios como la lavandería o la cocina, no es privatizar esos servicios de salud, sino precisamente dedicarse de lleno a gestionar esa salud. Esos servicios son caros para el hospital. Otra cosa es que todas las decisiones asistenciales, técnicas, etc, sigan siendo el objetivo de la Sanidad pública

.- Sabiendo hasta dónde se puede llegar, concretando qué servicios, cómo y hasta dónde presta cada cual en el Sistema

.- Mi visión general es que hay que ser eficaces y no se puede pretender que haya todo para todos sencillamente porque lo piden. Hay que medir, limitar y gestionar adecuadamente.

PROPUESTAS PARA LA MEJORA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La franqueza de los diálogos, la alta cualificación de quienes en ellos han intervenido, y su decidida apuesta por una mejora del Sistema Nacional de Salud desde sus respectivas responsabilidades, han permitido conocer puntos de vista y propuestas que, sin duda, van a contribuir a la mejora de la calidad asistencial, tecnológica y de planificación sanitaria tan urgentes en un momento como éste.

Ciertamente, no hay tiempo que perder y es ésta una realidad que todos los interlocutores han subrayado en mayor o menor medida.

Quiere el destino o el azar, que en el horizonte inmediato de España se planteen elecciones ante las cuales todos los partidos políticos van a ofrecernos en los próximos meses, en realidad han empezado a hacerlo ya, promesas de futuro y compromisos de mejora para que les demos nuestro apoyo en las citas electorales locales y autonómicas de primavera y las elecciones generales después del verano. Debemos entonces aprovechar esta circunstancia para ejercer la responsabilidad social que nos toca y colocar el debate sobre el futuro de la Sanidad en la agenda política y social. Debemos obligar a quienes van a pedir nuestro voto, a que se comprometan a abordar con carácter urgente y determinación absoluta las reformas que exige la situación para que nuestro Sistema público de Salud siga teniendo la calidad que siempre le ha caracterizado y pueda mejorar y adaptarse a los nuevos tiempos.

No va a ser fácil, pero hemos de exigir que la Sanidad se convierta en cuestión prioritaria y debate ineludible en los próximos meses. No olvidemos que hablamos de Salud, pública y privada, social e individual, y que tanto desde el punto de vista presupuestario como de implicación e incidencia en la ciudadanía es uno de los asuntos de mayor relevancia e interés.

Hay una coincidencia general entre nuestros interlocutores en la necesidad de un Pacto de Estado sobre la Sanidad que implique a todos los actores, desde la Administración a los pacientes, pasando por los profesionales o los proveedores. Y que ese Pacto incluya un propósito real y efectivo de gobernanza desde instituciones públicas que trabajen coordinadas y sean eficaces. También se considera esencial por la mayoría de los participantes en estos diálogos, que se consolide la colaboración público-privada en la dirección de aspirar a una mejora de la calidad asistencial en todos los niveles.

Muchas conclusiones se pueden extraer de las conversaciones que incluye este volumen, pero en nuestro esfuerzo de síntesis y buscando una efectividad acorde con el propósito de impulsar el debate social y político, hemos hecho una selección de propuestas enunciadas a modo de titulares informativos, pero perfectamente orientadas hacia su destino común, la mejora y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Si conseguimos que a partir de su enunciado estas propuestas formen parte de los compromisos o de las actuaciones concretas de administraciones públicas y partidos, este trabajo y la apuesta del Círculo de la Sanidad por la mejora del Sistema público y la puesta en valor de la aportación empresarial privada, habrán cobrado todo su sentido.

- 1) Es necesario obtener un consenso para no utilizar la Sanidad como arma política.
- 2) Hay que realizar una medición rigurosa y un diagnóstico preciso de la situación del Sistema Nacional de Salud para conocer sus deficiencias y necesidades.
- 3) Reformar la Ley General de Sanidad para adecuarla a los nuevos tiempos y las nuevas necesidades socioeconómicas.
- 4) Reformar la Ley General de Salud Pública potenciando la coordinación entre los distintos departamentos ministeriales y convirtiendo en prioritarias las políticas de Salud Pública y Prevención.
- 5) Coordinar y unificar las grandes líneas de gestión de Salud Pública, como el calendario vacunal.
- 6) Crear un Consejo de Administración de la Sanidad con capacidad de gobernanza y eficacia jurídica en todo el ámbito público, o dotar de ejecutividad al Consejo Interterritorial.

-
- 7) Dotar de verdadera capacidad técnica y de análisis al órgano de gobierno y coordinación, ya sea Consejo de Administración o Consejo Interterritorial.
 - 8) Centralizar la normas y regulaciones que permitan un funcionamiento coordinado del Sistema Nacional de Salud sin perjuicio de la autonomía de gestión.
 - 9) Responsabilizar con una mayor autonomía en la gestión y provisión de servicios a gerentes y Comunidades Autónomas, dentro del margen establecido por el órgano coordinador.
 - 10) Planificar de forma coordinada las políticas de Recursos Humanos.
 - 11) Eliminar las limitaciones de las “bolsas de empleo” dotando de mayor autonomía a los gerentes para la contratación.
 - 12) Promover la gestión de los centros sanitarios “empresarizándolos” sobre la base de cumplir objetivos.
 - 13) Establecer una Red de Comunicación que permita el acceso directo e inmediato a cualquier dato diagnóstico y de gestión para todo el Sistema Nacional de Salud.
 - 14) Crear un cuerpo específico de Gestores de Hospital.
 - 15) Mejorar la Ley de Contratos del Estado para otorgar más capacidad de compra a los hospitales, mediante el impulso de la “Compra Pública Innovadora” y los “Diálogos Competitivos”.
 - 16) Impulsar colaboración con la Industria Farmacéutica para la Innovación y el Desarrollo.
 - 17) Crear y potenciar modelos de colaboración en investigación entre hospitales e Industria mediante el llamado “riesgo compartido”.
 - 18) Aunar trabajos de investigadores de básica y de clínica a través de acuerdos y conciertos entre Centros de Investigación y Hospitales.
 - 19) Desarrollar los sistemas de e-salud, atención electrónica, aprovechando las posibilidades tecnológicas, tanto para consultas como para atención a pacientes crónicos.
 - 20) Impulsar iniciativas que faciliten el retorno de la inversión de las TIC en Salud.
-



- 21) Promover la reutilización de datos clínicos para investigación y diagnóstico.
- 22) Crear una red de hospitales de referencia para Alta Patología.
- 23) Implementar la externalización de servicios que no sean estrictamente sanitarios o asistenciales mediante la creación e impulso de una red de proveedores acreditados.
- 24) Crear un ente autónomo de evaluación dependiente de la Administración central.
- 25) Potenciar el papel de las agencias de evaluación y reforzar mecanismos de evaluación continua de gestión y procesos auditando especialmente la calidad asistencial.
- 26) Crear mecanismos de rendimiento de cuentas homologado al tiempo que se impulsa la transparencia en la información y difusión de resultados.
- 27) Coordinar de una manera eficaz los servicios sociales y los sanitarios.
- 28) Potenciar la Atención Primaria y la integración con la Especializada, creando confianza entre Primaria y Hospitales.
- 29) Desarrollar un nuevo modelo de atención a Pacientes Crónicos.
- 30) Potenciar los centros de media y larga distancia para aliviar la presión sobre los centros asistenciales de agudos.
- 31) Fomentar la competitividad entre hospitales y entre profesionales dentro de los centros.
- 32) Desarrollar políticas de motivación y compromiso de los profesionales con el centro en el que desarrollen su actividad.
- 33) Impulsar la capacidad de decisión de los profesionales sanitarios en el Sistema buscando también mejora en su rendimiento y productividad.
- 34) Acabar con las desigualdades salariales entre profesionales de distintas Comunidades Autónomas.
- 35) Promover la movilidad geográfica de los profesionales dentro del Sistema Nacional de Salud.

36) Poner en marcha la “receta enfermera” e incrementar la implicación de los profesionales de la enfermería.

37) Integrar a la Farmacia dentro del sistema con participación del profesional farmacéutico en las estrategias sanitarias.

38) Dotar de una mayor transparencia a las relaciones entre los profesionales médicos y la Industria Farmacéutica.

39) Incorporar a los pacientes al proceso de decisión y formarles en sus derechos y en sus deberes.

40) Responsabilizar a los pacientes en el uso correcto de los servicios asistenciales con posibilidad de sanciones.

41) Crear registros de pacientes.

42) Garantizar la equidad y la no discriminación en los tratamientos y en el acceso al Sistema Nacional de Salud.

43) Promover la gestión informática de las listas de espera con posibilidad de acceso para los pacientes.

44) Facilitar la información a los pacientes a través de Internet

45) Impulsar estrategias de seguridad para los pacientes y los sanitarios que incluyan programas de búsqueda de errores.

46) Crear la Tarjeta Sanitaria única para el Sistema Nacional de Salud.

47) Extender a todo el Sistema Nacional de Salud la Receta Electrónica y la Historia Clínica Electrónica.

48) Establecer un copago disuasorio o de mejora de servicios.

49) Construir un Derecho Sanitario armónico y sobre principios generales.

50) Renovar los planes de estudios en Medicina para adaptar la formación a la nueva realidad social y las nuevas tecnologías.

Todas estas propuestas han sido extraídas de las entrevistas recogidas en este Libro Azul.

Todas ellas forman parte de las aportaciones que los expertos que han parti-

cipado en este diálogo han considerado esenciales para el necesario debate sobre el Sistema Nacional de Salud.

Todas son susceptibles de crítica, aportación y mejora; porque todas tienen singular importancia y afectan a territorios concretos de un Sistema del que todos deseamos una mejora global. No es, por tanto, indicativo de su valor o su trascendencia el orden en que se han editado para esta ocasión. El lector atento habrá identificado el origen y la intención de cada una de las propuestas, y estoy seguro de que tendrá la misma percepción que el autor en el sentido de que en conjunto recogen las necesidades vitales de nuestra Sanidad.

Lo importante es que a partir de este momento en que quedan reseñadas y escritas constituyen una herramienta indispensable para encontrar la respuesta correcta a la pregunta que da sentido a este libro, ¿Qué hacer con el Modelo Sanitario?

AGRADECIMIENTOS

A **Ana Lucas**, que puso su talento y su cabeza magníficamente amueblada al servicio de la producción de las entrevistas.

A **Noelia Martínez Leiva** por la paciente y disciplinada transcripción.

A **Elías Martínez Rodrigo**, que apareció al final aportando además maneras de periodista eficaz

A todas y todos las **secretarias, asesores y gabinetes** de comunicación que nos abrieron puertas y nos dieron facilidades para tejer esta obra coral

Y, naturalmente, a **Angel Puente**, que desde el Círculo de la Sanidad apostó por esta propuesta singular y arriesgada y me dio la oportunidad de adentrarme en el universo menos conocido de lo necesario, más agitado de lo deseable, y casi nunca valorado en su justa medida que es el de la Salud y los Servicios Sanitarios.

