



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

CONSEJO ASESOR DE SANIDAD

SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
INFORME

11 de junio de 2013



NOTA PREVIA

Por mandato del Pleno del Consejo Asesor de Sanidad, se constituyó el pasado 22 de enero de 2013 un Grupo de Trabajo sobre Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Los trabajos llevados a cabo se centraron en definir los factores que están proyectando sus efectos sobre el Sistema Nacional de Salud y que generan dificultades y desequilibrios, que es preciso abordar, para garantizar su futuro, mediante medidas que contribuyan a su modernización, consolidación y mejoras en la calidad y eficiencia en su gestión.

La cohesión, la equidad, la igualdad, la política de recursos humanos, la investigación y la financiación fueron objeto de especial consideración.

El Grupo de Trabajo estuvo presidido por el Presidente de la Comisión Permanente del Consejo Asesor de Sanidad, D. Julio Sánchez Fierro, actuando como Secretaria la Secretaria General del Consejo Asesor, D^a. Pilar Fernández Fernández, y como Coordinador, D. Juan Iranzo Martín.

Como Vocales participaron en el mismo D. Juan Abarca Cidón, D. Carlos Alonso Bedate, D. Juan José Badiola Díez, D. Bartolomé Beltrán Pons, D. Ignacio Burgos Pérez, D. Angel Carracedo Álvarez, D^a. Mercedes Carreras Viñas, D. José Castillo Sánchez, D. Alfonso Castro Beiras, D^a. Adela Cortina Orts, D. Máximo González Jurado, D. Miguel Angel Guzmán Ruiz, D. Guillem López Casanovas, D. Miguel Martín Jiménez, D. José Antonio Martín Urrialde, D. Alfonso Moreno González, D^a. Carmen Peña López, D. Juan José Rodríguez Sendín, D. Jesús San Miguel Izquierdo, D. Alejandro Toledo Noguera, D. Antonio Zapardiel Palenzuela y D. Francisco Zaragozá García.

Las reuniones tuvieron lugar los días 22 de enero de 2013, 7 de febrero de 2013, 27 de febrero de 2013, 14 de marzo de 2013 y 11 de abril de 2013.

En ellas se debatieron las aportaciones efectuadas por los distintos miembros del Grupo de Trabajo.

La Comisión Permanente del Consejo Asesor examinó el documento elaborado a partir de las aportaciones del Grupo de Trabajo en sus reuniones de los días 7 de mayo y 11 de junio.

En base a todo ello, se formula el informe que se adjunta a continuación.



INTRODUCCIÓN

Es fundamental para el conjunto de los ciudadanos garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud para lo que hay que incluir reformas que puedan contribuir a su fortalecimiento y renovado vigor. Desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad ha transcurrido mucho tiempo en un sector, el sanitario, muy dinámico. Por ello, no es de extrañar que se hayan ido acumulando problemas y desajustes que hacen necesario afrontar un proceso de cambios para atender a los ciudadanos con calidad y con eficiencia. Por lo que es cierto que esa necesidad de renovación y de puesta al día del sistema sanitario público se ha convertido en urgente al coincidir con serios problemas económicos, de deuda y morosidad, agudizados por la crisis económica y por la caída de ingresos fiscales.

Para dar respuesta a estas circunstancias es preciso ser sensibles y consecuentes respecto de los diversos factores que están incidiendo de modo severo en la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario público. El primero de ellos, sin duda, es el **cambio demográfico** que está experimentando la sociedad española, es decir, la mayor esperanza de vida es ciertamente un aspecto que debe valorarse de modo positivo, pero que también obliga a dar respuesta a un mayor consumo sanitario, especialmente durante los últimos años de la vida. En pocos años la población mayor de 65 años superará el 30% de los ciudadanos.

Otro factor es el incremento acelerado del **gasto sanitario**, que se está registrando sin que se adopten mejoras de eficiencia significativas ni tampoco cambios en el modelo de financiación ni en la forma de presupuestar, crónicamente deficitaria. Es cierto que el gasto sanitario público se sitúa en la media de la OCDE (en torno al 7%), pero también lo es que el ritmo de incremento no resulta sostenible y, menos aún, en un contexto de profunda crisis económica.

Otro factor a tener muy en cuenta en el panorama sanitario, es el de la **cronicidad**. Seguimos instalados en un modelo asistencial de agudos, pese a la importancia creciente de los pacientes crónicos. A este fin se hace necesario potenciar la atención primaria, el papel de la enfermería, tener muy presente que estamos ante patologías complejas y que generan un importante gasto farmacéutico. Asimismo la cronicidad requiere medidas de apoyo a los pacientes y a sus familias desde una perspectiva sociosanitaria. Otro factor crucial a tener presente es el del **uso responsable de los recursos sanitarios por los pacientes**. Según el Barómetro Sanitario 2011, el 41,2% de la población española piensa que con frecuencia se utilizan innecesariamente los servicios sanitarios e incluso, en opinión del 29,6%, existe un considerable abuso.



Asimismo es muy negativo para el sistema sanitario el **notorio déficit en políticas de salud pública**. La educación para la salud, la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades, durante décadas, han ocupado un lugar poco relevante y han contado con medios muy escasos.

En **política farmacéutica** hay que señalar que la aprobación de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios de 2006 no ha conseguido crear el marco estable y previsible que vienen demandando los distintos agentes de la cadena del medicamento. Es notorio que la contención del gasto sanitario se ha focalizado en el gasto público de medicamentos, particularmente de los que son dispensados en farmacia, descuidando un tanto otras medidas dirigidas a generar ahorro y ganar en eficiencia, mejorando la organización y la gestión asistencial.

En cuanto a la **investigación y al desarrollo**, no cabe desconocer los avances científicos y técnicos logrados a favor de la salud de los ciudadanos. Sin embargo, ello no obsta para considerar muy convenientes nuevas medidas de estímulo, porque algunos de los incentivos han quedado obsoletos. Asimismo, en el ámbito clínico, la investigación traslacional debería ganar en transparencia, en eficiencia y gestión como reforzando el trabajo en red y la evaluación de resultados. Otro aspecto necesitado de profundas reformas es el de la **organización y gestión asistencial**. Son imprescindibles el **redimensionamiento y la integración de niveles**, así como la **continuidad asistencial**.

Por ello, para atender adecuadamente los servicios incluidos dentro de una cartera actualizada, es necesario afrontar un proceso de cambios funcionales y jurídicos.

Asimismo, la **colaboración público privada** ha ido creciendo en importancia, bajo modalidades muy diferentes, en todas las Comunidades Autónomas. Hay quienes estiman que en el momento actual esa colaboración supone cerca del 11% del presupuesto del sistema sanitario público, al que complementan con una oferta habitualmente de calidad.

En concreto, 9 millones de usuarios utilizan habitualmente la sanidad privada, lo que aligera presión asistencial y costes sobre el Sistema Nacional de Salud, siendo conveniente promover una mayor coordinación dentro del conjunto del sistema sanitario, especialmente en materia de información, para evitar duplicidades en gasto, lo que redundaría en una mayor eficiencia del sistema.

Para garantizar la sostenibilidad del sistema son necesarias reformas, unas estructurales, a medio y largo plazo, y otras coyunturales, a corto plazo. Unas deberían ser de responsabilidad del Estado y otras de las Comunidades Autónomas; unas serán de los profesionales sanitarios y otras de los pacientes o de las empresas y entidades



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

que participan en el funcionamiento del sistema sanitario. También es evidente que esas respuestas deberían ser el fruto de un compromiso amplio y sostenido en el tiempo; o, lo que es lo mismo, plasmadas en un Pacto por la Sanidad.

En este informe se recogen el análisis y propuestas de un grupo de más de 20 miembros de la Comisión para garantizar la accesibilidad y calidad del modelo.



I. FACTORES A CONSIDERAR:

1. Consecuencias del cambio demográfico.

La sociedad española está viviendo un positivo proceso de alargamiento de nuestra esperanza de vida. La dieta, la educación y los sistemas asistenciales preventivos y curativos han conseguido alargarla hasta cerca de los 83 años. Esta realidad ofrece grandes oportunidades pero también obliga a responder adecuadamente a sus retos. Tiene un efecto muy directo sobre el sistema de pensiones y lógicamente también sobre la sanidad. Según los estudios estadísticos, el mayor consumo sanitario lo realizamos en nuestros dos últimos años de vida y éste cada vez es mayor, según ésta se alarga. Asimismo esta situación da lugar a demandas sanitarias que en el pasado no se producían, por lo que es necesario tomar medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema.

De otra parte, hay que señalar que no se ha producido un incremento del gasto proporcional al envejecimiento como se temía, confirmándose en la actual generación de ancianos la hipótesis de Fries del desplazamiento y contracción de la morbilidad. La gran mayoría de expertos señalan a factores de oferta (tecnologías e intensidad de intervenciones por persona y año) como auténticos propulsores del aumento del gasto sanitario.

2. Evolución del gasto, racionalización y restricciones presupuestarias.

El gasto público en sanidad representa del orden del 6,7% del Producto Interior Bruto y alcanza el 9% añadiendo la sanidad privada. Se encuentra del promedio de la OCDE.

Sin embargo, este indicador, por sí solo, no revela la situación de real en la que se encuentra nuestro sistema sanitario público, seriamente afectado por un fuerte crecimiento del gasto, acompañado de una sensible caída de los ingresos debida a la recesión económica, lo que, a la postre, se ha traducido en el importante y creciente déficit presupuestario de las Comunidades Autónomas.

Conviene tener presente que los recursos de estas últimas están mayoritariamente absorbidos por el gasto en sanidad y educación (un 70%, aproximadamente).

En consecuencia hay un claro problema de sostenibilidad, cuya solución requiere **revisar la financiación autonómica de la sanidad, como, sin dejar de lado otras medidas para** racionalizar la gestión e implementar diferentes mecanismos que ayuden a mejorar su eficiencia, tanto desde el punto de vista de la demanda como de la oferta de servicios y prestaciones.



Es bastante lo que se puede y se debe hacer, porque no todo el gasto sanitario está sujeto al mismo control ni su evolución se ha frenado de igual forma.

Por ejemplo, el gasto público en medicamentos dispensados en farmacia está sujeto a un alto nivel de control. Este gasto es una partida transparente y eficiente dentro del gasto sanitario total, que ha acumulado en los últimos 12 años un total de 23 medidas, reduciéndolo en un 21,9% acumulado en los últimos tres. Sin embargo, esto no ha sucedido con el gasto hospitalario en medicamentos.

3. Mayor movilidad de los pacientes. La internacionalización y sus efectos.

El problema de la sostenibilidad de la Sanidad pública no es exclusivo de nuestro sistema sanitario. Por el contrario, es habitual en buena parte de los países de la OCDE, aunque se presenta de distinta forma y con diferente intensidad en términos de presupuesto, contenido y calidad asistencial.

Esto conlleva que haya países en los que su oferta tecnológica y la innovación científica han registrado mayores avances, atractivos para pacientes de otros sistemas sanitarios extranjeros. Este es el caso de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Por eso, España puede erigirse en **un proveedor de servicios con cargo a los sistemas sanitarios de terceros países, creando así una fuente adicional de exportación y de riqueza. Podemos ser un país de referencia para el llamado turismo de salud.**

Dentro del contexto específicamente comunitario de movilidad de los pacientes, hay que subrayar que el Esquema del Sistema Europeo de Salud debería avanzar en el objetivo de asistencia sanitaria para todos los ciudadanos de los Estados miembros, con sistemas ágiles para hacer frente a los gastos

Un aspecto importante a tener en cuenta a estos efectos será la Historia Clínica electrónica, que, cuando se generalice y sea interoperable, evitará duplicidad de pruebas y fomentará la seguridad clínica.

4. El nuevo modelo de atención a pacientes crónicos.

Es unánime el convencimiento de que, para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, es imprescindible gestionar de forma diferente las enfermedades crónicas, cuya importancia para el SNS puede resumirse en los siguientes indicadores:

- >80% de ingresos hospitalarios,



- >70% de recetas de atención primaria,
- >55% consultas atención primaria,
- >60% consultas hospitalarias,
- >70% presupuesto sanitario.

La atención a los enfermos crónicos debería tener como objetivos fundamentales los siguientes:

- **El aumento de la supervivencia.**
- **El aumento de la calidad de vida de enfermos y de sus cuidadores.**
- **La disminución de ingresos hospitalarios.**
- **La disminución de la medicación.**
- **La disminución de urgencias.**

Dada la importancia de la atención a la cronicidad, es preciso insistir en que la formación de los profesionales en el pregrado, formación especializada y continuada incida en el manejo de las enfermedades crónicas.

La estrategia para el abordaje de las enfermedades crónicas, aprobada por el Consejo Interterritorial, en 2012, ofrece todo un conjunto de recomendaciones y de medidas que requieren constancia por parte de los Servicios autonómicos de Salud. En particular conviene poner el acento en:

- Prevención y promoción de la salud.
- Conocimiento de la enfermedad y de los autocuidados por los pacientes y sus cuidadores, incidiendo periódicamente en ello.
- Participación del paciente y sus asociaciones.
- Mejorar la definición de los roles profesionales.
- Creación de hospitales de subagudos o reestructuración de las plantas necesarias en los hospitales de agudos.
- Definición y estructuración de los procesos asistenciales de las enfermedades crónicas prevalentes.
- Aumento de la capacidad de resolución de la atención primaria en las enfermedades crónicas prevalentes.
- Disminuir la variabilidad clínica.
- Mejora de la evaluación de las interacciones y efectos secundarios de los medicamentos más frecuentemente usados en pacientes crónicos con varias patologías.



- Historia clínica única, en atención hospitalaria, primaria, social, tanto en asistencia pública como privada.
- Receta electrónica
- Mejorar el nivel de cumplimiento terapéutico.
- Mejorar la coordinación de la atención primaria y hospitalaria, detectando periódicamente errores e ineficiencias.
- Coordinación sociosanitaria.
- Investigación.
- Estricto control presupuestario de las medidas que se aborden.
- Estructuras organizativas para su atención en todo el Estado que permita la movilidad real de estos pacientes.

Así pues, es necesario un cambio en el modelo de sistema sanitario - concebido hasta ahora preferentemente para pacientes agudos.

En este nuevo modelo de atención a pacientes crónicos, frecuentemente polimedicados, se debería garantizar una revisión sistemática de la medicación con el fin de detectar problemas relacionados con los medicamentos y mejorar la adherencia a los tratamientos, labor que el farmacéutico puede desempeñar desde la farmacia comunitaria en las condiciones o requisitos que se establezcan al efecto, en colaboración y de forma coordinada con todos los profesionales sanitarios involucrados en el cuidado del paciente (médicos, enfermeras, etc.).

5. Uso responsable de recursos sanitarios por parte de los pacientes.

Fomentar entre los ciudadanos los hábitos de vida saludable y el uso responsable de los servicios de la sanidad pública son factores condicionantes de la "sostenibilidad" del Sistema Sanitario.

Conviene recordar a este respecto que el concepto **sostenibilidad** fue introducido en el "informe Brundtland" (ONU, 1987), bajo una premisa fundamental: **"cubrir las necesidades de la generación actual sin comprometer necesidades de futuras generaciones, procurando equilibrar en todo momento tres pilares básicos: social, económico y medioambiental"**.

Para valorar en qué medida se está respetando esta premisa resulta de interés mencionar que, según el Barómetro Sanitario 2011, último publicado en septiembre de 2012, el 41.2% de los encuestados piensa que con frecuencia se utiliza innecesariamente y el 29.6% que existe mucho abuso.



Así pues, hay mucho por hacer en este orden de cosas. Una de las más importantes es disponer de una cartera básica de servicios preferiblemente en el marco de un Pacto de Estado por la Sanidad.

En la configuración del sistema sanitario público y en el uso del mismo deberían estar muy presentes principios éticos, más allá de meras razones económicas vinculadas a la crisis, pero combinando siempre equidad en el acceso y eficiencia en el funcionamiento de la asistencia sanitaria.

Una de las medidas necesarias para reducir el gasto sanitario es hacer cuanto sea preciso para sensibilizar y motivar a los ciudadanos, desde la escuela y desde los medios de comunicación, así como fomentar su implicación en la gobernanza del sistema sanitario. Sería así como tomarían conciencia los pacientes de sus deberes y de su responsabilidad en el uso de los recursos. Sobre este punto debería incidir el deseable Pacto de Estado por la Sanidad.

6. Déficit en educación sanitaria y en políticas de salud pública.

Una educación planificada desde el nivel infantil y a lo largo del itinerario formativo obligatorio, así como contenidos y criterios estables a largo plazo (entiéndase con impacto en sucesivas generaciones), **es la "clave de bóveda" para generar una arraigada "cultura sanitaria" que mantenga niveles de concienciación solidarios y coherentes, promoviendo la adopción tanto de comportamientos responsables como de actitudes exigentes**, sin margen de tolerancia social para situaciones de abuso ni para argumentaciones demagógicas, pues ambas circunstancias sólo encuentran cobijo en la desinformación.

Una política de información, constante y coordinada en los medios de comunicación (de toda naturaleza tanto de soporte -audiovisual, escrito, internet...-, como de titularidad -pública o privada-) **sobre la Salud Pública, es necesaria e imprescindible para mantener sensibilizada la opinión ciudadana y firmes los hábitos saludables adquiridos, inculcando de forma recurrente el concepto de "corresponsabilidad de los ciudadanos con su propia salud"**, así como con los recursos ofertados para mantenerla y mejorarla que nos lleven, en caso de enfermedad, a afrontarla con los mejores medios de prevención, diagnóstico y tratamiento, potenciando **el aprendizaje de una equilibrada autogestión en los pacientes crónicos**.

7. Acumulación de problemas pendientes en el ámbito de recursos humanos.

Los sistemas de salud se basan en buena medida en los recursos humanos, por lo que todos los países deben asegurar la suficiencia de profesionales sanitarios



para que hagan posible una atención sanitaria adecuada, suficiente y de calidad.

En el ámbito de los recursos humanos llevamos años arrastrando una serie de asuntos que requieren una pronta solución para una mejor gestión de los mismos. Quizás uno de los principales temas que necesita un abordaje inmediato es el **Registro de Profesionales**.

No se pueden llevar a cabo políticas adecuadas sin conocer bien los recursos de que se dispone, y mucho menos se puede llevar a cabo una correcta planificación sin conocer estos datos.

Las implicaciones de este Registro deberían tener su primera repercusión en la determinación del número de plazas necesarias tanto en la formación del grado como en la formación especializada, promoviendo mecanismos de ajuste que ayuden a una correcta planificación en el futuro, evitando problemas como los actuales.

Otro aspecto a considerar es el de las jubilaciones, buscando un equilibrio que dé solución a las necesidades del sistema y a las de los profesionales, tanto los mayores de 65 años que quieran y puedan seguir ejerciendo, como los jóvenes que se integran en el sistema una vez finalizados sus periodos de formación.

Afrontar la situación de determinados colectivos con problemas de titulación o de especialización es otra cuestión que debería figurar también en la agenda de la política de recursos humanos.

Asimismo, habría que considerar la diversidad de situaciones que genera el amplio número de profesiones sanitarias y las relaciones de éstas entre sí.

En la Unión Europea existen cerca de 30 profesiones sanitarias reconocidas. Esta expansión profesional obliga a un marco de respeto competencial y de cooperación en un entorno profesional competitivo. El trabajo en equipo, las llamadas competencias compartidas y la delegación de funciones son, sin duda, importantes retos a los que es preciso dar respuesta e beneficio del sistema sanitario y, sobre todo, de los pacientes.

De otra parte, si queremos cumplir nuestras más amplias ambiciones y contar con una Europa más saludable, debemos ser capaces de formar, atraer, reclutar y mantener a los mejores talentos en todos los sectores de las profesiones sanitarias.

Por otro lado, hay que resaltar que en nuestro sistema sanitario nos encontramos, en distinta medida, con varios tipos de desequilibrio:



- A) **Dotación inadecuada de algunas categorías de personal**, debido a como está concebido nuestro sistema sanitario (polarizado en el hospital). Así, por ejemplo, la dotación de enfermería no se acomoda a los ratios comunitarios y es muy desigual en los distintos niveles asistenciales.

La hipertrofia de recursos médicos en atención especializada choca con una escasa proporción de médicos de familia y de enfermeras comunitarias.

- B) **Falta de equilibrio en la distribución de Recursos humanos entre las propias Comunidades Autónomas**, unas por encima de estándares europeos, en tanto que otras muy por debajo. Este también es el caso de la enfermería.

Una muestra de ello son los resultados de estudios de investigación como el conocido RN4CAST dirigido por la Dra. Linda Aiken de la Universidad de Pensilvania son suficientemente explicativos de que “a mayor número de enfermeras y mejor cualificadas, más vidas salvadas”.

La morbi-mortalidad aumenta en proporción directa con la disminución de los ratios de enfermería en centros e Instituciones Sanitarias.

- C) **Desajustes entre la formación recibida y las competencias requeridas para el ejercicio profesional**. Para resolverlo serían de interés **algunas líneas de acción, que podrían ser las siguientes:**

- **Implementar el sistema nacional de acreditación y re-acreditación** de competencias profesionales.
- Examinar y valorar continuamente las tendencias nacionales y europeas del mercado de trabajo en el ámbito sanitario.
- Perfeccionar los procesos de valoración de las **necesidades emergentes de nuevos perfiles profesionales y proponer nuevas áreas de capacitación y especialización**.
- Fomentar el **incremento de la formación de los profesionales** e
- Invertir en planes de formación de calidad y en el desarrollo profesional continuo.

Por otra parte, en el ámbito hospitalario, y por lo que se refiere a los profesionales farmacéuticos, es necesario promover la correcta planificación de la oferta de plazas en el sistema de formación sanitaria especializada, concretamente las plazas en las especialidades del laboratorio clínico, sobre la base de los principios de igualdad, capacidad y mérito entre los profesionales sanitarios que pueden acceder.

También sería necesario avanzar en el desarrollo profesional del farmacéutico en el ámbito de la Farmacia Comunitaria, ya que ello



contribuirá a proporcionar una asistencia farmacéutica de calidad a la población.

8. Incidencia de los avances en investigación y desarrollo científico y técnico.

El artículo 43 la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud por parte de los poderes públicos a través de medidas preventivas, de prestaciones y de servicios, pero este mandato no debiera quedar reducido a los cuidados sanitarios, ya que avanzar en sanidad requiere apostar decididamente por la investigación en sus distintos niveles y ámbitos.

Un ejemplo de ello es la investigación farmacéutica.

La investigación en materia de medicamento constituye uno de los activos más importantes de un país, entre otras cosas porque la industria farmacéutica no solo se encarga de fabricar medicamentos cada vez más eficaces para salvaguardar nuestra salud, sino que dicha industria, sobre todo si es innovadora, supone una fuente de ingresos considerable.

En efecto, es la industria quien introduce los medicamentos en el arsenal terapéutico, si bien en ocasiones cuenta con el apoyo de grupos de investigación que oferten líneas de I+D fuertemente consolidadas, o bien, ideas suficientemente soportadas.

La investigación farmacéutica actual es cara, ya que los requerimientos que se les exige a los medicamentos en cuanto a eficacia, calidad y seguridad son elevados. Además presenta un fuerte riesgo económico, por lo que podemos afirmar que es escasa, difícil y costosa. Dicha investigación abarca un amplio espectro que va desde el planteamiento de la hipótesis hasta la finalización de los ensayos clínicos, pasando por las partes más básicas y la preclínica.

Pero, para favorecer el mantenimiento de un tejido industrial, es conveniente proporcionar incentivos a las empresas con el fin de que, a su vez, adquieran un compromiso de continuidad, tanto desde el punto de vista de su establecimiento industrial como de acuerdos investigadores.

Los estímulos para la consecución de estos fines pueden ser variados; un ejemplo lo constituye el plan Profarma, según el cual, las empresas presentan unos proyectos de I+D que son evaluados por un comité científico y, según la inversión y su calidad, obtienen una calificación en un ranking, lo que se traduce en una reducción porcentual de la tasa que abonan anualmente con arreglo a la Ley 29/2006.

Por lo que se refiere a la investigación clínica, hay que insistir en que es imprescindible para mejorar la asistencia médica.



En este sentido se debe remarcar que la potenciación de la investigación clínica se consigue, fundamentalmente, a través de la rápida transferencia del conocimiento adquirido en la investigación básica a la práctica clínica.

Esta transferencia se puede realizar a través de los Institutos de Investigación Sanitaria, dependientes del Instituto de Salud Carlos III, en los que se combinan ambos tipos de investigación y en los que concurren Centros Hospitalarios, Universidades y, en ocasiones, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

De igual modo, los programas de formación especializada, y que con la futura Troncalidad tratarán de impulsar una mayor formación transversal en competencias y conocimientos, deberán tener en la investigación un pilar más del desarrollo profesional en las etapas iniciales del ejercicio.

Cabe destacar que la organización de la investigación clínica a través de este tipo de institutos es similar a la organización que existe en muchos países de la Unión Europea y en Estados Unidos de Norteamérica.

9. El marco legal de nuestro sistema sanitario tiene sus columnas básicas en leyes que cuentan con un alto grado de consenso social y político y que son fruto de contextos diferentes (expansión y crisis, descentralización progresiva y culminación del proceso de transferencias), pero siempre se ha partido del respeto a un modelo de asistencia sanitaria gratuita, pública y universal, con mecanismos de cohesión y de solidaridad interterritorial y de cooperación y de coordinación entre las distintas Administraciones sanitarias. También desde el inicio del modelo vigente se ha contado con la colaboración del sector privado. La Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad y el Real Decreto Ley 16/2012 han de entenderse como partes de un todo, que, como es lógico, requiere medidas de reforma y de adaptación para garantizar eficiencia y calidad asistencial. La Subcomisión del congreso de los Diputados para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud habrá de proponer nuevas iniciativas para garantizar el futuro de nuestro modelo, que los ciudadanos valoran de manera especial.

10. Sistema sanitario público descentralizado: Descentralización de los Servicios, definición y racionalización de competencias.

Un modelo descentralizado requiere definir unos servicios mínimos comunes para todas las Comunidades Autónomas con el objetivo de evitar desigualdades. Además, se deben redefinir competencias de asignación y gestión para garantizar el uso efectivo y adecuado de los recursos destinados a sanidad.



Para ello es preciso el desarrollo de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS establecer acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad y la calidad del Sistema Nacional de Salud. Proteger la salud de la población pasa inexorablemente por proteger el acceso, en condiciones de igualdad efectiva, a los medicamentos que necesita y a los servicios que favorezcan su uso responsable.

La nueva cartera básica de servicios que se está elaborando por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las CCAA y las Sociedades Científicas está llamada a ser el principal instrumento a estos efectos.

11. Redimensionamiento de los niveles asistenciales.

La agrupación de recursos y actividades en niveles asistenciales, es comúnmente adoptada por las administraciones sanitarias para establecer su organización y provisión de sus servicios. Hay dos grandes fórmulas empleadas que siguen básicamente dos tipos: el constituido por atención primaria / atención especializada en unos casos y otro constituido por atención ambulatoria / atención hospitalaria. En ambos modelos la complejidad tecnológica de cada nivel y la accesibilidad al mismo se encuentran habitualmente en relación inversa.

Los sistemas sanitarios públicos basados en la universalidad y equidad en el acceso a los servicios, deben dar respuesta a una demanda continuamente creciente con unos recursos limitados. Por ello, se establecen unos servicios sanitarios de primer nivel caracterizados por una gran accesibilidad y por la suficiente capacidad de resolución como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente.

El primer nivel asistencial llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano y pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isocrona razonable desde cualquier lugar de residencia. La dotación tecnológica se compone de aquellos medios necesarios para el manejo de patología prevalente, cuya abundante utilización hace que se consideren recursos rentables. Aprovechando su disposición territorial y dentro de la ciudad y comunidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

En los modelos con nivel primario los profesionales de este nivel ordenan el acceso de los pacientes al nivel especializado mediante pruebas diagnósticas, interconsultas o a derivación del caso con transferencia temporal de responsabilidad clínica sobre el paciente. El nivel primario debe asumir,



posteriormente, la continuidad del tratamiento indicado en el nivel especializado y el control de la evolución del proceso. El nivel primario también determina la intervención del nivel especializado en los casos que superan sus posibilidades diagnósticas y/o terapéuticas, logrando modular el acceso espontáneo de los usuarios a los dispositivos sanitarios de mayor complejidad y coste.

En todo caso, la dimensión de cada nivel asistencial viene dada por los recursos estructurales, profesionales y de financiación históricos.

La dimensión de cada nivel debería ser la necesaria para atender los servicios que preste dentro de su cartera, por lo que la definición de objetivos, procedimientos y recursos resulta fundamental.

Cabría plantearse, como referencia, un posible modelo en función de la siguiente clasificación:

- Centros y Unidades de referencia.
- Hospitales de/o con superespecialidades (quemados, cirugía infantil, etc.)
- Hospitales de agudos.
- Hospitales de subagudos.
- Atención primaria.
- Centros sociosanitarios.

A estos mismos efectos, convendría considerar el papel que en el ámbito asistencial podrían desarrollar las Oficinas de Farmacia.

El examen de la realidad muestra que convendría mejorar el sistema de acreditación de centros, contemplando las técnicas autorizadas y la dotación profesional y técnica para las mismas, de forma que se diferencie y racionalice la dimensión de cada unidad.

Si se contempla el contexto de libre circulación a nivel de la Unión Europea, se debería tener muy en cuenta la dimensión Comunitaria de los Centros de Referencia.

Igualmente la experiencia demuestra que existen nuevas posibilidades a la atención de especialidades a distancia del hospital; así, por ejemplo, se podrían atender cirugía ambulatoria y atención especializada no hospital-dependiente, de modo que viajase el especialista en vez de que viajaran cientos de pacientes.

Salvo la presencia de otras enfermedades intercurrentes que puedan obligar a tratamiento en hospital de agudos, es obvio que el control evolutivo especializado de los enfermos crónicos debe realizarse en hospitales de



subagudos o de larga estancia, teniendo una estructura más eficaz y amable para los pacientes y sus familias.

La atención primaria es muy potente y hace bien la prevención primaria y secundaria, el diagnóstico precoz, el tratamiento y seguimiento de enfermedades intercurrentes y crónicas y la consulta en domicilio. Aumentar la capacidad de resolución de la atención primaria es uno de los objetivos de mayor eficiencia, agilidad y satisfacción para los pacientes. Uno de los principales objetivos de sostenibilidad del SNS.

Pero para ello, se necesita formación continuada, mejorar las habilidades en comunicación, apoyo en recursos diagnósticos sencillos como analítica, sintrom, ecografía, doppler, espirometría, acceso a radiología y otras pruebas más complejas.

Aunque el porcentaje podría ser pequeño, se debería abordar un estudio sobre pacientes hiperfrecuentadores e hiperdemandantes.

Por último, existen determinadas experiencias de gestión, consistentes en equipos de base asociativa (EBA), que han mostrado capacidad de desarrollo si se apoyan y evalúan adecuadamente y se incentivan.

12. Desarrollo de nuevos modelos de colaboración público-privada.

Las fórmulas de colaboración público-privada se entienden referidas a aquellas situaciones en las que una entidad privada gestiona presupuesto sanitario público, conforme a lo previsto en la Ley General de Sanidad de 1986 y en sus disposiciones de desarrollo.

Más allá de su formulación jurídica, la colaboración público-privada puede responder a distintas modalidades, sea la provisión de determinados servicios (procedimientos o intervenciones), sea la gestión de un centro sanitario cuya titularidad, a su vez, puede ser pública, privada o mixta.

Hay que constatar que en todas las Comunidades Autónomas hay modalidades de colaboración público-privada que están contribuyendo a mantener y complementar un sistema sanitario público con altos niveles de equidad, accesibilidad y calidad. Es preciso señalar que esta colaboración es también un factor positivo para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, ya que puede actuar como un aliado estratégico del mismo.

Otra manifestación de la colaboración público-privada es la que representa el modelo español de Oficina de Farmacia, basado en la planificación, por criterios geográficos y demográficos, propiedad/titularidad del farmacéutico y concertación con el Sistema Nacional de Salud.



Este modelo de colaboración garantiza el acceso a la prestación farmacéutica ambulatoria en condiciones de igualdad, facilitando su integración de forma eficiente en el conjunto de las prestaciones sanitarias públicas, a través de los conciertos con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, y posibilitando la implantación de servicios profesionales.

13. Situación de la atención sanitaria a funcionarios.

Los casi 2 millones de funcionarios pertenecientes a las Mutualidades Generales del Estado (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) tienen la opción de elegir de manera voluntaria entre la provisión sanitaria privada a través del concierto con una aseguradora o la provisión sanitaria pública.

Así lo ha confirmado, una vez más, la Ley General de Salud Pública de 2011.

Más del 80% de los funcionarios eligen atención sanitaria privada con unos niveles de satisfacción y de calidad muy elevados, contribuyendo a descargar los recursos del sistema sanitario público.

Se está valorando la posibilidad de extender el modelo con carácter voluntario.

14. Repercusión de las Directivas de la Unión Europea.

A la hora de tomar decisiones que contribuyan a la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud es preciso contar con el marco jurídico comunitario, que afecta fundamentalmente a profesionales y a pacientes.

Entre las principales Directivas hay que mencionar la 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y la 2006/123/CE, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior.

Otras Directivas con especial repercusión son la 86/2003, sobre distribución de la jornada laboral y la Directiva 24/2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia transfronteriza.

Volviendo a la Directiva 2005/36/CE, hay que señalar la repercusión que tiene a efectos del reconocimiento mutuo de cualificaciones profesionales, respecto a seis profesiones sanitarias: médicos, enfermeras, dentistas, cirujanos, veterinarios, matronas y farmacéuticos.

De esta Directiva se desprenden diversas actuaciones que cabe resumir así:



- **Garantizar los requisitos mínimos establecidos en la Directiva 36.** Es algo básico avanzar hacia el establecimiento de 12 años como nivel de acceso en todos los Estados miembros.
- **Actualizar el Anexo V** con nuevos temas objeto de formación y estableciendo el proceso necesario para seguir analizando la incorporación de una lista de competencias al Anexo V.

A este respecto, hay que tener en cuenta también la Tarjeta Profesional Europea, expedida por la autoridad competente, en el Estado miembro en el que se obtiene la cualificación, que debe constituir una herramienta que, no solo facilite la libre circulación de profesionales sino que sea verdadera garantía de calidad y de seguridad para los pacientes.

Es necesario garantizar que al expedir la tarjeta, por parte de la autoridad competente, (e-professional card), el solicitante acredite las cualificaciones adecuadas y cumpla cualquier otra condición establecida en la Directiva (por ejemplo, establecimiento legal, diplomas originales, ausencia de cualquier vulneración o sanción por incumplimiento del Código Deontológico, etc.).

Por lo que se refiere a la Directiva de Servicios, tiene como objetivo prioritario la supresión de barreras a los intercambios intracomunitarios, concretamente la facilitación de las libertades comunitarias de establecimiento y libre prestación de servicios. Es la pieza fundamental que el legislador comunitario aprobó para convertir por fin en una realidad el mercado interior de servicios.

La transposición formal de la Directiva de Servicios se ha llevado a cabo con la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio y con la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la ley 17/2009, respectivamente conocidas como Ley "Paraguas" y Ley "Ómnibus".

Desde el punto de vista de la necesaria autorregulación profesional la directiva aporta elementos sustanciales que se deben respetar.

Podemos citar los siguientes:

- Es necesario establecer que los Estados miembros, en colaboración con la Comisión animen a las partes interesadas a elaborar códigos de conducta comunitarios, especialmente con objeto de fomentar la calidad de los servicios teniendo en cuenta las peculiaridades propias de cada profesión (Considerando 113).



- Los Estados miembros deben fomentar la elaboración de códigos de conducta, en particular por parte de los colegios, las asociaciones y los organismos profesionales a nivel comunitario (Considerando 114).

Estos códigos deben garantizar:

- La independencia
- La imparcialidad
- El secreto profesional

Por último, respecto a la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, hay que insistir en las siguientes garantías que deben ofrecer los profesionales a los pacientes, en particular, la información oportuna sobre:

- a) Disponibilidad, calidad y seguridad de la asistencia que prestan.
- b) Información sobre su situación respecto del registro o la autorización pertinente.
- c) Facturas claras e información clara sobre precios.
- d) Cobertura de su seguro u otros medios de protección personal o colectiva en relación con su responsabilidad profesional.

Es importante señalar que el Estado miembro donde se presta la atención sanitaria tiene la obligación de garantizar que existan procedimientos de presentación de reclamaciones y mecanismos para que los pacientes puedan pedir reparación, de acuerdo con la legislación del Estado miembro de tratamiento, cuando sufran daños de resultados de la asistencia sanitaria recibida.

La transposición de esta Directiva puede conllevar un coste adicional de los servicios sanitarios, no solo el correspondiente a los servicios y tratamientos para los que se tenga que prever el correspondiente reembolso, que exigirá el conocimiento lo más aproximadamente posible a la realidad de los costes de los diferentes procesos, sino por la adaptación de los recursos estructurales de los diferentes servicios de salud para adaptarlos a los requisitos de calidad que la directiva propone.

Por último, sería necesario en materia de receta médica contemplar unos elementos mínimos comunes para todos los países miembros, que deben incluirse en las recetas médicas transfronterizas.



II. NUEVOS OBJETIVOS:

15. Racionalizar la gestión para garantizar principios básicos del SNS: calidad, seguridad, eficiencia, igualdad y cohesión territorial.

En un entorno donde la demanda sanitaria es ilimitada y en el que la capacidad para absorber la misma es limitada, se hace imprescindible, con el fin de poder alcanzar el máximo nivel de prestaciones, la racionalización de la gestión a efectos de conseguir la mayor eficiencia posible.

La racionalización de la gestión debe afectar a todos los recursos del sistema, con independencia del origen de su financiación -público o privado-, del nivel asistencial –primaria, especializada, sociosanitaria-, o del entorno poblacional de referencia –municipal, autonómica o estatal- y debe de tener su punto de partida en una correcta planificación de los recursos sanitarios puestos a disposición exclusivamente en función de las necesidades sanitarias, con la suficiente capacidad de adaptación como para ajustarse a los cambios de esas necesidades y teniendo como única referencia el cumplimiento de unos determinados resultados sanitarios.

Los resultados en salud son el origen y el fin de todo sistema sanitario y el cumplimiento de los objetivos en función de ellos son la máxima garantía de una gestión eficiente, segura y de calidad para los ciudadanos.

16. Análisis y control de costes.

La eficiencia entendida como la mayor efectividad al menor coste posible se consigue cuando se tiene capacidad de analizar pormenorizadamente los costes particulares singularizables para ver dónde puede mejorar el sistema sanitario en su conjunto.

Los recursos se deben de gestionar tomando como base el análisis de los procesos pequeños, para luego administrar los grandes recursos. El sistema sanitario está compuesto de multitud de actos y de procesos y no se puede saber si realmente el sistema alcanza los máximos niveles de eficiencia si no se miden económicamente los procesos asistenciales a todos los niveles tanto aisladamente como en su coordinación.

Partimos de un modelo sanitario en el que básicamente lo que ha importado son los resultados sanitarios poblacionales globales sin entrar suficientemente en el análisis particular de los procesos porque la única prioridad del sistema era el nivel de prestación sin la necesidad de preocuparse sobre las prácticas de gestión para la optimización del coste por proceso y se hace preciso un cambio



en el modelo, que pase por saber cuánto nos cuestan las cosas para saber hasta dónde puede llegar la cobertura sanitaria en función de la capacidad financiera del sistema.

17. Mayor inversión en salud pública (prevención de enfermedades y promoción de la salud).

Para dar cumplimiento al derecho constitucional de la protección de la salud, se requiere la existencia de un sólido sistema de salud pública, ya que está sobradamente demostrado que un alto nivel de salud pública es uno de los más destacados indicadores de desarrollo humano y social en un país.

La inversión en salud pública es la mejor garantía para prevenir enfermedades, por lo que la inversión en ella es una de las políticas públicas más rentables y de mayor alcance social y por ello una de las más eficaces formas de contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

La existencia de un buen sistema de salud pública exige concienciación ciudadana y compromiso de los agentes encargados de velar por ella, en particular las administraciones implicadas.

Para mantener un nivel adecuado de salud pública se requiere suficiente anticipación y previsión en las medidas a establecer, ya que los objetivos de salud pública no se logran a corto, sino a medio y largo plazo.

Para conseguir los niveles apropiados de salud pública es preciso que exista una adecuada coordinación entre los dispositivos de salud colectiva, las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios y las acciones y programas no sanitarios que tienen efecto sobre la salud.

Las actuaciones en salud pública requieren una implantación que ofrezca garantías de máxima calidad, cohesión en el uso de los recursos humanos y una organización adecuada que responda a los retos cambiantes actuales, por lo que será necesario atender a estos requisitos.

La movilidad transnacional creciente de personas y animales y el comercio globalizado de mercancías, supone un reto de importancia creciente para la salud pública de nuestro país, por lo que va a requerir una reformulación de objetivos y un refuerzo de las medidas de salud pública existentes.

Un buen sistema de salud pública requiere de una permanente y bien organizada vigilancia y la existencia de una adecuada información ciudadana, por lo que es necesario potenciar los servicios de información contando con una red de centros bien coordinados.



Es necesario potenciar la red de vigilancia en salud pública y los sistemas de alerta precoz y respuesta rápida, para la detección y evaluación de riesgos y otras situaciones que pueden suponer una amenaza para la salud de la población.

La eficacia y eficiencia de las acciones de salud pública se multiplican cuando se implantan o se ejercen de forma coordinada a nivel nacional e internacional, por lo que es clave el establecimiento de un sistema estatal que garantice la coordinación y cooperación de las distintas administraciones públicas en materia de salud pública y todo ello en un marco internacional.

Es preciso estimular la creación de equipos multidisciplinares integrados y adecuadamente entrenados (con la formación adecuada), con la participación de diversos profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, veterinarios, enfermeros) para afrontar los problemas existentes y los nuevos retos de salud pública que con seguridad habrá que afrontar en el futuro próximo.

Los servicios y establecimientos sanitarios, y en especial los de atención primaria y farmacias, deben asumir un papel cada vez más relevante en la acción preventiva y en la salud comunitaria, en tanto que son los que reciben información directa y actualizada.

Se requiere establecer una organización más eficiente que aproveche la experiencia y el conocimiento de los profesionales de salud pública, incentivando su motivación y actualizando su formación a través de su inserción en la carrera profesional prevista en la LOPS.

Debe favorecerse la disponibilidad de infraestructuras apropiadas para las actividades de salud pública (laboratorios y demás instalaciones y recursos físicos y virtuales) que cubran las necesidades específicas en materia de salud pública y aseguren la calidad de los servicios.

Es necesario prestar una mayor atención a la definición de los determinantes de salud en los diversos ámbitos sociales, con especial atención al ámbito laboral y al medioambiental.

Las asociaciones de pacientes, junto con los profesionales, tienen un rol importante en la información sobre autocuidados a sus asociados, que constituye una importante prevención terciaria.

Se deben editar guías de autocuidados, de acuerdo con las sociedades científicas y ser regularmente revisadas.

Mejorar la comunicación de los efectos adversos y complicaciones y la prevención cuaternaria, de acuerdo con las sociedades científicas.



Por último, la Red de Farmacias existentes en España puede colaborar activamente en este tipo de políticas por su condición de establecimientos sanitarios estratégicos, en coordinación con el resto de estructuras sanitarias del Sistema Nacional de Salud

18. Seguridad alimentaria y nutrición.

La seguridad alimentaria está considerada en la actualidad un derecho inalienable y es una exigencia irrenunciable de los consumidores, pero también un factor fundamental de sostenimiento y mejora de la competitividad de la economía española, que cuenta con un potente sector agroalimentario.

Tradicionalmente en nuestro país ha existido una gran preocupación por garantizar la inocuidad de los alimentos y ha contado con sistemas de control alimentario de los que la administración se ha hecho responsable.

Pero tras las últimas crisis alimentarias ocurridas en la UE y en nuestro país, entre las que la encefalopatía espongiforme transmisible y la intoxicación provocada por el aceite de colza fueron respectivamente las más relevantes, la población ha puesto en cuestión la seguridad de los alimentos que consumen.

Las medidas derivadas de la aplicación del conjunto legislativo promulgado por la UE conocido como paquete de higiene de los alimentos, como respuesta al principio de que la seguridad de los alimentos ha de ser garantizada desde las primeras fases hasta que son consumidos por los ciudadanos, han contribuido a una mejora sustancial de la seguridad de los mismos.

Asimismo, han contribuido a la mejora de la seguridad alimentaria la aplicación de los sistemas de autocontrol y de trazabilidad de los alimentos, derivados del principio de que la responsabilidad de la seguridad del alimento corresponde fundamentalmente al operador de la cadena alimentaria, tanto en el sector primario como en la transformación industrial, la distribución y la comercialización.

No obstante, en el escenario actual es necesario mejorar la calidad de los referidos sistemas de autocontrol alimentario, sometiendo a los mismos a sistemas precisos de auditoría y vigilancia, a través de los preceptivos controles oficiales.

Por ello es necesario potenciar dichos controles, que son la mejor garantía de independencia, cuidando a los profesionales implicados, preocupándose de su actualización formativa permanente y permitiendo su acceso a la carrera profesional contemplada en la LOPS.



Es preciso dedicar una especial atención a la seguridad alimentaria en el ámbito de la restauración, especialmente sensible en un país turístico como el nuestro, vigilando la formación del personal y la observancia de las buenas prácticas.

Es necesaria la realización de nuevos estudios de dieta total que ilustran, sobre datos objetivos y científicamente basados, la exposición de los consumidores a contaminantes, residuos, aditivos, aromas o migrantes de materiales en contacto con alimentos, con la finalidad de poder establecer mejores políticas de gestión de riesgos.

Hay que dedicar esfuerzos particulares a la previsión de los riesgos emergentes para la cadena alimentaria, con la finalidad de poder adoptar a tiempo medidas correctoras y evitar crisis alimentarias, que provocan graves pérdidas económicas y de la confianza de los consumidores.

Es necesario mejorar el funcionamiento, estructura administrativa y dotación de recursos humanos y materiales de los puestos de inspección fronteriza, para garantizar la calidad y eficacia de los controles de los alimentos que acceden a nuestro país.

La administración debe exigir a los operadores económicos la obligación de suministrar a los consumidores la máxima información posible sobre la naturaleza y componentes de los alimentos en un lenguaje entendible, mejorando el etiquetado de los mismos.

Asimismo, debe fomentarse la educación de los consumidores en materia alimentaria con la finalidad de fomentar actitudes responsables ante el hecho alimentario y para que puedan realizar una elección informada.

Es preciso reforzar el papel de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, dotándola de mayores recursos humanos y materiales, a la vez que garantizando al máximo su independencia.

De otra parte, los farmacéuticos comunitarios, tanto por su formación como por su cercanía y accesibilidad, son profesionales idóneos para fomentar hábitos sanitarios correctos, entre ellos los alimentarios. Asimismo, la red de farmacias son establecimientos estratégicos para, en colaboración con la AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición), difundir información relativa a la seguridad alimentaria y nutrición, y concretamente colaborar en el sistema de alertas alimentarias, en situaciones en las que está comprometida la salud de la población.



19. Hacia un nuevo modelo de gestión clínica.

El actual modelo organizativo de la sanidad se está mostrando difícilmente compatible con una sostenibilidad a medio y largo plazo del Sistema Nacional de Salud. Se necesita una nueva definición del modelo organizativo, que incluya cambios en el modelo de gestión clínica y en el sistema de contratación de profesionales.

La gestión clínica actual se concibe como un proceso organizativo que, partiendo de los recursos humanos y materiales actualmente disponibles, incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión. Las Unidades de Gestión Clínica deben plantearse diferentes objetivos, entre los que destacan:

- a. Optimizar el uso de los recursos disponibles. La redacción de guías clínicas, de protocolos de actuación (para reducir la variabilidad clínica no aceptable) y de hojas de ruta de los pacientes, así como la creación de figuras organizativas del tipo de Gestor/a de Casos son ayudas organizativas que podrían permitir esta optimización.
- b. Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros. Para ello, se debería disponer de la suficiente flexibilidad laboral que permitiese que los profesionales recibieran gratificaciones económicas y de otro tipo relacionadas con el logro de objetivos de gestión.
- c. Reforzar la comunicación asistencial y la integración organizativa entre los niveles de atención primaria y especializada incluyendo las oficinas de farmacia.
- d. Mejorar la organización del trabajo, con la ayuda de herramientas informáticas que permitan una planificación temporal precisa de todas las actividades
- e. Elevar la satisfacción de los pacientes, ofreciéndoles no sólo una asistencia de la mayor calidad técnica sino también una atención personalizada, con especial atención a mantener los horarios de citas y dedicar un tiempo suficiente a cada paciente
- f. Fomentar cuando sea rentable la Gestión por Procesos, con una implicación estructurada y predefinida de todos los profesionales de los distintos niveles relacionados con el proceso.
- g. Facilitar la movilidad de pacientes entre centros cuando deban ser sometidos a intervenciones terapéuticas sofisticadas, que son mucho más baratas en centros experimentados en dichas intervenciones.



20. Mejor y más eficiente gestión de los procesos asistenciales.

Uno de los problemas que aqueja nuestro sanitario es derivado de la fragmentación de la atención sanitaria. Es necesario rediseñar la organización del sistema sanitario para eliminar la compartimentación, fragmentación y dispersión que genera ineficiencias y posibilitar un sistema integrado de atención.

En los hospitales el paciente es atendido en función de su estado clínico o grado de afectación de determinado órgano o padecimiento. Este modelo debe ser superado por uno que atienda al paciente de manera integral.

El objetivo es que la organización sanitaria se diseñe centrada en el paciente para proporcionarle la atención adecuada, es decir la mejor opción diagnóstica o terapéutica con la máxima calidad y seguridad en el momento que la precise. Ese debe ser el criterio que presida el derecho de accesibilidad y de equidad.

El modelo actual basado en atención por episodios en los hospitales, la deficiente conexión entre la atención primaria y la especializada y la atención secuencial, de traslado a otro hospital según la necesidad en atención especializada deber ser superado por un modelo de atención integral e integrada, que gire en torno al paciente y que incorpore toda la información clínica del mismo ya provenga del sector público o privado. Para alcanzar este objetivo se requiere la gestión compartida entre los distintos niveles asistenciales y especialistas de los pacientes agrupados por “procesos”. Se entiende el proceso como la agrupación de aquellas situaciones clínicas que tienen características comunes en su atención. Además suelen tener frecuencia elevada o necesidades muy específicas en su atención médica, con alto impacto en resultados, elevado consumo de recursos y margen de mejora.

Para su implantación debe realizarse con protocolos y guías clínicas, que se deben acompañar de indicadores y estándares de calidad y seguridad.

Las guías clínicas y protocolos del Sistema Nacional de Salud deberían ser únicas, dinámicas, transparentes y abiertas en su creación a la participación profesional.

Se debe disponer de sistemas de análisis y evaluación para la asignación adecuada de recursos.

Se trata de eliminar la variabilidad injustificada, disminuir las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, corregir el consumo inapropiado de recursos al eliminar las acciones inadecuadas. Se logrará una mayor coordinación entre profesionales y se creará un mayor compromiso y responsabilidad en el ámbito de su actuación.



Este sistema se basa en la visión de los procesos como el devenir del paciente a través del sistema sanitario con el deseo de conseguir una respuesta única y de la máxima calidad a las necesidades y problemas de salud.

Como contexto partimos de un sistema que no favorece al paciente y que con frecuencia le traslada la organización de sus servicios fragmentada y dividiendo la asistencia como si cada actuación sobre la misma persona correspondiese al de un paciente diferente

La gestión integral del proceso asistencial, obliga a la creación de **redes asistenciales** para garantizar la calidad, seguridad y eficiencia en la atención al paciente. Esto de manera especial en aquellas patologías o procedimientos que tengan un grado de complejidad que requiera un alto grado de especialización y de práctica continuada para garantizar la calidad.

El nuevo diseño debe estar “centrado en el paciente”, no en el órgano enfermo o en la técnica aplicada, y debe moverse la organización alrededor del paciente y no que el paciente “peregrine” a través de la organización. Este rediseño debe hacerse a diferentes niveles.

La concentración de actividad propicia el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles allí donde la prestación se pueda hacer mejor. Esto tiene un efecto virtuoso también sobre la calidad al tener profesionales más y mejor entrenados y experimentados. No se puede hacer de todo en todas partes. Hay que primar a los centros excelentes por razones de eficiencia.

Médicos, Enfermeros, Farmacéuticos y otros profesionales de la salud comparten la misión de garantizar un uso seguro, responsable, efectivo y eficiente de los servicios, intervenciones sanitarias y medicamentos, teniendo como objetivo último optimizar los resultados en salud.

21. Medir no sólo actos, sino resultados en salud.

Habitualmente, la información sobre el Sistema Nacional de Salud se ha centrado en los actos llevados a cabo por los profesionales, pero se han explicitado menos que los resultados en salud que, en definitiva, son los que dan sentido al propio Sistema.

Es cierto que la medición de resultados debería incluir no sólo los resultados económicos y de actividad asistencial, sino sobre todo los resultados centrados en el paciente.

En lo relativo a la actividad asistencial son fundamentales los indicadores de calidad y de eficiencia.



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

En todo caso, hay que disponer de una información estandarizada, que, por otra parte, debería hacerse transparente, pero con respeto escrupuloso a la protección y confidencialidad de los datos clínicos.

El sistema sanitario es opaco para los ciudadanos.

Es necesario de manera urgente ser transparente aportando los resultados de gestión de los recursos, de la calidad de las prestaciones y de la seguridad de las mismas.

En un momento en que además hay que tomar decisiones de reorientar los recursos obligados por la necesidad de hacer un uso más eficiente para obtener el compromiso y confianza de los ciudadanos ser transparente es más necesario.

Esta tarea es factible: la mayor parte de los datos existen, su recogida consume cuantiosos recursos y únicamente se requiere voluntad de compartirllos públicamente.

No debe seguir acogiéndose a una especie de “secreto” que protege a los centros sanitarios.

No debe seguir existiendo excusa para mantener secreta información que no afecta a ninguna confidencialidad

Debe publicarse para que puedan ser objeto de análisis comparativo.

Convertir la Historia clínica en base de datos e indicadores de calidad y eficiencia

La toma de decisiones en la práctica clínica está usualmente basada en la evidencia científica, quien define la *eficacia* de una intervención en condiciones ideales (usualmente ensayos clínicos). Sin embargo, los resultados de una intervención terapéutica suelen ser diferentes cuando ésta se generaliza a la población general de la práctica clínica real, lo que define el concepto de *efectividad*. Finalmente, el concepto de *eficiencia* define el valor de una intervención considerando los menores inconvenientes y los costos de la misma tanto para la persona como para el conjunto social.

La toma de decisiones en relación con las intervenciones terapéuticas, empezando por la aprobación y financiación de nuevas terapias costosas, se basa exclusivamente en la eficacia demostrada en ensayos clínicos.

En el momento actual, no estamos midiendo la efectividad de las terapias costosas, sólo conocemos su eficacia. Dado el coste actual de muchos de los nuevos medicamentos, se hace imperioso el establecimiento de sistemas de



evaluación de la efectividad de dichos medicamentos, basándose en datos reales obtenidos prospectivamente.

Sería recomendable implementar dos medidas correctoras:

1. Establecer un sistema de Financiación Condicional, que permitiera la revisión de la financiación de los medicamentos tras conocer su verdadera efectividad en la vida real. Para ello, debería definirse una metodología de evaluación de la eficiencia terapéutica de los nuevos fármacos en el Sistema Nacional de Salud.
2. Favorecer la realización de estudios clínicos con los nuevos fármacos, para definir nuevos esquemas terapéuticos o nuevos nichos de aplicación en los que el medicamento fuera más eficiente. Estos estudios podrían ser sugeridos al propietario del fármaco o bien realizados de forma académica, por investigadores del Sistema Nacional de Salud y con el apoyo de la financiación Instituto Carlos III.

22. Potenciar la Atención Primaria, la Sociosanitaria y la Domiciliaria. Promover la creación de equipos multidisciplinares de profesionales sanitarios.

Deberían establecerse programas encaminados a:

1. Incrementar la información de la población general sobre aspectos sanitarios que se refieran a enfermedades de gran prevalencia (por ejemplo, vacunaciones, campañas de cribado de cáncer)
2. Deben establecerse unas relaciones más estrechas entre la Atención Primaria y la especializada, especialmente la Hospitalaria.

Debería potenciarse la atención domiciliaria en numerosas especialidades, con equipos de soporte hospitalario que incluyeran médicos y enfermeras y **farmacéuticos comunitarios**.

Mejorar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, potenciarán un sistema sanitario sostenible porque con ello se podrá prevenir la cronicidad.

Asimismo, se deberían potenciar equipos multidisciplinares en los que los distintos profesionales implicados puedan llevar a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos que faciliten el reparto de tareas de acuerdo con las responsabilidades y competencias propias de cada profesional.

Un porcentaje relativamente elevado de las personas mayores, desea ser tratados y cuidados en sus domicilios, motivo por el cual deberán ponerse en marcha alternativas a la hospitalización tradicional, así como al internamiento socio-sanitario, potenciar el desarrollo de hospitales de día, centros de día, hoteles de pacientes y atención domiciliaria alrededor de los grandes hospitales y centros de salud, utilizando las tecnologías de la comunicación e información



y los sistemas de tele-asistencia.

23. Impulso de la E-health como factor de transformación en la gestión asistencial. Identificación del paciente y su historia clínica.

La *E-Health* significa utilizar las nuevas tecnologías para obtener diferentes objetivos: primero, eficiencia en costes; segundo, acceso a la información clínica; tercero, monitorización de parámetros clínicos en remoto; y cuarto, el "*compromiso social*" del paciente como sujeto activo de su salud.

La eliminación del papel en el entorno asistencial y el disponer de la información asistencial de un paciente on line, desde cualquier sitio y en cualquier momento deben permitir proveer asistencia de forma diferente

Siendo las E-Health parte indispensable del futuro del sistema sanitario, será necesario planificar y priorizar las inversiones en esta área, promoviendo siempre que sea posible el trabajo en red.

El acceso normalizado a la información médica que proporcionaría la homogeneización/compatibilización de las historias clínicas sería clave para el análisis estadístico y epidemiológico de los procesos patológicos, proporcionando una visión imprescindible para adoptar decisiones, de ámbito muy diverso, en políticas sanitarias convergentes hacia la sostenibilidad del sistema.

24. Corrección del déficit público sanitario e implantación de mecanismos para evitar desviaciones presupuestarias.

Es evidente que el déficit sanitario estructural pone en peligro la viabilidad y sostenibilidad del sistema.

La deuda acumulada a finales de 2011 alcanzó los 16 mil millones de euros. Esta cifra expresa de una manera inequívoca la gravedad del problema, al que ha habido que hacer frente con medidas excepcionales a través del Plan de Pago a Proveedores y del Fondo de Liquidez Autonómico.

Por ello es necesario establecer mecanismos y actuaciones, tanto desde el punto de vista de la prestación de los servicios como de la gestión de la demanda de las mismas y además definir criterios de financiación adecuados.

Se deberían aprobar presupuestos en los que estén presentes los criterios de estabilidad, suficiencia y eficiencia, garantizando la equidad en el acceso a las prestaciones por parte de todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud.



Se deberían establecer mecanismos para la detección de las desviaciones por medio de la implantación de sistema de control presupuestario (indicadores de gestión).

25. Financiación.

La demanda sanitaria actual requiere de una financiación adecuada para poder sufragar las necesidades de la población, enmarcándola en la cartera de servicios que el SNS garantiza para todos los españoles, lo que hace posible el acceso a los servicios y prestaciones en condiciones de equidad.

A las fuentes de financiación presupuestarias tradicionales (Presupuestos de las Administraciones Públicas), habría que añadir otros posibles nuevos ingresos, como, por ejemplo, los procedentes del cobro cuando existe un asegurador a cargo de la cobertura del proceso del paciente.

Asimismo se debería avanzar hacia un cambio cultural que generase el estado de opinión favorable para recabar fondos privados, de particulares y empresas, destinados a financiar tantos trabajos de innovación e investigación, formación universitaria y de postgrado, así como la asistencia sanitaria propiamente dicha. Habría que implementar incentivos fiscales para la donación en cualquiera de los niveles citados. Ello contribuiría al desarrollo del mecenazgo en este ámbito social de tan singular importancia.

Hay que destacar la importancia que tienen instrumentos extraordinarios para situaciones puntuales de dificultad financiera como lo demuestra la experiencia del Plan de Pago a Proveedores y el Fondo de Liquidez Autonómico.

26. Políticas en materia de inversión y deuda.

Es preciso realizar previsiones de futuro, no sólo en el ámbito de recursos humanos sino también en la renovación y actualización de los equipamientos sanitarios con la finalidad de conocer las necesidades reales de inversión priorizando las necesidades en función de los niveles de financiación y tratar de evitar la generación de deuda no predicha.

Las políticas de inversión deben pasar por una adecuada planificación y *evaluación* de la tecnología con la finalidad de que exista un uso compartido y eficiente de los recursos públicos y privados, tratando de optimizar la inversión con el máximo empleo de la misma, para evitar “*costes hundidos*” o infrautilización de la actividad.



27. Consideración del conjunto de los recursos, públicos y privados, a efectos de planificación sanitaria.

A efectos de la planificación, ordenación y gestión del conjunto del sistema sanitario se deberían de considerar todos los recursos tanto públicos como privados.

Desde la perspectiva del paciente, sería de especial importancia que el modelo de Historia Clínica sea común a efectos de provisión pública o privada, evitando así la necesidad de duplicar pruebas o generar ineficiencias.

La colaboración entre el sector público y el privado, establecida en su día por la Ley General de Sanidad, admite muy diversas modalidades y manifestaciones tanto en el ámbito asistencial como en el ámbito de la prestación farmacéutica.

En este sentido, el modelo farmacéutico español - mediante la planificación, en base a criterios geográficos y demográficos, la propiedad/titularidad del farmacéutico y la concertación con las CCAA - garantiza equidad, calidad y cohesión en el acceso al medicamento y facilita la universalización de nuevos servicios.

28. Hacia un Pacto Sanitario.

La sostenibilidad de un sistema sanitario se basa en garantizar las prestaciones sanitarias con calidad, en un tiempo breve, con capacidad de resolución y con satisfacción de los ciudadanos.

Para ello, desde hace tiempo se viene demandando un gran Acuerdo, similar al Pacto de Toledo sobre Pensiones, a fin de consolidar y dar futuro al Sistema Nacional de Salud.

Desde una perspectiva estrictamente sanitaria, además de los Grupos Políticos se considera necesario contar con las aportaciones y propuestas de las distintas Administraciones Sanitarias, los profesionales y sus organizaciones representativas, así como los pacientes.

El Acuerdo debe garantizar un modelo de asistencia sanitaria público, gratuito y universal, en el que se establezcan mecanismos de equidad en el acceso a las prestaciones, igualdad entre los ciudadanos y solidaridad y cohesión interterritorial, así como la coordinación de los servicios sociales y sanitarios.

El funcionamiento del Sistema Sanitario, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad de 1986, debería contar con todas las entidades e instituciones que operen en el sector.

Los trabajos en curso en el seno de la Subcomisión par ala Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud constituida en el Congreso de los Diputados, deseablemente deberían traducirse en acuerdos, criterios y compromisos en beneficio de la sostenibilidad del modelo.



29. Aprobación de una Cartera básica de servicios.

El primer paso para poder contar con un sistema sostenible, es el determinar una cartera de servicios real, accesible y universal que permita a toda la población poder tener alcance a unos determinados servicios sanitarios mínimos en condiciones de equidad. Esta cartera de servicios mínimos debe asegurar las necesidades sanitarias reales dejando de lado aquellas que respondan más al cumplimiento de expectativas de carácter social.

Es necesario definir cuáles son las prestaciones en el conjunto del SNS, para cuáles es necesario la participación del usuario y cuáles, al menos de momento, no entran. Se deben innovar medidas de modo que el copago no sea un freno a la asistencia de calidad y en un tiempo razonable: Si un paciente no puede pagar, el reembolso puede correr a cargo de los servicios sociales.

Las nuevas prestaciones no solo deben ser evaluadas antes de su incorporación, si no dotadas y evaluadas periódicamente.

A semejanza del modelo inglés, sería altamente conveniente establecer una Agencia Estatal, autónoma e independiente, para la evaluación de las tecnologías y de las prestaciones sanitarias, culminando así el proceso de integración promovido por el Real Decreto 16/2012, a través de una Red de Agencias Autónomas, simplificando así procedimientos, introduciendo mayor transparencia y seguridad y ahorrando costes.

Dentro de la cartera común de servicios del SNS, concretamente en la cartera común suplementaria, deberían establecerse junto con la prestación farmacéutica otros servicios asistenciales que pueda ofrecer la Farmacia Comunitaria en respuesta a las necesidades sanitarias actuales en las condiciones o requisitos que se establezcan al efecto.

30. Reforma de Fondo de Cohesión.

Sería necesario recuperar el sentido y la funcionalidad del Fondo de Cohesión, previsto en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, y, por tanto, recobrar su carácter de herramienta de solidaridad interterritorial, flexible en su gestión, especialmente a través de la dotación de Planes Integrales de Salud.

La recuperación plena del Fondo de Cohesión, congelado durante años y no siempre destinado a objetivos prioritarios, permitiría que la Administración General del Estado garantizase a los pacientes, con independencia del lugar en que vivan, condiciones de igualdad en el acceso a los avances en el abordaje de patologías de especial prevalencia.



31. Fortalecimiento de los Programas de promoción de la salud pública.

Desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en los que se integre la actuación de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc.). Estos programas abordarán la educación para la salud, la seguridad alimentaria, los hábitos saludables, la detección precoz y el cribado de enfermedades, etc.

A estos efectos la implementación de la Ley General de Salud Pública de 2011 se convierte en una necesidad, reordenando recursos y medios. La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades son los mejores aliados para la sostenibilidad del Sistema Sanitario y para la calidad de vida de los ciudadanos.

Además de otras iniciativas mediante planes estratégicos que tengan en cuenta los determinantes de salud, es de interés señalar las actuaciones y los programas que en esta materia desarrollan las farmacias como establecimientos sanitarios, cercanos y accesibles.

32. Nueva política de recursos humanos: planificación/programación y organización con un permanente referente deontológico.

Desarrollar una política de recursos humanos integral, consensuada con los profesionales, que contemple las necesidades reales de la población a la que atienden. De esta manera se podrá dotar del personal necesario, concretando la formación permanente y el adecuado desarrollo y práctica profesional, tanto en el ámbito público como en el privado.

En la nueva política de RRHH es fundamental la colaboración con las correspondientes organizaciones colegiales sanitarias, reconociendo y potenciando las funciones que, en este ámbito, vienen desarrollando.

Se considera necesario definir el Desarrollo Profesional para todos los titulados sanitarios, con independencia de su adscripción o no a la Administración Pública.

En este sentido, hay que considerar la importancia que tienen los compromisos establecidos entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Foro Profesional de los Médicos y los Acuerdos con el sector de Enfermería, -y los que se puedan alcanzar con otras profesiones-, cuya agenda de conversaciones pone el acento en la ordenación de los recursos humanos, en el empleo en el sector, en la formación y en la gestión clínica como factor dinamizador.



33. Promover la integración funcional de servicios y de niveles asistenciales.

Es necesario aprovechar mejor los servicios existentes y sobre todo coordinar su funcionamiento para mejorar la eficiencia.

Para contribuir a esto es necesaria una modificación de la organización que debe ir dirigida a poder dar respuesta con el mejor tratamiento a los pacientes agrupados en torno a determinados procesos asistenciales que comparten una patología común y características determinadas. Evitar redundancias de los actos médicos, eliminar exploraciones e intervenciones innecesarias y aumentar sobre todo la seguridad del enfermo, ya sea en consultas puntuales, intervenciones programadas, seguimiento del enfermo crónico o atención del paciente agudo y grave.

Las tecnologías de la información Tics proporcionan la herramienta para el funcionamiento de la redes asistenciales. La red informática permite la relación continua en el trabajo entre individuos o grupos, para manejo de problemas a través de diferentes servicios o instituciones y mejorar el manejo e instaurar el mejor tratamiento. Trabajar “en red” permite un trabajo continuo entre instituciones, elimina barreras entre servicios, mejora el acceso a los cuidados ya sean médicos, quirúrgicos, urgentes o programados, y sobre todo ponen al paciente en el centro de la atención.

El principio de la universalidad de la atención médica no debe implicar la fragmentación de las estructuras sanitarias. La accesibilidad al sistema sanitario no es sinónimo de proximidad, especialmente si se cuenta con un adecuado sistema de transporte sanitario asistido. Las nuevas tecnologías permiten acceder a las pruebas diagnósticas (centralizadas) a través de medios informáticos que han demostrado su validez y utilidad. Esto tiene enorme impacto en determinados procesos asistenciales.

Una puede abarcar a toda la Comunidad o varias Comunidades incluyen centros de referencia para patologías especiales que requieren personal experto en su realización y que para mantener ese grado de habilidad o suficiencia necesita realizar un **número mínimo** de exploraciones anuales.

34. Garantizar dotación suficiente para patologías prevalentes.

Para el desarrollo de los recursos humanos de salud en esta área (planificación, gestión y desarrollo) en lo concerniente a las enfermedades prevalentes es preciso un planteamiento interdisciplinario, intersectorial y de múltiples servicios.



Así se reconocen las funciones complementarias de los profesionales de los servicios de salud y se valora la contribución de las distintas disciplinas. Se precisan las aportaciones de los principales interesados: consumidores, dispensadores de servicios, personal docente, investigadores, empleadores, directivos, administraciones, financiadores y organizaciones de profesiones de salud.

Cualquier reforma en aras de la sostenibilidad no puede obviar las patologías más prevalentes. La inversión de la pirámide demográfica y el aumento de la vida media traen consigo irremediabilmente la cronificación de determinadas patologías. Y del mismo modo la prevalencia de enfermedades como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares supondrán un reto en la gestión de los recursos y la asistencia. Por eso es importante que en éstas se determinen unos principios aplicables a todo el estado que se acompañen de una dotación suficiente para cumplir con las exigencias de equidad, calidad y seguridad. El ajuste de los tiempos entre el diagnóstico y la instauración de tratamientos, la garantía de cubrir desplazamientos de los pacientes a la hora de realizar terapias continuadas (p.e. radioterapia o quimioterapia), así como la determinación de protocolos de tratamiento ajustados a coste-efectividad, deberán ser el pilar para gestionar con garantías un grupo de enfermedades que por su prevalencia suponen un gran impacto en la sociedad.

Del mismo modo se deberán arbitrar mecanismos para el tratamiento de otro tipo de enfermedades denominadas “raras” debido a su baja prevalencia. Estas patologías llevan a sus enfermos y sus familiares a poder quedar en exclusión debido a la inexistente o mínima capacidad de respuesta. Pero además, gracias a los avances médicos, muchas de las personas que padecen enfermedades raras están alcanzando supervivencias que antes no llegaban ni siquiera a plantearse. Esto supone un gasto personal y económico para las familias/cuidadores como para el estado. Por eso debería crearse una institución central que diera respuesta no sólo médica a este tipo de patologías. Una estructura del tipo de la NIH americana donde se puedan canalizar los casos de enfermedades raras y se entreguen recursos a personal especializado que ayude a diagnosticar, en primer lugar, y después a tratar y acompañar en el proceso de la enfermedad, sin dejar de lado la investigación.

35. Nueva política integral farmacéutica (coordinación administraciones públicas, transparencia, rigor, participación, estabilidad, previsibilidad y nuevos servicios).

La nueva política sanitaria debe reafirmar y custodiar la equidad de la prestación farmacéutica en todo el Estado.



En el ámbito de la financiación de medicamentos es necesario establecer un modelo colaborativo, basado en la corresponsabilidad y en la evaluación de resultados. Una vía a estudiar es el sistema de riesgo compartido, vinculando la financiación a los resultados reales obtenidos con el medicamento innovador, no solo a la evaluación inicial.

Es estratégico que la nueva política integral farmacéutica consolide el modelo de Farmacia español orientado al paciente, a través de servicios asistenciales, y refuerce su papel como activo fundamental dentro del Sistema Nacional de Salud.

Impulsar servicios asistenciales a través de la Farmacia Comunitaria para dar respuesta a necesidades sanitarias actuales en Salud Pública, atención sociosanitaria, atención a pacientes crónicos y polimedicados, asistencia domiciliaria, etc.

Los medicamentos no solo salvan vidas, suponen un elemento fundamental, decisivo, en la calidad de vida de las personas. También suponen un elemento de dinamización económica de primera magnitud: aumento de la esperanza de vida, ahorro en bajas laborales, en dependencia, en hospitalización.

Los precios de referencia y el apoyo a la política de genéricos han demostrado ser buenos mecanismos de control en la evolución del gasto público en medicamentos.

Sin embargo, en los últimos tiempos, han ido emergiendo en algunas Comunidades Autónomas dispersas medidas orientadas a este mismo resultado, cuyas consecuencias pueden no ser tan positivas en todos los casos. En particular, las políticas de equivalentes terapéuticos, que suponen poner el acento en la indicación terapéutica, colocando en un lugar subordinado el medicamento prescrito por el médico.

Este tipo de orientaciones suponen una restricción de los pacientes a la hora de acceder al catálogo o vademecum oficial y común para todo el territorio nacional.

De otro lado, hay que señalar que, cuando se prescribe por principio activo, debería tenerse en cuenta el precio más bajo, sin discriminar si se trata de un medicamento genérico, de marca o de marca que ha dejado de estar bajo patente. En este sentido, se ha manifestado expresamente el Consejo Económico y Social.

La incorporación de todo nuevo medicamento al Sistema, como toda nueva tecnología debe ser evaluada por una Agencia autónoma e independiente, similar al NICE británico, con la colaboración de las CCAA. Debe determinarse



con claridad la población diana, ya que es parte de la determinación del precio y exigir retornos en caso de su desviación.

El uso generalizado de la receta electrónica supondría una disminución de la burocratización sanitaria; una comodidad para el usuario; una posibilidad mejor del farmacéutico de colaborar en la adherencia terapéutica, seguimiento farmacoterapéutico, interacciones y efectos secundarios; una disminución importante en el proceso de mecanización de las recetas; una imputación del pago directo al Servicio de Salud de origen del paciente, sin sobrecargar a la Comunidad de acogida, generalmente turística.

Por último, hay que destacar que sería útil recuperar la idea de un Plan Estratégico de Política Farmacéutica, previa valoración del que estuvo vigente, tras la aprobación de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Sus 67 medidas permitían apuntar una política previsible y un marco estable, que los acontecimientos no confirmaron a posteriori.

36. Apoyo efectivo a la I + D en el ámbito biomédico y farmacéutico.

Existen medidas de estímulo como el Plan Profarma, previsto en la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, pero que hunde sus raíces en una normativa de los años 80, propia de un contexto que ha cambiado considerablemente.

Se están produciendo planteamientos en orden a actualizar y potenciar el Plan Profarma, de modo que se pudiera dar entrada en el mismo a empresas que, sin tener planta industrial en España, se comprometan a participar activamente en estudios clínicos, llevando aparejado un paquete de investigación básica que pueda ser contrastada con OPIS españoles.

Hay amplia coincidencia en que los costes integrados del cuidado de la salud y la investigación biomédica vienen creciendo intensamente en términos de participación en el PIB.

Cuando la investigación se reducía, en gran medida, al análisis del modo de proceder de enfermedades simples y al desarrollo de fármacos apropiados para combatirlas, la investigación se centraba casi de forma lineal en la identificación de esos productos y en el análisis de su eficacia. El coste de llevar a cabo esa identificación podría considerarse relativamente simple por considerar que esas enfermedades estaban generadas por mecanismos analizables por ecuaciones lineales.

Cuando, como en la actualidad, se observa que aproximadamente el 98% de las enfermedades que se diagnostican son complejas, queriendo decir con esta



palabra que son ocasionadas por la interacción de varios componentes, la investigación se ha hecho mucho más intrincada y el análisis de la eficacia de las intervenciones más incierta. La razón está no sólo en que no se conocen con precisión los componentes de las interacciones moleculares, que dan origen a la anomalía funcional, sino a que el resultado de la interacción es, por eso, difícil de predecir.

Esto lleva consigo a que, con objeto de analizar las causas de una patología, sea imprescindible que la investigación biomédica haya de tener en cuenta los contextos y como consecuencia que deba estar cerca de, y en conexión con, la clínica.

Para resolver tales situaciones sería necesario llevar a cabo una acción concertada de investigación y desarrollo de tipo interdisciplinar que cuente con la existencia de variados y experimentados grupos de trabajo que actúen al unísono y coordinadamente.

Las estrategias que generen sinergias conducirán a innovar tanto a nivel experimental y, sobre todo, conceptual como a limitar innecesarias redundancias entre grupos.

A estos requisitos se han venido a sumar las exigencias y costes planteados por los controles de los posibles riesgos de intervenciones complejas. Todo ello está conduciendo a elevar los costes de la investigación y desarrollo de productos farmacológicos, en términos de personal cualificado y monetario, a cotas no sospechadas con anterioridad difíciles de mantener dentro de los esquemas de financiación tradicionales.

A través de la reciente historia las fuentes de financiación necesarias para llevar a cabo un tipo de investigación biomédica que tenga carácter innovador han variado de estar centradas en individuos Mecenases a trasladarse de forma independiente a la Industria como agente productor y al Estado como agente promotor.

Este esquema de financiación no parece que sea operativo para llevar a cabo el tipo de investigación biomédica requerido en la actualidad. Precisamente por ello, lo mismo que los grupos interdisciplinarios de investigación y desarrollo deben trabajar al unísono y coordinadamente para llegar a generar valor añadido a los nuevos conceptos, se deben generar estrategias a través de colaboraciones y alianzas para que los tres tipos de Mecenases, antes indicados, hagan lo mismo. No parece que haya otra alternativa a la promoción de estas interacciones sinérgicas.

Una cosa sí parece desprenderse claramente de lo anteriormente expuesto: Sin Investigación no hay Nuevo Conocimiento; Sin nuevo conocimiento no hay



Innovación; Sin innovación no hay Desarrollo y sin desarrollo no habrá y no se encontrarán fuentes de Financiación ni para promocionar I&D en biomedicina ni para el cuidado de la salud de la población.

37. Impulso especial de las nuevas tecnologías para una mejor gestión asistencial y la interoperabilidad (tarjeta, HCE, receta electrónica).

Es evidente que cada vez es más difícil conseguir que haya un sistema de información único que contenga todos los datos médico-asistenciales de un ciudadano. Cada vez será atendido en más sitios (local, nacional, europeo...), por más agentes (centros públicos, privados, etc.) y con sistemas informáticos dispares. Por tanto, la solución debe estar en la interoperabilidad entre los diferentes sistemas de información, basándose en la utilización de estándares internacionales que permitan compartir datos relativos a un mismo ciudadano (tarjeta - identificación unívoca), información médica (HCE), prescripciones y dispensaciones (receta electrónica), así como la gestión de su salud (Carpeta personal de salud).

Para un proyecto de esta naturaleza, es necesario impulsar el máximo consenso a la hora de implantar o adoptar métodos y aplicar estándares.

Las nuevas tecnologías y los sistemas de comunicación en red favorecerán el trabajo coordinado de los equipos multidisciplinares, lo que redundará en una mejora en la atención integral y coordinada al paciente dentro del Sistema Nacional de Salud, previendo también la posibilidad de su proyección hacia el sector privado.

Deben desarrollarse los sistemas necesarios para que todos los profesionales sanitarios –con el consentimiento expreso del paciente y las adecuadas garantías de seguridad– dispongan de la información de la historia clínica compartida, que debe contemplar toda la medicación del paciente (sistema público y privado; hospitalario y ambulatorio; medicamentos con y sin receta) y los productos sanitarios.

Dentro del proceso de reforma del Sistema Nacional de Salud se están adoptando medidas que favorezcan la tan deseable interoperabilidad en función de avances sustanciales en la implantación de la receta electrónica y de la historia clínica digital.

A este respecto también hay que añadir que, en razón al necesario objetivo de coordinación sociosanitaria, se están llevando a cabo algunos programas piloto en función de los cuales se incluirán “datos sociales” (atención en los servicios sociales, entorno familiar, etc.) como parte de la historia clínica digital.



A estos mismos efectos, se ha planteado el establecimiento de un código de identificación único para los pacientes que al propio tiempo sean usuarios de servicios sociales, posibilitando así una auténtica atención integral de los mismos.

38. Utilización de las guías de práctica clínica.

La variabilidad de la práctica clínica genera problemas de ineficiencia, de calidad y de seguridad en la gestión del sistema sanitario. Por ello es necesario unificar criterios de actuación y utilizar en la gestión de procesos las recomendaciones de las guías de práctica clínica, ya que además de homologar criterios de actuación contrastados, mejoran considerablemente la eficiencia y la seguridad del paciente y disminuyen la variabilidad de la práctica clínica.

Por otra parte, la evidencia científica que en ellas se especifica es motivo más que suficiente para que su uso en el sistema sanitario debiera ser una herramienta obligatoria a utilizar por los profesionales.

Los directivos y mandos intermedios de las organizaciones sanitarias deberían tener incorporada la tarea de búsqueda y/o participación en la elaboración de las guías de práctica clínica correspondientes a los procesos que con mayor prevalencia se dan en sus servicios y unidades y hacer un esfuerzo por desplegar y evaluar la implementación y utilización de las mismas por los profesionales a su cargo, y ser evaluados e incentivados por ello.

Habría que mejorar y controlar la prescripción a través de vías clínicas, guías de práctica clínica y protocolización, así como fomentar estas prácticas tendentes a mejorar a la vez que disminuyen el coste en morbilidad y mortalidad.

También se pueden conseguir importantes beneficios para la eficiencia a través de ahorros directos: detectando los procesos y tratamientos innecesarios, por ejemplo duplicidades de pruebas, antibioterapia innecesaria o mal enfocada.

Es conocido que por ejemplo hay un exceso de procedimientos simples pero muy prevalentes en nuestras instituciones que no aportan valor y producen incremento de efectos adversos y mayor coste como son los sondajes vesicales o las episiotomías por poner dos sencillos ejemplos.

Hay que hacer hincapié en que los incidentes y efectos adversos son frecuentes (11,18% en atención primaria y 9,3% en pacientes ingresados) como determina el estudio ENEAS y que suponen un alto coste.

Además, muchos de ellos son derivados de un uso excesivo de técnicas que serían innecesarias o posiblemente sustituidas por otras más simples y otros



por falta de comunicación. Propone la introducción de las “22 prácticas seguras simples” para reducir los efectos adversos y con ello los costes.

39. Protocolización y planificación de procesos no sanitarios: gestión por procesos.

La gestión por procesos permite el diseño detallado y pormenorizado de todos los procesos que concurren en una actividad determinada; lo cual, acompañado de una evaluación continua que asegura el control y prevención de puntos críticos y debilidades, no sólo es garantía de eficiencia en los mismos si no de calidad asistencial y seguridad para los pacientes en el ámbito sanitario, aun tratándose de procesos no puramente sanitarios, pues todos ellos de alguna manera tienen relación con el objeto de la actividad: prestar asistencia sanitaria.

La protocolización de determinados procesos resulta una herramienta de eficiencia; empezando por la implicación y participación de los responsables de dicho proceso en el diseño, siguiendo por el estudio pormenorizado que se debe hacer del mismo para poder sistematizarlo, incluyendo recursos de cualquier tipo, evaluación de requisitos legales..., hasta la seguridad de que se contemplan todos los aspectos u otros procesos que en un momento dado puedan estar relacionados.

Para el máximo aprovechamiento de este sistema de gestión, se deben de implementar sistemas de calidad homologados que permitan evitar ineficiencias, y que aporten una sistemática de trabajo que garantice el máximo aprovechamiento de los recursos. De igual forma aporta valor la evaluación externa en base a Normas de calidad reconocidas.

40. Indicadores de calidad.

Es necesario definir, con la colaboración de las sociedades científicas, los indicadores más relevantes de calidad y de seguridad clínica, promoviendo para ello un consenso a nivel nacional

Habría que poner en marcha las acciones que permitan obtener, conocer, analizar, comparar y difundir estos indicadores como medio de incentivar las mejores prácticas, potenciar la transparencia de las organizaciones sanitarias, así como favorecer la libre elección de centro por parte de los ciudadanos en función de los resultados y de la calidad de los mismos.

Los indicadores de calidad, así como el planteamiento de mejora de los mismos, son garantía de mejora continua de los procesos permitiendo la máxima optimización de los recursos y generando los máximos niveles de satisfacción de



los pacientes porque todo obedece a un orden establecido lo que transmite a los pacientes control en el manejo del sistema sanitario.

Los indicadores permiten evaluar el desempeño de una actividad, el análisis de las desviaciones y el planteamiento de objetivos acordes a la organización.

41. Nuevos modelos de gestión: posibles ámbitos, incentivos y desgravaciones.

Existen numerosos modelos de gestión sanitaria pública en función de sistemas de colaboración público – privada, que están contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario.

El impulso de estos sistemas debería responder a criterios de estabilidad y previsibilidad, de modo que se favorezcan las inversiones y la creación de empleo.

En todo caso, deberían estar basados no sólo en principios economicistas, sino en función de objetivos de calidad asistencial.

La experiencia de las mutualidades de funcionarios ha merecido una valoración positiva, por lo que se ha planteado la posibilidad de ampliarla a los funcionarios de las Administraciones autonómicas, disminuyendo así la carga asistencial pública y reduciendo costes, con el consiguiente ahorro global para el sistema sanitario público.

En razón a estos positivos efectos, no faltan algunas propuestas, que están dando lugar a debates, sobre la conveniencia o no de introducir incentivos o desgravaciones que favorezcan la inversión privada en salud y la atención del paciente en un marco de mayor libertad de elección.

42. Desarrollar y mejorar la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

En 2012 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, que supone un paso adelante para impulsar un nuevo modelo asistencial en el cual los cuidados de larga duración pasan a ocupar una posición cada vez más importante.

Aunque la prevalencia de las enfermedades crónicas es más acusada entre las personas mayores, sin embargo pueden aparecer en cualquier momento de la vida.

La gravedad de estas enfermedades, sus manifestaciones y su tratamiento varían considerablemente, pero en todo caso responden a la idea de larga duración y evolución lenta.



Buena parte de estas enfermedades con anterioridad eran mortales, pero la investigación científico-médica ha permitido prolongar la esperanza de vida, así como la calidad de la misma.

La atención primaria, tanto desde la perspectiva preventiva como desde el cuidado y seguimiento de estas patologías, resulta fundamental y necesita ser apoyada con determinación por las Administraciones sanitarias.

De otro lado, la frecuentación asistencial por parte de estos enfermos y el uso de la prestación farmacéutica es considerablemente mayor, lo que debería conllevar una especial atención por parte de los responsables sanitarios.

Otra razón para atender con especial dedicación el tratamiento de las patologías crónicas es el fenómeno de la comorbilidad.

A partir de los 65 años coinciden en el paciente algo más de dos patologías crónicas, superando las tres a partir de los 75 años.

La polimedicación y la adherencia a los tratamientos deben ser objeto de especial consideración en este tipo de enfermos. Para ello, hay que destacar el papel que pueden desempeñar las Oficinas de Farmacia.

En todo caso, dada la larga duración de estas patologías, hay que valorar también las consecuencias en el entorno familiar y laboral del enfermo crónico y construir las oportunas respuestas desde los servicios sociales, oportunamente coordinados con los distintos niveles asistenciales.

Asimismo, hay que destacar la importancia que para la gestión de estos tratamientos tiene la historia clínica electrónica, así como los episodios agudos dentro del proceso asistencial.

43. Medidas efectivas para la coordinación sociosanitaria.

Hay amplia coincidencia en la necesidad de articular y poner en funcionamiento una adecuada coordinación sociosanitaria, centrada en la persona, a través del trabajo conjunto de todos los profesionales sanitarios y de los servicios sociales, aprovechando los recursos e infraestructuras de los Servicios de Salud, incluidas las Oficinas de Farmacia, y los del ámbito de los Servicios Sociales.

Hay que considerar que la coordinación sociosanitaria es un factor estratégico a efectos de sostenibilidad y de mejora en el funcionamiento de los sistemas sanitario y de servicios sociales.

Es necesaria la coordinación de los servicios sanitarios y sociales de modo que se pueda afrontar de manera integral la atención al paciente crónico



pluripatológico, dependiente o con discapacidad de la manera que resulte más eficiente, potenciando de manera especial la atención domiciliaria.¹

44. Hay que impulsar la flexibilidad y la profesionalización de las estructuras sanitarias.

Las estructuras organizativas del sistema sanitario deberían ser menos jerarquizadas.

Los equipos directivos habrían de poner especial atención en las funciones de coordinación y de fomento de una gestión eficiente, promoviendo para ello la implicación efectiva de los profesionales.

A tal fin, es preciso que los puestos de gestión se provean teniendo en cuenta las competencias necesarias para el buen desarrollo de los mismos.

Para la función gestora debería prevalecer la capacidad organizativa sobre la mera capacidad técnica.

Los mandos deberían ser evaluados con una periodicidad establecida, siendo renovables en función de los resultados obtenidos.

Con carácter general, habría que promover **estructuras directivas**, muy profesionales, capaces de identificar los problemas que dificulten el buen funcionamiento del resultado de plantear desde criterios técnicos contrastados las soluciones adecuadas.

También es necesario **evaluar la eficiencia** de las instituciones sanitarias y difundir sus resultados.

45. Es conveniente avanzar hacia modelos de retribución en los que aumente considerablemente la importancia de la parte variable, vinculada al desempeño. Los criterios salariales, basados en la linealidad, no resultan incentivos.

Para caminar en la buena dirección los profesionales deberían saber la forma en la que **deberían contribuir a conseguir los resultados de la organización**.

¹ El informe aprobado por el Consejo Asesor de Sanidad el pasado 7 de marzo señala 46 medidas que pueden contribuir a la consecución de estos objetivos.



La retribución debe de incentivar la mejora de la eficiencia, no sólo en cuanto a los actos sanitarios, sino sobre todo al resultado de los mismos. Los incentivos, si son adecuados, redundan muy eficientemente en el conjunto del sistema.

46. Habría que promover mayor flexibilidad en la gestión del personal sanitario, relacionando salarios, funciones y resultados, promoviendo la adaptación de los profesionales a las características de los procesos asistenciales.

La flexibilidad debería referirse, entre otros aspectos, a la organización del tiempo de trabajo (jornada, turnos, nocturnidad, etc.), lo que habría de traducirse en ventajas desde las perspectivas de la salud laboral y de la conciliación de la vida personal, familiar y profesional.

También se debería facilitar la movilidad funcional y la innovación en las estructuras retributivas.

47. Es preciso insistir en el principio de corresponsabilidad de los profesionales en la gestión sanitaria, dado que permite identificar y resolver mejor ineficiencias y contribuye al uso responsable de los recursos.

Para ello es indispensable fomentar la coordinación de recursos y servicios y desarrollar políticas que propicien el trabajo en red de los profesionales sanitarios que intervienen en los procesos asistenciales, aprovechando el potencial de las nuevas tecnologías.

De otra parte, la corresponsabilidad habría de articularse sobre la base del trabajo en equipo, que debería responder a las siguientes características:

- Sentimiento de pertenencia al grupo.
- Producir un mayor nivel de satisfacción.
- Reunir talentos, más allá de los individuos aislados.

El trabajo en equipo habría de reflejar el mandato del artículo 9 de la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias, de modo que se compartan responsabilidades y que los proyectos se planifiquen y desarrollen conjuntamente en función de un objetivo común.

El personal involucrado debería participar en los ahorros que se produzcan, principalmente a través de la mejora de sus retribuciones, formación y/o equipamiento.

Son importantes para ello la disminución de la variabilidad en la práctica médica y la utilización del benchmarking como herramientas de comparación, además



de gestionar por objetivos institucionales, estratégicos y operativos, plasmados en Acuerdos de Gestión o en Contratos-Programa.

Parece evidente que para hacer **economías selectivas** (que contribuyan a la sostenibilidad Sistema del Nacional de Salud) es necesario recomponer la **alianza con los profesionales**, utilizando **instrumentos de gestión y de gobierno clínico** y, sobre todo, promoviendo la **lealtad entre las partes**.

48. Es crucial contar con sistemas de información de calidad y transparentes para una buena gestión de los servicios asistenciales, para la investigación y para la docencia. Sin embargo, a día de hoy en nuestro modelo sanitario se registran auténticos agujeros.

El Sistema de Información Sanitaria (SIS) debe responder a la necesidad de establecer mecanismos de vigilancia y evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, y prevención.

Un sistema de información sanitaria debe configurarse alrededor de tres notas características que –expresamente– deben hacerse realidad: “conocer, medir y compartir”.

Han de existir unos sistemas de información uniformes, consensuados y públicos como verdaderas herramientas que faciliten una gestión transparente, eficaz y eficiente.

Es necesario construir un sistema de información capaz de federar los existentes que permita disponer de la mejor evidencia para tomar decisiones en situación de incertidumbre; sistemas que se retroalimentan con la experiencia diarias de médicos y servicios.

Tienen un extraordinario interés las Tics y la microgestión sanitaria, por responder a preguntas cuyas respuestas el clínico desconoce y que si dispusiera de ellas pueden ayudarle a mejorar sus respuestas y actuaciones. Y así desconoce la calidad asistencial que presta, **los objetivos terapéuticos** alcanzados en un tiempo determinado, sobre un tipo de pacientes con una patología determinada, **pero también desconoce la información** que genera la actividad que realiza y el coste de sus decisiones (gasto hospitalario, medicamentos, productos sanitarios, etc...)

Estos planteamientos deben concebirse de modo que sean compatibles con los derechos de los pacientes, en especial el derecho a la intimidad, a la privacidad y a la confidencialidad.

Es necesario, pues, buscar fórmulas para que, sin atentar contra los derechos del paciente y con el pleno respeto al código deontológico se mejore la calidad



de la información, que es fundamental para avanzar en la investigación, en la innovación y en la gestión de la asistencia sanitaria.

Por lo tanto, la seguridad en la gobernanza de las tecnologías de la información y de la comunicación, se ha convertido en un elemento esencial en la estrategia sanitaria.

Las nuevas aplicaciones de la denominada informática sanitaria, como la receta electrónica o la historia clínica digital, el testamento vital, los Certificados Médicos plantean escenarios novedosos, que requieren la **identificación segura de los profesionales**.

En este sentido, consideramos la certificación electrónica profesional esencial para la construcción de servicios digitales de confianza. Y en este sentido no es concebible ni aceptable que un médico pueda obtener un certificado de firma electrónica que le acredite como médico sin intervención de la Corporación Profesional.

Con el certificado digital de la Corporación Médica que permite la firma electrónica profesional se puede y se debe aspirar a convertir las redes de acceso e intercambio de información de salud, inseguras en la actualidad, en un elemento transfronterizo completamente seguro.

Al mismo tiempo, favorecer la interoperabilidad de los sistemas de información permitiendo la integración de aplicaciones de salud en un paradigma de arquitectura orientada servicios con múltiples participantes.

49. La gestión electrónica de la salud debería configurarse como un sistema distribuido, interoperable y basado en la seguridad y en la confianza:

1. **Un sistema distribuido.** La Administración electrónica de salud es, de acuerdo con el marco legal vigente, un ecosistema de aplicaciones y servicios en red y altamente distribuido, dado que participan muchos agentes diversos, que disponen de potestades de autoorganización que impiden en la mayoría de los casos el establecimiento de modelos de gestión centralizada.
2. **Un sistema basado en la interoperabilidad.** A partir de la constatación de la diversidad existente en dicho ecosistema, las opciones tecnológicas que demuestran que la mejor opción de implementación de aplicaciones y servicios complejo en la Administración electrónica de salud, como la identidad profesional y de pacientes, la receta electrónica o la historia clínica compartida, se basa en arquitecturas orientadas a servicios, que deben resultar interoperables.



3. **Un sistema basado en seguridad y confianza.** Resulta evidente la necesidad de seguridad y de confianza de dichas aplicaciones, incluyendo aspecto de identidad electrónica, firma electrónica, sistemas de validación de los anteriores, registros de profesionales, sistemas sensibles a la protección de datos de salud, como soluciones de bases de datos hipocráticas y otros sistemas de confidencialidad mediante el cifrado.

50. Además de mejorar la colaboración con los servicios sanitarios de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, habría que implantar nuevas medidas para garantizar el éxito en la gestión de los cobros sobre terceros cuyos asegurados utilizan el sistema sanitario público.

En este sentido, se deberían explorar prácticas eficaces ya implementadas en algunas CC.AA., así como avanzar en la búsqueda de mayor eficiencia y homogeneidad en las mismas, tales como:

- Potenciar las unidades de facturación en centros sanitarios (principalmente los hospitalarios) y su operatividad o, en su caso, centralizar y/o externalizar estas unidades.
- Agilizar la actualización de tarifas por servicios prestados, revisándolas con periodicidad anual/bienal o facilitando cierta libertad de precios a los centros.
- Regular la actividad aseguradora (Dirección General de Seguros), a fin de exigir que las compañías garanticen sin ambages el riesgo sanitario cuya cobertura comercializan, creando sus propias redes asistenciales o bien obligándolas a firmar convenios con los centros sanitarios públicos (incluidas mutuas de accidentes) y privados.
- Avanzar en la identificación de "terceros facturables".

51. Alta Inspección del Estado: sistemas de auditoría de resultados sanitarios y no sanitarios.

Prevista inicialmente en la Ley General de Sanidad y reforzada y articulada en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional, esta institución ha tenido escasa vitalidad y pobres resultados, lo que en nada ha favorecido la fortaleza de nuestro sistema sanitario público.

Parece oportuno recordar que a la Administración General del Estado le corresponde verificar y garantizar que las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias de gestión de los servicios sanitarios, respeten la equidad y la calidad de las prestaciones sanitarias y la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios dentro del Sistema Nacional de Salud, cualquiera que sea



su forma de gestión, de acuerdo con lo establecido en la Constitución y, específicamente, en el artículo 76 y siguientes de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Pese a esta interpretación restrictiva de nuestro más Alto Tribunal, es importante poner en valor **LA ALTA INSPECCIÓN, dado el interés y potencialidades de sus cometidos, sin duda beneficiosos para asegurar el trato equitativo de los ciudadanos a la hora de acceder a los servicios y prestaciones sanitarias.**

La Alta Inspección podrá desarrollar las siguientes actividades:

- a. La creación y mantenimiento de una base de datos compartida con los servicios de inspección del Sistema Nacional de Salud.
- b. El desarrollo de la colaboración entre los diferentes servicios de inspección en el Sistema Nacional de Salud en programas de actuación conjunta en materia de control de evaluación de servicios y prestaciones.
- c. El seguimiento, desde los ámbitos sanitarios, de la lucha contra el fraude en el Sistema Nacional de Salud, tanto en materia de la incapacidad temporal, como de los programas que se puedan promover en relación con áreas identificadas como susceptibles de generar bolsas de fraude en prestaciones o supongan desviaciones de marcada incidencia económica.



III. CONSIDERACIONES FINALES:

A modo de resumen de las propuestas y conclusiones expuestas, se enumeran a continuación las siguientes consideraciones finales:

PRIMERA:

Hay coincidencia generalizada entre profesionales, pacientes y responsables públicos sobre la necesidad de garantizar con determinación el futuro del Sistema Nacional de Salud, patrimonio común de los españoles.

SEGUNDA:

Asegurar la igualdad de trato de los pacientes cualquiera que sea el lugar en el que vivan, garantizando la equidad en el acceso a las prestaciones.

TERCERA:

Ofrecer a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, financiada mediante impuestos, gratuita y universal, gestionada con eficiencia y calidad.

CUARTA:

Hacer sostenible nuestro sistema sanitario público no sólo requiere medidas económico-presupuestarias, sino también de cambio de modelo asistencial como consecuencia del fenómeno de la cronicidad y del envejecimiento de nuestra población. A estos mismos efectos, habría que poner el acento en el uso responsable de los recursos tanto por parte de los profesionales como de los pacientes.

QUINTA:

Ese cambio de modelo requiere reformas estructurales, en particular redimensionamiento de los niveles asistenciales, coordinación entre ellos y con los



servicios sociales y una mayor implicación de los profesionales, optimizando todos los recursos públicos y privados y la colaboración entre estos ámbitos para conseguir una sanidad eficiente y sostenible.

SEXTA:

Para hacer posible la sostenibilidad, entre otras medidas prioritarias, es preciso:

- una mejor y más flexible ordenación y gestión de los recursos humanos,
- una amplia utilización de las TICs (en particular, Tarjeta, Receta e Historia Clínica),
- una reforzada Agencia de evaluación de la calidad, concebida como un órgano con marcado carácter profesional, autónomo e independiente; que funcione teniendo en cuenta el principio de coste/efectividad,
- una nueva estrategia en materia farmacéutica en un marco estable y previsible, y
- una apuesta decidida por la investigación biomédica.

Las medidas a estos efectos deberían enmarcarse en el contexto de las Directivas comunitarias, en particular las que afecten a los profesionales sanitarios y a la movilidad de los pacientes (atención transfronteriza).

SÉPTIMA:

Superar el crónico déficit sanitario y garantizar una financiación solidaria y suficiente.

OCTAVA:

Definir y aplicar una nueva y más eficaz gobernanza del Sistema Nacional de Salud, más ejecutiva y más solidaria, tomando como referencia en su estructura y características a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.



NOVENA:

Contar con la implicación y el más amplio consenso de los profesionales y de los pacientes como sólidas bases para alcanzar el deseable Pacto por la Sanidad entre los Grupos Políticos y con las Comunidades Autónomas.

DÉCIMA:

Potenciar las políticas de salud pública, promoviendo hábitos saludables y la educación sanitaria y previniendo enfermedades.