

EL IMPACTO DE LA CRISIS EN EL SNS ¿QUÉ ESTAMOS APRENDIENDO?



De izqda. a dcha. Nieto, J. I., Lorenzo, C., Oliván, R., Múzquiz, R. y Llombart, M.

Moderadora:

Dña. Regina Múzquiz Vicente-Arche
Directora de Relaciones Institucionales. PharmaMar S. A.
Madrid

Participantes:

D. Manuel Llombart Fuentes
Consejero de Sanidad. Comunidad Valenciana

D. José Ignacio Nieto García
Consejero de Sanidad. La Rioja

D. Ricardo Oliván Bellosta
Consejero de Sanidad. Aragón

Dña. Catalina Lorenzo Gabarrón
Consejera de Sanidad y Política Social. Murcia

Cuestiones planteadas

- De la gestión de la demanda, de la implicación del paciente y de los profesionales en su salud
- De la incorporación de la tecnología y la innovación
- De los cambios del mercado de trabajo. ¿El empleo puede dejar de ser un mecanismo sobre el que se vincule la protección suficiente frente a los riesgos relacionados con la salud y el envejecimiento? ¿Cuáles son las alternativas?
- ¿Cuál ha sido el impacto del SNS en la crisis?

REGINA MÚZQUIZ El sector sanitario siempre ha estado en crisis, hasta donde me alcanza la memoria, teníamos problemas presupuestarios, nunca hemos tenido la sensación, en el Sistema Sanitario español, de que los presupuestos fueran holgados y no tuviéramos problemas para ajustarnos a esta situación. Nuestro sistema ha sido un paciente, con dificultades crónicas, si bien es cierto que, en este momento, esta patología crónica se ha agudizado y corre riesgo vital y, por tanto, debemos poner todo lo que esté en nuestra mano para tratar de salir de esta situación. ¿Cómo creen que hay que gestionar la demanda? Y, cuando hablamos de esto, hablamos de los diferentes actores, ¿cuál debe ser la implicación del paciente en la gestión de esa demanda?, ¿qué responsabilidades tiene el paciente en su auto-cuidado de salud y en la utilización adecuada de servicios?, ¿cuál es la responsabilidad de los profesionales, los clínicos, en la gestión de esa demanda?

“Nuestro sistema ha sido un paciente, con dificultades crónicas, si bien es cierto que, en este momento, esta patología crónica se ha agudizado y corre riesgo vital y, por tanto, debemos poner todo lo que esté en nuestra mano para tratar de salir de esta situación”

Regina Múzquiz Vicente-Arche

MANUEL LLOMBART La demanda sanitaria se gesta por el concepto que tengamos de implicación del paciente y del profesional, los dos actores virtuales que generan la demanda y su gestión. Por tanto, aunque somos un sector permanentemente en crisis, esta crisis, en estos años, y cómo ha podido afectar a la Comunidad Valenciana, es la experiencia que puedo contar. Esta gestión de demanda, por la implicación de los agentes afectados, ha sido la mayor

valoración que tiene la población de su Sistema Sanitario público, universal y gratuito. Esto, que nacimos con él, y continuamos viviendo en un sistema que podemos definir como tal, en este momento, la gente se ha concienciado del valor que tiene, cosa que, en otros momentos, nadie llegaba a pensar lo que eso suponía.

El profesional siempre es el agente transmisor de cualquier política sanitaria. En estos momentos ha sido más consciente que nunca de la importancia que tienen sus decisiones, en el quehacer diario, en lo que es la sostenibilidad del sistema. En momentos difíciles, en los que les hemos pedido más esfuerzo a nivel personal, restricciones salariales, etcétera, han tenido la sensibilidad suficiente para saber cuál era el papel que debían desarrollar para ayudarnos a sostener el sistema. De esas dos vías ha nacido, quizá, una nueva demanda. Desde la Administración hemos intentado influir, desde las barreras primarias y secundarias, en intentar ayudar al paciente experto. Buscar que el paciente sepa más, tenga hábitos más saludables, y eso no supone transmitir la responsabilidad del Sistema Sanitario al paciente, sino tener una población, cada vez más formada que le permita hacer un uso adecuado, que le genere mejor calidad de vida. Y esto se ha visto reflejado en las iniciativas, tanto a nivel informativo como en las barreras secundarias, es decir, la detección precoz de patologías oncológicas, u otro tipo de patologías, que hacen que, si aparece el problema, se pueda detectar en un estadio más inicial, la solución sea más sostenible para el sistema y beneficiosa para el paciente.

Del profesional, lo que hemos encontrado, no esperábamos otra cosa, es la sensibilidad hacia la sostenibilidad en momentos tan difíciles, como los que hemos y seguimos pasando. En este nuevo marco se ha

definido una nueva demanda que nos ha ayudado a cambiar actores. Por ejemplo, dentro de lo que es agente paciente, hemos hablado siempre, en los últimos años, del cambio de la atención de agudos a crónicos. El gasto fundamental, de nuestro Sistema Sanitario, está en el enfermo crónico que, en un 80%, en mi Comunidad, suele coincidir con personas de edad avanzada y, por tanto, debemos buscar una Sanidad que cuide a este colectivo de forma diferente a la concepción anterior de focalizar los recursos de Sanidad en lo que era la asistencia a agudos en los hospitales. Hablábamos del protagonismo de la Atención Primaria, hemos pasado de una Sanidad de los grandes hospitales, las técnicas de referencia, que siguen siendo necesarias, a dar protagonismo al primer punto de encuentro de la población con la asistencia sanitaria, la Atención Primaria.

JOSÉ IGNACIO NIETO El Sistema Sanitario siempre ha tenido dificultades económicas, pero, cuando hablamos de crisis económica, incidimos en un concepto casi más político aunque la hayan desatado otras cuestiones. Lo hablábamos antes de la crisis, de la que estamos saliendo, pero queda por sufrir porque, en esta etapa, ha estado en el aire la sostenibilidad, o se ha dudado, del Sistema Sanitario. Todos nos hemos propuesto atender la Cartera de Servicios del SNS y es sobre lo que trabajamos, en las distintas fórmulas. Todos los españoles la tienen, pero, en cada región, y si es más pequeña, con las circunstancias que supone, también beneficios, como La Rioja, tenemos claro que, cuando queremos ofertar servicios a nuestros ciudadanos, lo que estamos generando es demanda sanitaria y luego la tenemos que gestionar.

Lo que estamos haciendo para generar esa demanda, todos, es eficiencia, es fundamental que lo que hagamos sea con efi-

ciencia, porque es de la única manera que podemos solventar los problemas que están sucediendo, han sucedido, buscando siempre esa eficiencia. En La Rioja, ¿qué hemos hecho para ser eficientes? Hemos trabajado en la organización de las agendas que nos ha ayudado, con otras medidas, a conseguir tener una buena lista de espera, la quirúrgica, que es con la que mejor nos medimos todos, es un logro importante para el sistema sanitario riojano, y para sus profesionales, dar esa respuesta.



Manuel Llobart Fuentes

En esa oferta de servicios, para gestionar esa demanda, son importantes los conciertos sanitarios, que todos hacemos, para completar el servicio público. Hemos querido implicar al ciudadano en esta cuestión, se ha hablado mucho, y se han anunciado proyectos, que no han llegado lejos, de educación sanitaria. Les hemos puesto en la mano su historia clínica, que tengan todos sus datos sanitarios, de todos los niveles, en “La carpeta sanitaria del ciudadano”. Pueden ver sus citas, pedir las; tienen sus informes de alta, hospitalización, urgencias; resultados de pruebas diagnósticas, biomédicas; ver o llevar sus pruebas de imagen, y un abanico amplio. El ciudadano ve sus datos, los tiene y le ayuda con una serie de consejos, de tipo sanitario, dependiendo de su patología, porque la conocemos y podemos encauzar la información.

Los auto-cuidados son importantes para el paciente pero tienen que ir unidos a otras

cosas. Los auto-cuidados, por sí solos, salvo algunos casos, son complejos de hacer y, por tanto, muchos de los pacientes que los necesitan, será complicado que puedan utilizar determinadas herramientas, y tenemos que ser conscientes, porque esto enlaza con el tema de los crónicos. La cronicidad, lo que venimos admitiendo como enfermedades crónicas, es un 20% de la población que hace el 80% del gasto, no sólo económico, también se lleva unos recursos importantes y no siempre le tenemos bien atendido. Es un tema importante en el que estamos trabajando, en La Rioja, en un proyecto donde hemos invertido los términos. No hemos ido a que el paciente nos dé datos, tenemos millones, tenemos que usarlos para atenderles mejor, obtener conclusiones y darles resultados. E importantes son los hábitos de vida saludable, es un camino que atrae, con más facilidad, a una parte de la población en distintas actividades e, incluso, nos planteamos que puedan ser prescritos por los facultativos en determinadas condiciones.

“Lo que estamos haciendo para generar esa demanda es eficiencia, es fundamental que lo que hagamos sea con eficiencia, porque es de la única manera que podemos solventar los problemas que están sucediendo, han sucedido, buscando siempre esa eficiencia”

José Ignacio Nieto García

Un sistema sanitario sin profesionales no existe, todo lo demás lo hacemos, pero nuestro gran valor son los profesionales. Y, para conseguir que se impliquen más en esta gestión de la demanda, tendremos que, si somos capaces y nos atrevemos, modificar el sistema retributivo. Son excelentes profesionales, tienen que estar formados, pero una parte importante será

cambiar ese sistema retributivo, también el régimen jurídico, será necesario hacer alguna adaptación. Y tendremos que admitir, como algo normal, que podamos tener no sólo profesionales sino contratar, en hospitales y centros, servicios clínicos para poder resolver ciertas especialidades o cuestiones, donde a veces no somos capaces de tener un personal fijo, pero sí podríamos estar atendiendo a nuestros pacientes y resolver parte de la demanda en nuestro centro, con un equipo que se desplaza, hace una serie de cuestiones, los atiende y no los tenemos que mandar a Zaragoza.

REGINA MÚZQUIZ En la organización territorial del sistema aragonés de salud, ¿se ha planteado la gerencia única? Esta organización territorial y más coordinación entre niveles asistenciales, ¿puede contribuir a mejorar la modulación de la demanda?

RICARDO OLIVÁN Es uno de los objetivos. Cuando se toma una decisión, de estas características, se hace después de una larga reflexión, a partir de la experiencia. Hay dos cuestiones clave. Por una parte, la necesidad de concentración de decisiones, de cara a optimizarlas y obtener mejores soluciones, a la hora de comprar, gestionar, en cuestión no asistencial. Y luego, en la asistencial, para poder mantener servicios de referencia en esta Comunidad Autónoma, para que sean utilizados por Comunidades limítrofes como, por ejemplo, Rioja, tenemos que ser capaces de aprovechar las sinergias, entre los hospitales, evitando duplicidades, generando servicios potentes allí donde tengamos un potencial suficiente. Hay trabajo que hacer, tenemos que evitar solapamientos y hacer un servicio fuerte, no sólo para la Comunidad aragonesa sino para el resto del país y, para eso, eliminar las fronteras administrativas que marcan normas como la existencia, ahora, de ocho sectores, y como consecuencia de

esas fronteras virtuales, que existen en los papeles, por ejemplo, tener que pedir poder atender a un paciente de un sector de Zaragoza en un recurso, a pocos metros de su casa, pero que está en otro sector, cosas que no entiende nadie y hay que resolver.

Históricamente, las decisiones de los que han administrado la Sanidad se han dirigido a la oferta, y una vez que el margen de maniobra en la oferta es el que es, no mucho, empezamos a pensar en la demanda. La demanda, que la genera la población, tenemos que ser capaces de discernirla con criterios médicos, para convertir la necesidad. El paciente, gracias a los medios de comunicación, tecnologías, internet, recibe mucha información, lo cual no significa que esté bien informado, y genera la demanda, a partir de su dolencia, sospecha, o lo que ha leído en internet. Cuando llega a nuestro hospital o centro de salud tenemos que ser capaces, los profesionales, de reducir esa demanda y convertirla en necesidad, porque muchas veces las dos cosas no coinciden y, a partir de ahí, ver qué recursos se aplican. Nuestros profesionales tienen que saber explicar y reconducir para que se detecte, analice, la verdadera necesidad de ese paciente y actuar en consecuencia, con carácter previo, y, a partir de allí, intentar equilibrar la demanda con la oferta. Pero si nos ceñimos solamente a la demanda, y no somos capaces de discernir que, detrás de ella, hay una parte que no siempre es necesidad, tendremos problemas.

Antes de hablar de demanda, hay una pre-demanda, personas que no son pacientes, pero sobre los que hay que actuar. La promoción, la educación para la salud, actúa sobre la pre-demanda, sobre personas que no son pacientes para que, si es posible, no sean pacientes o, si lo son, lo sean cuanto más tarde mejor. En 2050 el 41% de la población tendrá más de 65 años, en Aragón

todavía más, estamos por encima, y eso hace que este problema se vaya a acentuar en el futuro. En esa parte de pre-demanda tenemos que trabajar, ahí está el aspecto educativo donde hay que trabajar y colaborar con Educación para inculcar a los chavales, de 12, 13, 14 años, conocimientos básicos, no sólo para el cuidado de su salud, lavarse dientes, hacer ejercicio, sino también otras cuestiones, conocimientos básicos de lo que es la Sanidad, para entender e interpretar algunas cuestiones que pueden ser necesarias de cara al futuro. Luego, una vez que tenemos al paciente, ya estamos en la parte de demanda, hay que actuar en materia de auto-cuidados y, sobre todo, inculcar un uso racional de la Sanidad que pasa por enseñar al paciente a convertir esa demanda en necesidad.



Catalina Lorenzo Gabarrón

La labor de nuestros profesionales está en atender al paciente, identificar la necesidad y resolverla, pero teniendo en cuenta que los recursos que hay, por desgracia, son, los que son, escasos. Un profesional de la Sanidad, me da igual que sea un jefe de servicio, adjunto, enfermera o auxiliar, tiene que pensar siempre en dos segundos, no un minuto. Primer segundo: el paciente; segundo: cómo afecta la decisión, que está adoptando, en el sistema, y eso es gestionar. No gestionamos nosotros, no estamos en el terreno, por mucho que tomamos decisiones la gestión la adoptan cada uno de los profesionales, en la consulta, con el

paciente. Esa gestión se tiene que concretar allí, evidentemente, tiene que haber directrices, recursos para que se tomen decisiones adecuadas pero tenemos que ser capaces de inculcar a los profesionales, igual que a los pacientes, la importancia del uso de recursos sanitarios. Si lo consiguiéramos habríamos avanzado mucho.

REGINA MÚZQUIZ ¿Cómo influye la Atención Primaria en esta modulación de la demanda?

CATALINA LORENZO Lo importante de la atención sanitaria es darle una preponderancia, que todavía no tiene, a la Atención Primaria. Porque, igual que ha habido falta de financiación para la Sanidad, desde los 90, más acuciante con la crisis de 2008, es cierto que la gestión de la demanda va aumentando, año tras año, ofertamos servicios pero la demanda va aumentando, en la Atención Primaria y en la Especializada.

“El profesional siempre es el agente transmisor de cualquier política sanitaria. En estos momentos ha sido más consciente que nunca de la importancia que tienen sus decisiones, en el quehacer diario, en lo que es la sostenibilidad del sistema”

Manuel Llombart Fuentes

¿Qué responsabilidad tenemos? Entiendo que el paciente no nace sabiendo cómo acceder al Sistema Sanitario cuando tiene un problema de salud o quiere hacer un programa de prevención de la salud. Y los profesionales no somos conscientes de que esa responsabilidad es de los profesionales y del sistema. A los pacientes, cuando acuden a las consultas de Atención Primaria, médico de familia, enfermero, administrativo, tenemos que explicarles si ha acudido a un centro solicitando una urgencia, y no lo es, cómo se obtiene una cita con su

médico o enfermero, cuando tiene una urgencia cómo utilizar el servicio de urgencias, y eso se lo tenemos que hacer nosotros. Mientras no lo hagamos, no lo va a hacer nadie. Los profesionales tenemos que tener en cuenta que, cuando un paciente demanda un servicio sanitario, ese paciente es único y su problema es el problema de ese paciente. No podemos generalizar a todos los pacientes por igual y tenemos que determinar qué conocimiento tiene de su proceso, qué nos consulta, qué explicarle, para que pueda entender cómo tiene que hacer ese tratamiento. Tiene que confiar en nosotros porque, si no, va a seguir pidiendo el segundo escalón, que me vea el especialista en el hospital, porque aquí no me solucionan ese problema. La información de los ciudadanos es fundamental, la tenemos que hacer los profesionales desde las consultas.

A los profesionales les estamos dando herramientas para gestionar mejor el tiempo, informáticas, historia clínica y receta electrónica, partes de baja, más tiempo para la consulta y el paciente. Los profesionales debemos medirnos en resultados en salud, medir cuántos pacientes diabéticos, hipertensos, obesos tenemos; medir, de forma igual para todos, cómo están nuestros pacientes, a lo largo de un año, en ese proceso. Y, en función de esos resultados, ver la productividad, las retribuciones de los profesionales, hay más transparencia, el ciudadano sabe qué profesional está dando mejor atención sanitaria, puede elegir, dentro de la libertad de opción, médico, y, en nuestra región, entre profesional y enfermero, sería avanzar.

REGINA MÚZQUIZ ¿Cómo deberían de incorporarse la tecnología y la innovación a la Cartera de Servicios del SNS? ¿Cómo debe valorarse la eficiencia en este proceso de selección? ¿Cómo hacer que la elección

sea eficiente? Y, teniendo en cuenta la organización territorial que tenemos en España, ¿a quién le corresponde hacer esta valoración de eficiencia para la inclusión de la tecnología y la innovación en el sistema?

MANUEL LLOMBART La valoración de la eficiencia o de quién debe incluir la tecnología en el Sistema Sanitario dependerá de la masa crítica necesaria para la prestación que vayamos a incluir. Por ejemplo, si es una unidad de protonterapia en el país, no tendría sentido que empezáramos a crear diecisiete, no tendríamos masa crítica y sería ir en contra de lo que estamos buscando: un sistema sostenible, eficiente. Si estamos hablando de acercar determinadas prestaciones sanitarias, que van ligadas a la tecnología al paciente, dependerá de cada Comunidad Autónoma, para eso tenemos las competencias transferidas. La frontera depende de la masa crítica y lo que queramos. La tecnología tiene que ser siempre un medio, de cara al paciente, y nunca un fin, de cara al profesional o paciente, es importantísimo porque, a veces, esto que tenemos claro, tanto profesional como gestores sanitarios, podemos divagar en torno a este concepto. Y sentido común a la hora de la incorporación de la tecnología a los Sistemas Sanitarios.

La tecnología para el profesional es un arma que la organización debe poner a su disposición, para facilitar su labor diaria y conseguir una mejor prestación sanitaria hacia el paciente. Si hablamos, por ejemplo, de sistemas soporte información, historia clínica electrónica, nadie duda que es mucho más eficiente, ágil, un sistema que soporte electrónicamente la información de nuestros pacientes, a un sistema que no lo tenía. Ya nadie puede vivir sin una imagen digital centralizada en una Autonomía y, en mi Comunidad Autónoma, que tenemos cinco millones de habitantes y muchos

kilómetros cuadrados, 34 hospitales, 850 centros de salud, 66 centros de Atención Especializada, en cualquiera se pueda hacer una prueba diagnóstica y ser consultada, de forma inmediata, en los demás, esto son ventajas clarísimas y aplicar el sentido común a la inversión tecnológica. A partir de ahí podemos ir a ejemplos complicados y reflexionar, es decir, muchas veces tenemos que evidenciar la tecnología que debe ser, sobre todo en los servicios que son muy intensivos en inversión tecnológica, como puede ser el de la imagen y radioterapia. No siempre, poniendo la mejor tecnología, consigues el mejor resultado, por eso hablaba del sentido común, que debemos tener los profesionales, que utilizan la tecnología, y los gestores, pensando siempre en el fin último: el paciente.



José Ignacio Nieto García

Si hablamos del paciente, por ejemplo, la cronicidad es el gran reto que abordamos todos los consejeros, hay que abordar la Sanidad de forma global, el envejecimiento de la población, que va ligado a la cronicidad. Aquí también aparece la tecnología y todos, y la Comunidad Valenciana es pionera, tenemos distintas experiencias que utilizan la tecnología para intentar controlar, de forma telemática, a estos pacientes. Esto es adecuado pero no hay que olvidar que tiene que ser un medio y no todos los pacientes hoy, del colectivo que estamos intentando controlar, tienen, por edad, la capacidad de utilizar estas herramientas

tecnológicas. Hoy no todo el mundo tiene esa capacidad, esa familiarización con *gadgets* tecnológicos y, por tanto, hay que aplicar criterios de medio y sentido común. En esto la innovación, vía recursos humanos, nos puede ayudar mucho. En la Comunidad Valenciana está funcionando, aparte de combinar experiencias tecnológicas, brillantes y exitosas, la innovación en recursos humanos, profesionales que se ocupen de personas mayores en su domicilio, se preocupen por la adhesión a los tratamientos, darles seguridad por cualquier circunstancia anómala. Estamos trabajando en un nuevo proyecto de elección, que nos acercará a las Comunidades que más libertad tienen en la elección de facultativos y enfermería, y trataremos de abordar un nuevo plan sanitario que redunde en la mayor eficiencia de las unidades de referencia. Este sistema, a través de personas que ayudan a personas, puede ser innovación, y no tenemos que ligarlos a la tecnología para hacer innovación.

“Cuando el paciente llega a nuestro hospital o centro de salud tenemos que ser capaces, los profesionales, de reducir esa demanda y convertirla en necesidad, porque muchas veces las dos cosas no coinciden y, a partir de ahí, ver qué recursos se aplican”

Ricardo Oliván Bellosta

REGINA MÚZQUIZ Cuando hemos hablado de la inclusión de innovación y tecnología, a quién corresponde esta decisión y la medición de la eficiencia, también, en el caso de medicamentos.

JOSÉ IGNACIO NIETO Las tecnologías de la información y la comunicación son fundamentales, la solución que le hemos dado, la “Historia de salud electrónica”, supera el ámbito de los profesionales, es una herra-

mienta para el ciudadano. Por la imposibilidad que tenemos de comunicarnos, los distintos servicios de salud de este país, hemos optado por decirle: “Si no podemos mandar o darle acceso a la información a un profesional de otra Autonomía, y tienes que ir allí, llevas tú historia clínica, los datos y le das acceso de la forma que quieras”. El avance nos ha ayudado a dar muchísimas soluciones muy eficientes. La innovación tecnológica sanitaria tiene que ser con orden. En cualquier centro no podemos poner el último equipo, en todos los sitios tener todo, pero igual hay que huir de grandes centros, que tampoco han dado el resultado apetecido, concentrar demasiado tampoco es bueno, y tiene que haber distintas opciones. La última tecnología no siempre da mejores resultados y tiene un costo mayor en muchas ocasiones.

Con las innovaciones farmacéuticas, parte importante en el Sistema Sanitario, tenemos que tener especial cuidado porque generamos expectativas, a veces, ante una persona enferma, que seguramente no son necesarias, y se le está diciendo algo que va a ser o no verdad. Tenemos que ser cuidadosos y respetuosos con los protocolos y las indicaciones que se están estableciendo. En La Rioja no tenemos ninguna duda que eso debe ser a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y, en el caso de la acreditación tecnológica, La Rioja no se ha planteado tener una unidad de este tipo. Hay algunos institutos que se están uniendo a una red, que pueda servir para todos, y, siempre que sea con criterios admitidos y respetados por todos, las cosas irán mejor. Nos hemos ido a un punto donde, a veces, se está utilizando a la masa, al paciente y a los medios de comunicación, para el desarrollo de algunas cuestiones de este tipo que, en ámbitos y temas de salud, no serían los caminos

si no van a cumplir los objetivos más deseables, porque las cosas acaban reduciéndose a un orden en el que sí se pueden utilizar. Y, sin dar ningún nombre, sin decir nada más, creo que ha quedado muy claro.

REGINA MÚZQUIZ ¿Qué opinión le merece este tema de la introducción de la innovación y la tecnología en nuestro sistema?, ¿quién y cómo se debe valorar la eficiencia?, ¿cuál es el papel de la Autonomía?

RICARDO OLIVÁN Como cualquier decisión, ahora hablamos de Sanidad, y de inversión en nuevas tecnologías, hay que hacer una cosa, que habitualmente no hacemos: evaluar, con carácter previo, la viabilidad de esa inversión. En la Sanidad, no solamente es una viabilidad económica, sino también del punto de vista de resultados sobre el paciente, lo cual incorpora un matiz distinto a otra inversión. Evidentemente, esto tiene que venir testado y acreditado por quien corresponda.

Muchos de los avances que estamos acometiendo todos, en nuevas tecnologías, no tendrán un aprovechamiento máximo si no somos capaces de hacerlos legibles unos con otros, me da igual que hablemos de receta electrónica, historia clínica... Lo que somos capaces de hacer, a nivel interno de una Comunidad Autónoma, tenemos que ser capaces de hacerlo a nivel de todas, porque los pacientes se mueven. Y un paciente puede estar de vacaciones en Cádiz, tener un problema de salud, ir al médico, y no puede acceder a su historia clínica, con lo cual sus decisiones o serán redundantes o generará un gasto añadido y, además, errores superiores a los que se producirían en caso de contar con información previa del paciente. Son cuestiones de sentido común, que se están abordando desde el Ministerio, y la labor, esfuerzo, del Ministerio es importante, pero el avance no es

sustancial, ni en receta ni historia clínica, ni prácticamente ninguna de estas cuestiones que es importante abordar.



Regina Múzquiz Vicente-Arche

Cualquier incorporación de un instrumento de nueva tecnología, innovación, no podemos sacarle el máximo de eficiencia, a nivel global, porque tenemos un sistema muy encorsetado, que nos impide una reorganización del resto de recursos. En todos los ámbitos de actuación, y la Sanidad, como decía el profesor Barea, es una empresa de servicios, una incorporación de nuevas tecnologías tiene unas repercusiones en cuanto a movilidad, a organización del resto de servicios, para eso también se adquieren o se incorporan; en Sanidad, con el sistema que tenemos, tan poco flexible, es muy complicado. Cualquier avance, en la posibilidad de acceder a pruebas radiológicas, en cualquier hospital de la Comunidad Valenciana, al instante, te invita a tomar decisiones en el ámbito, por ejemplo, de la organización de las guardias, tampoco es fácil, como sabemos, por diferentes circunstancias. Hay beneficios que al final

redundarían en el paciente, directa o indirectamente, de la introducción de nuevas tecnologías, que no podemos generar por el encorsetamiento del sistema, y esto nos tiene que llevar a la reflexión.

CATALINA LORENZO En el mundo sanitario esta innovación es continua, y lo que hoy vale, no nos sirve mañana. No tenemos que perder la perspectiva la Cartera de Servicios que prestamos a nuestros ciudadanos, que estamos intentando, a través del Consejo Interterritorial del SNS, que pueda ser unánime en todas las Comunidades Autónomas. Algunas tecnologías, sobre todo del ámbito del medicamento, con nuevos medicamentos, donde se está dando esperanzas a pacientes que no las tenían, no pueden quedar al arbitrio de cada Autonomía, debe ser el Ministerio quien dirija, a través de las sociedades científicas, qué indicación tiene ese fármaco, a qué pacientes hay que dárselo.

“Los profesionales debemos medirnos en resultados en salud, medir cuántos pacientes diabéticos tenemos, cuántos hipertensos, obesos, medir, de forma igual para todos, cómo están nuestros pacientes, a lo largo de un año, en ese proceso”

Catalina Lorenzo Gabarrón

Hay otras tecnologías, que no son medicamentos, por ejemplo, la perfusión de la bomba de insulina, ¿debe ser la Comisión de las Nuevas Tecnologías la que apruebe esa implantación dentro de las Comunidades? Debe ser el Ministerio pero, cuando estamos en nuestra Autonomía, y hay que hacer una infraestructura sanitaria, un hospital, centro de salud, tenemos que dimensionar qué población vamos a atender y debe ser la organización la que determine qué tipo de aparataje necesita esa instalación, en función de la población y del

usuario al que va a atender, al número de personas que pueden tener cierta patología, y, a lo mejor, que ese aparataje complejo no sólo funcione por la mañana. Es una pérdida de valor añadido a la organización.

REGINA MÚZQUIZ Percibo, en las respuestas de los consejeros, la sensación de que se encuentran limitados en su posibilidad de hacer más eficiente el sistema, de resolver algunas cosas, bien sean de rentabilidad de los recursos, de posibilidad de reorganización de los dispositivos, de los recursos humanos que prestan los servicios, etcétera. Son los máximos responsables de la Sanidad en su Comunidad, tienen unas leyes marco que respetar, pero, si pudieran resolver estos asuntos, ¿cómo lo harían? ¿Cómo afrontar los riesgos derivados de la pérdida de la salud, de la enfermedad y del envejecimiento? Y, en relación con la crisis, ¿vamos a continuar con un SNS financiado con presupuestos, camino de un sistema *bismarckiano* de Seguridad Social, más ligado a las cotizaciones de trabajadores y empresarios o a sistemas mixtos? ¿Cuál va a ser el papel del aseguramiento privado en España, teniendo en cuenta el envejecimiento, la crisis económica, etcétera?

MANUEL LLOMBART Se ha hablado de flexibilización de los recursos, de una nueva dinámica retributiva más ligada a la productividad o implicación de los profesionales, hay cosas que tenemos en mente, pero hay un marco normativo, agentes sociales que requieren diálogo, hay que abordarlo, pero los sistemas tan arraigados requieren una transformación reflexiva y meditada.

Cuál será la mejor fórmula para mantener el SNS que tenemos, descentralizado en Comunidades, pero, en definitiva, un Sistema Nacional que provee a todos los españoles, al menos de una Cartera Básica de Servicios, y las Comunidades, que tienen

equilibrio financiero, alguna prestación supletoria. El sistema que tenemos es mixto, a través de las cotizaciones de los trabajadores y empresarios dotamos de dinero a las Administraciones Públicas, que dotan de presupuestos a los Sistemas de Salud para dar prestación sanitaria a los ciudadanos. Cada vez son más los usuarios por ese envejecimiento de la población, en 2017, España empezará a destruir población, es decir, que, en el neteando mortalidad con nacimientos, tendremos un ratio negativo. Además, tenemos una situación coyuntural, que es la elevada tasa de desempleo. Es una situación compleja que hace que a esa población activa, que va disminuyendo por circunstancias naturales, se añada una tasa de paro tremenda, que hace que esas cotizaciones sean menores, es una situación coyuntural que tenemos que solucionar. Cualquier medida económica que potencie la creación de empleo y baje las tasas elevadas que tenemos, coyunturalmente, nos ayudará a sostener nuestro Sistema Sanitario. Aunque parezca una perogrullada es importante.

La Cartera de Servicios es más amplia, nuevas prestaciones farmacológicas, técnicas quirúrgicas, radioterápicas, etcétera, todo eso cuesta más y, cada vez, somos capaces de incrementar la esperanza de vida, pero es más caro. ¿Hasta cuándo el sistema tradicional hablando de una situación estructural, no coyuntural, podrá seguir siendo sostenido de la forma que hoy lo es? De las alternativas prefiero no hablar, porque será políticamente incorrecto y no quiero, todos los podemos tener en la cabeza, pero está claro que, si la Cartera Básica es tan amplia como la que hoy tenemos, podrá llegar un momento que las nuevas dotaciones tecnológicas, farmacológicas... será difícil que sean cubiertas por un sistema universal que se provea de las cotizaciones.



Ricardo Oliván Bellosta

Tenemos que trabajar con la población, la información, se habla de espacios sociosanitarios, yo hablo de educativosanitarios, es decir, incorporar en los sistemas educativos, en la ESO, una asignatura que dé y haga que tengamos una población más sana, eso nos ayudará a tener menos pacientes y, por tanto, un sistema más sostenible. Que, si alguien llega a ser paciente, sea un paciente experto y gestione mejor su enfermedad y tenga menos coste para el Sistema Sanitario. Que tengamos barreras secundarias, para que, si alguien va a tener un problema, se lo podamos detectar cuanto antes, permitirá que se lo solvemos de la mejor forma posible y, encima, tenga un coste menor para el Sistema.

Y, sin contar con el instrumento fundamental que tiene un sistema sanitario, en Valencia tengo más de 60.000 profesionales sanitarios, las políticas que pueda aplicar no servirían para nada. Tenemos que conseguir, lo están asumiendo y ayudando, que entiendan que son los verdaderos ges-

tores del gasto sanitario y nuestras medidas no tienen sentido si, en su quehacer diario, no se concientian de que, después de lo más importante, que es el ejercicio de los cuidados sanitarios del paciente, esta la sostenibilidad y, ahí, tienen un papel protagonista. Les hago cómplices de esa sostenibilidad que, junto a interactuar con la población, para tenerla más informada y experta de paciente, nos ayuden a crear un sistema al que le queda mucho recorrido.

“No siempre, con la mejor tecnología, consigues el mejor resultado, por eso habla del sentido común, que debemos tener los profesionales, que utilizan la tecnología, y los gestores, pensando siempre en el fin último: el paciente”

Manuel Llombart Fuentes

JOSÉ IGNACIO NIETO Defiendo el sistema autonómico, este problema no se resuelve desapareciendo la competencia de las Comunidades Autónomas en Sanidad. Hay que pedir una responsabilidad de cómo se gestiona ese servicio y, al final, ese dinero, cómo lo administramos o utilizamos, porque hoy no es finalista en la financiación de las Comunidades, para que nuestro Sistema Sanitario, en todas las Autonomías, y, por tanto, en el Sistema Nacional de Salud, sea sostenible. Hemos estado, años anteriores, pidiendo que se estudien temas de financiación en el Consejo Interterritorial, y que se hable, donde procediese, de qué estaba pasando con la situación financiera de los servicios de salud, y así llegamos a la crisis, no sólo de Sanidad, pero que la sufrió de manera importante, y tubo, también, influencia en la crisis general. Y ha habido que afrontarla con medidas, tomar decisiones y pedir esa responsabilidad para poder mantener un buen Sistema Nacional de Salud, que tiene que tener cambios, y

que todos, después de superar la crisis económica, estaremos en una situación, un marco, escenario, diferente. Seguramente mejor, pero completamente distinto.

En el Sistema Nacional de Salud, en el que encontramos nuestros servicios de salud, tenemos que tener y ser conscientes de cómo determinamos las Carteras de Servicios; cómo podemos, en cada servicio, ofrecer una serie de servicios y dónde tienen que existir otros unificados y de referencia. Habrá que ver si hace falta un servicio único de una determinada especialidad, en un lugar de España, gravando a una Comunidad Autónoma, o tiene que haber más. Y, cuando nos movamos en ese entorno, ver cómo nos vamos a compensar, financieramente, por los servicios que estamos prestando, que superan lo presupuestado a cada Autonomía, y estamos atendiendo otras cuestiones. Hay que solucionarlo, no es fácil, se encaminan soluciones. Para estas cuestiones ordinarias, que tenemos que avanzar, el fondo de cohesión va a dar lugar al de garantía asistencial, una herramienta importante, en el futuro, para resolver parte de estos problemas. Podrá haber un servicio de referencia, donde se atienda mejor a los pacientes de todo un entorno territorial, que supere la Comunidad, y si las reglas están bien establecidas, y las respetamos, se podrán hacer otra serie de atenciones, ordinarias o extraordinarias, y conseguiremos dar mejor servicio a todos los pacientes, sean de donde sean, que se acercan a nuestra Autonomía.

RICARDO OLIVÁN En definitiva estamos hablando de financiación. En esta Comunidad Autónoma, en relación con el aseguramiento privado, se comparte en la sociedad con normalidad. No creo que el horizonte sea muy diferente al que tenemos ahora, en cuanto a la forma de entender la financiación de nuestra Sanidad. Tampoco

creo que la población esté preparada para ello, en relación con los modelos apuntados. Existe el aseguramiento privado y, en Aragón, se ha creído conveniente primar, a través de reducciones en IRPF, que vayas al privado, que estas personas estén aseguradas va a suponer ahorros en el sistema público. Algunos no lo entendieron, pero es de sentido común.

El tema de la financiación lo analizo a nivel global, cualquier decisión que tomemos respecto a qué incorporamos con la Cartera de Servicios, no digo que sean medicamentos, nuevas tecnologías, tratamientos, lo tenemos que valorar porque, los recursos son los que son, la demanda es creciente, cada vez va a haber más necesidad de atender a pacientes con más problemas, como consecuencia del envejecimiento, y eso va a llevar a una situación, si no se toman medidas, difícilmente gestionable en el futuro. Cualquier decisión tiene que ser pensada, calibrada, en relación con qué repercusión va a tener a futuro en el sistema. No quiere decir que no esté de acuerdo con aumentar la Cartera de Servicios, pero con prudencia y habiendo meditado.

A nivel autonómico hay otro aspecto de la financiación, importante, en relación con el gasto sanitario en Comunidades, que hay diferencias de 300, 400 euros, por persona/año. Hay que tener en cuenta que las circunstancias de la Sanidad en cada Comunidad son diferentes. En Aragón tenemos una población envejecida, con envejecimiento creciente, con tasas que, en esperanza de vida, en el caso de las mujeres está en el 82, en hombres 80, muy dispersa y poblaciones pequeñas, y hay que llegar a todos los rincones. Están las nuevas tecnologías, la atención a domicilio, la nueva tecnología en la prestación de servicios y en la recepción del servicio, pero, al final, debemos llegar a todos los rincones de

esta Comunidad Autónoma, y eso supone un gasto por habitante mayor que en otras como, por ejemplo, Valencia, o Murcia, con una población más concentrada y no tan envejecida. Y esta cuestión se tiene que entender a la hora de financiar las Autonomías en materia de Sanidad, porque no es la misma realidad aquí, o Castilla-León o Galicia, que la de, con respeto, Valencia, Madrid o Murcia, es totalmente diferente. Es un problema con el que estamos peleando, hace tiempo, en esta Comunidad.

“Al paciente le hemos puesto en la mano su historia clínica, que tengan todos sus datos sanitarios, de todos los niveles, en ‘La carpeta sanitaria del ciudadano’”

José Ignacio Nieto García

CATALINA LORENZO Apuesto por una Sanidad Pública, las medidas que estamos tomando, a nivel regional, también el Ministerio, van orientadas a perpetuar y que perviva un Sistema Nacional de Salud universal, gratuito, de calidad y eficiente. A pesar de ello, tenemos que contar con la atención privada, la colaboración público privada, para satisfacer las necesidades de salud de nuestros ciudadanos. Cómo afrontamos los riesgos derivados de la pérdida de salud y el envejecimiento, si hablamos de financiación, fórmulas hay para compensar, a cada Comunidad, en función de su diversidad. ¿Cómo es la población?, edad, dispersión geográfica... todo eso debe marcar esa Ley de Financiación Autonómica, donde debe quedar patente la diversidad, que debe ser motivo de unión, no de desunión, entre las Comunidades Autónomas. En la cronicidad tenemos que anticiparnos a que aparezca la enfermedad e, incluso, ver el trasfondo social detrás de cada persona que va a tener un problema de una patología crónica. Arbitrar cómo va

a ser esa asistencia sociosanitaria, desde el principio, para prever, afrontar, con menos gasto y más salud, esas patologías crónicas.

“Antes de hablar de demanda, hay una pre-demanda, personas que no son pacientes, pero sobre los que hay que actuar. La promoción, la educación para la salud, actúa sobre la pre-demanda, sobre personas que no son pacientes para que, si es posible, no sean pacientes o, si lo son, lo sean cuanto más tarde mejor”

Ricardo Oliván Bellosta

MANUEL LLOMBART Se han abordado dos temas que, uno estamos todos de acuerdo, ojalá tuviéramos finalistas en Sanidad, pero hay cosas que no comparto del todo, no se trata de disputar entre Comunidades, sino de sinergias y enriquecer a través del diálogo. Está claro que Comunidades, como la nuestra, que, al ser grandes, tienen un poco de todo, zonas con población con una baja densidad y envejecida, urbanas, factores sociológicos y epidemiológicos e, incluso, geográficos, que pueden ceñirse, no justifican a veces las desigualdades que tenemos en la financiación de la Sanidad. Somos la Comunidad Autónoma que más dedica de su presupuesto anual a la financiación de nuestro Sistema Sanitario, el 42%, y, aún así, tenemos un ratio por habitante de 1.050 euros/año. Hay Comunidades por debajo de la media, que están en 1.550 euros habitante/año. No hay variable que justifique que un Sistema Sanitario, si lo ceñimos a los cinco millones de valencianos, pudiera tener 4.500 millones de euros más, por el hecho de tener unas variables, que puedan ser justificables, y justificar diferencias, pero no las amplias diferencias y lo difícil que se hace gestionar, con presupuestos estrechos y financiaciones ajustadas, que derivan de una inflación que sufrimos en nuestra Comunidad.

Turno de preguntas

PARTICIPANTE En un Sistema Sanitario, como el nuestro, organizado en dos niveles asistenciales, el paciente sólo tiene dos decisiones de demanda: acudir a su centro de Atención Primaria o a Urgencias. A partir de ahí, todo el movimiento del paciente, a través del Sistema Sanitario, se realiza bajo indicación de profesionales. ¿Es posible que llegásemos a admitir que el paciente no siempre sabe lo que es urgente o puede esperar? Una parte de la demanda será indiscriminada, en ese sentido, pero no puede serlo la respuesta que damos. ¿Realmente la Atención Primaria es el punto de referencia, que realiza esa tarea de filtro tan importante para el Sistema Sanitario? ¿Por qué la Primaria no es un atractivo para el ejercicio profesional? ¿Cómo plantearíamos que Atención Primaria sea capaz de hacer esa regulación de la demanda, que no es al paciente a quien corresponde, sino a los profesionales?

CATALINA LORENZO Con respecto a la demanda, lleva razón, el paciente muchas veces no sabe dónde tiene que ir y, cuando acude a la puerta de Urgencias de un Hospital, el profesional que lo atiende, sea el médico o enfermero, tampoco se preocupa de explicarle cuáles son las vías de acceso a su problema, o que ese problema se podía solucionar en otro nivel. Y esa es una responsabilidad que teníamos todos los profesionales sanitarios. En la Atención Primaria nos tenemos que crear nuestro papel y, desde la Administración sanitaria, quizá no hemos dado el apoyo suficiente para que los profesionales entiendan que son los principales actores, a la hora de tener al paciente atendidos en una consulta, sea médica, de enfermería, de la matrona, de lo que necesita el paciente en un centro de Atención Primaria. Es una asignatura

pendiente, y me preocupa, porque, mientras que no recuperemos ese afán de ser protagonistas, de la Atención Primaria, lo que hagamos en el hospital va a fallar, seguro, y nos va a costar más caro.

RICARDO OLIVÁN El ánimo de todos es que de verdad sea ese filtro. Hay capacidad para que así sea pero hay que hacer cosas. Es importante darle a la enfermería la capacidad de resolución que realmente tiene. Estamos trabajando, en Aragón, en varios proyectos piloto, para, además de aprovechar al máximo un recurso humano importante, la enfermería, generar tiempo disponible en el otro colectivo importante, el médico, que va a tener más tiempo como consecuencia de la aplicación de la nueva tecnología, la receta electrónica. Con una adecuada utilización del tiempo se puede dedicar más a cada paciente, aumentar la capacidad de resolución y evitar derivar tantos pacientes al hospital, y hacer de verdad de filtro. Hay otra cuestión importante, que es la educación para la salud o el uso racional de la Sanidad, y hablo de las Urgencias. Hay una cultura, cuando hay alguna cuestión, que el paciente entiende que es urgencia, y vuelvo a la diferencia entre demanda y necesidad, que les hace que tengan propensión a ir al hospital.

Hay otra parte, la más importante, el paciente, que tiene una forma de entender el acceso a la Sanidad y el servicio que le presta, que es la que es, y por desgracia, y voy a ser claro, la Atención Primaria es la Primaria, y la Especializada es donde me resuelven los problemas cuando alcanzan cierto nivel. Si estamos yendo en una línea, contraria a esto, para aumentar la capacidad de resolución de la Primaria, para que sea el filtro, tenemos que ser capaces de formar a los pacientes para que entiendan este cambio, porque algunos no entenderán que el médico de Primaria le resuel-

va problemas que les resolvían en el hospital. O la enfermera de Primaria les resuelva problemas que les resolvía el médico. Y me preocupa, lo he hablado con los Colegios de Médicos, es una labor que tenemos que ir haciendo, porque, si no, podemos chocar con la opinión del paciente, que no entenderá determinados cambios, puede entender que van en contra de sus intereses.

JOSÉ IGNACIO NIETO Muchos pacientes, de los que van a Urgencias, saben que no tenían que ir. Atención Primaria hay que potenciarla de una manera importante, es cierto, hace falta una complicidad, no sólo de los especialistas sino también de los médicos de familia, la enfermería, coordinando a la Atención Primaria, médicos de familia, con los especialistas del hospital y, cuando se consigue, hay menos consultas, una resolución más rápida, mejor atención, con el diagnóstico y el tratamiento antes.

Otros sumarios

“Les hemos puesto en la mano su historia clínica, que tengan todos sus datos sanitarios, de todos los niveles, en “La carpeta sanitaria del ciudadano”. Pueden ver sus citas, pedir las; tienen sus informes de alta, hospitalización, urgencias; resultados de pruebas diagnósticas, biomédicas; ver o llevar sus pruebas de imagen, y un abanico amplio”

José Ignacio Nieto García

“Los profesionales tenemos que tener en cuenta que, cuando un paciente demanda un servicio sanitario, ese paciente es único y su problema es el problema de ese paciente. No podemos generalizar a todos los pacientes por igual y tenemos que determinar qué conocimiento tiene de su proceso, qué nos consulta, qué explicarle, para que pueda entender cómo tiene que hacer ese tratamiento”

Catalina Lorenzo Gabarrón

“Un sistema sanitario sin profesionales no existe, todo lo demás lo hacemos, pero nuestro gran valor son los profesionales. Y, para conseguir que se impliquen más en esta gestión de la demanda, tendremos que, si somos capaces y nos atrevemos, modificar el sistema retributivo”

José Ignacio Nieto García

“Cualquier incorporación de un instrumento de nueva tecnología, innovación, no podemos sacarle el máximo de eficiencia, a nivel global, porque tenemos un sistema muy encorsetado, que nos impide una reorganización del resto de recursos”

Ricardo Oliván Bellosta

“Algunas tecnologías, sobre todo del ámbito del medicamento, con nuevos medicamentos, donde se está dando esperanzas a pacientes que no las tenían, no pueden quedar al arbitrio de cada Autonomía, debe ser el Ministerio quien dirija, a través de las sociedades científicas, qué indicación tiene ese fármaco, a qué pacientes hay que dárselo”

Catalina Lorenzo Gabarrón

“El Sistema Nacional de Salud, en el que encontramos nuestros servicios de salud, tenemos que tener y ser conscientes de cómo determinamos las Carteras de Servicios; cómo podemos, en cada servicio de salud, ofrecer una serie de servicios y dónde tienen que existir otros unificados y de referencia”

José Ignacio Nieto García

“Un profesional de la Sanidad, me da igual que sea un jefe de servicio, adjunto, enfermera o auxiliar, tiene que pensar siempre en dos segundos, no un minuto. Primer segundo: el paciente; segundo: cómo afecta la decisión, que está adoptando, en el sistema, y eso es gestionar”

Ricardo Oliván Bellosta

“Tenemos que trabajar mucho con la población, la información, espacios educativos-sanitarios, es decir, incorporar en los sistemas educativos, en la ESO, una asignatura que dé y haga que tengamos una población más sana. Que, si alguien llega a ser paciente, sea un paciente experto y gestione mejor su enfermedad y, por tanto, tenga menos coste para el Sistema Sanitario”

Manuel Llombart Fuentes
