

## Reorganizar el sistema: por un Sistema Nacional de Salud de calidad, centrado en el paciente, eficiente y sostenible



De izquierda a derecha y de abajo a arriba: Ángel J. Pérez, José Ignacio Echáinz, José Barea, José Manuel Romay, Elena Miravalles, Jesús Hernández, Carmen Hernando, Jordi Colomer, Francisco Cárceles, Carmen Pérez, Javier Elviro, Luis Rodríguez, Cristina Leube, Ángel de Benito, Carlos Fernández, José Luis de Sancho, Diego Falcón, Javier Colás, Javier Elola.

### Participantes:

Ángel J. Pérez Gómez, José Ignacio Echáinz Salgado, José Barea Tejeiro, José Manuel Romay Beccaría, Elena Miravalles González, Jesús Hernández Díaz, Carmen Hernando de Larramendi, Jordi Colomer Mascaró, Francisco Cárceles Guardia, Carmen Pérez Mateos, Javier Elviro Peña, Luis Rodríguez Padial, Cristina Leube Jiménez, Ángel de Benito Cordón, Carlos Fernández Rodríguez, José Luis de Sancho Martín, Diego Falcón Vizcaíno, Javier Colás Fustero y Javier Elola Somoza.

Moderadores: Elena Miravalles González y Ángel J. Pérez Gómez.

**E. Miravalles:** Este punto de encuentro plantea una primera reflexión sobre el documento que hemos elaborado con el título de “Reorganizar el sistema” y en el que todos habéis participado durante los meses de julio y agosto, si bien a través del correo electrónico. Ahora podemos avanzar presencialmente en ese debate, que como sabéis tendrá un primer hito con la publicación a principios de 2012 de un monográfico y un segundo hito en las XI Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios el próximo mes de mayo en Valladolid. El monográfico incluirá este y otros puntos de encuentro donde se exploren cada uno de los vectores de cambio que planteamos para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

**Á.J. Pérez:** El documento que todos estamos utilizando corresponde a la versión de 4 de agosto, aunque se han recibido y se siguen recibiendo aportaciones, sobre todo desde que lo “colgamos” en la web de la Fundación. Este primer punto de encuentro lo hemos situado en el ámbito del SNS y se están preparando los siguientes para el “espacio” autonómico, centros sanitarios, profesional... Las cuestiones orientativas que hemos planteado son:

1. ¿Hoy el paciente debe seguir siendo lo primero en el SNS?, ¿qué papel debe jugar la equidad?, ¿cuáles son las claves y qué medidas deberían instrumentarse?, ¿cómo afectará al modelo sanitario?
2. ¿Cuáles son los problemas que tiene el “gobierno” del SNS y cómo deberían solucionarse?
3. ¿Cómo garantizar la solvencia del SNS y desarrollar el compromiso con la eficiencia, la productividad y la calidad?, ¿cuáles son las claves y qué medidas deberían instrumentarse?
4. ¿Qué papel deben asumir los profesionales de la salud?
5. ¿Qué se debería hacer con las nuevas tecnologías, incluidas las referidas a la información y las comunicaciones?, ¿cómo puede afectar la crisis al despliegue de las nuevas tecnologías y TIC?

**J.M. Romay:** Hace casi 20 años, cuando empecé a meterme en estos “asuntos”, me hice la idea de que teníamos un SNS con valores extraordinarios. Su equidad, su universalidad, su financia-



De izquierda a derecha: José Ignacio Echániz, José Barea, José Manuel Romay, Elena Miravalles y Jesús Hernández.

ción, su accesibilidad para los pacientes, lo hacían extraordinario. Tenía además un equipo humano de muchísima calidad, unas infraestructuras y unos equipamientos que suponían un gran esfuerzo del país para mantener un buen nivel de estos servicios... y creí que lo que nos faltaba era un buen sistema organizativo, más flexible; el que teníamos me parecía demasiado burocrático, con poca motivación para los profesionales, que los médicos tenían poco papel y que de ahí podían venir algunas de las dificultades para conseguir todo lo que se podía esperar de un sistema de salud con tan buenas cualidades.

Como soluciones pensábamos que había que dar flexibilidad al sistema, que había que dar mayor papel a los profesionales médicos en la gestión y que se podía intentar un modelo de cierta competencia interna dentro del sector público, con más libertad de elección, a ver si por ahí entraban esa mayor flexibilidad y esa mayor eficiencia que se esperaba del sistema.

Creo que, básicamente, esas reflexiones siguen siendo válidas y ¿qué añadiría yo después de estos años y de los cambios que ha habido, que alguno sí ha habido, en nuestro modelo y en nuestro sistema? A mi juicio ha habido cambios muy positivos, como una descentralización muy importante que ha tenido muchas ventajas. Fui Consejero en una comunidad autónoma y sé el esfuerzo que se hizo entonces por mejorar lo que se recibía desde la Administración Central y creo que la descentralización del sector fue una decisión positiva para el país. Con el paso de los años aparecen también algunas disfunciones que no son deseables y que afectan al tratamiento de los pacientes, en los estatus profesionales, en la permeabilidad, en la comunicación..., han surgido una serie de problemas que nos conviene tener pre-

sente y afrontar porque hay valores que es importante conservar, como que haya una igualdad básica, que no sean compartimentos estancos sin permeabilidad...

En lo que no ha habido cambios es en la organización del modelo y me parece que siguen siendo necesarios por las razones que antes dije, como que hace falta flexibilidad, que es preciso implicar a los profesionales, porque si no, no seremos eficientes. Lo que he oído más a los profesionales que trabajan en los hospitales es que ha quedado desfasado el modelo organizativo, no ya por lo que he comentado de flexibilidad, burocratismo o falta de motivación, sino porque ha habido cambios en la medicina, cambios en la epidemiología, cambios en la prevalencia de las enfermedades, cambios en la estructura de la población y que nuestra organización hospitalaria sigue respondiendo a un momento donde, por ejemplo, predominaban las enfermedades agudas sobre las crónicas o la edad media de la población era mucho más baja. Hay compartimentos estancos, el paciente no es el eje del sistema, el proceso no es lo que manda en la organización, la atención primaria y la especializada están muy separadas...

Creo que esta problemática demanda una respuesta de los poderes públicos, porque esos reajustes organizativos deben generar mayor comunicación también entre los hospitales para propiciar el funcionamiento en red, porque la tecnología ofrece posibilidades que antes no existían, porque la economía exige rendimientos que antes no se exigían. Este cambio exige una participación muy importante de los profesionales médicos, la mejora de los protocolos clínicos (se tiene que acabar la peregrinación del paciente entre primaria y especializada) y la eficiencia tiene que ponerse como uno de los grandes desafíos que tenemos ahora si

queremos salvar este modelo en sus valores esenciales de equidad, de justicia, de igualdad... Todo esto con gran transparencia, con cambios en la medición, no se trata de hacer muchas cosas, hay que hacerlas eficientemente y con calidad. Esa transparencia tiene que llegar al paciente para facilitarle, en la medida de lo posible, su capacidad de elección.

**Á.J. Pérez:** Profesor Barea, ¿usted cree que con la mejora de la eficiencia el SNS podría ser sostenible a largo plazo?

**J. Barea:** Es fundamental, un SNS no eficiente no tiene futuro. La eficiencia tiene que ser un indicador de su buena marcha. La cuestión es que eso no se consigue con el "boletín" o por decreto. Por mucho que se diga que el SNS tiene que ser eficiente no lo va a ser por eso. Se deben poner los medios y uno de los más importantes es la competencia, en un sistema que debe ser financiado públicamente, pero cuya provisión puede ser pública o privada. La competencia constituye en un sistema de mercado, el principal indicador para conseguir la eficiencia y ese es el principal reto que tenemos por delante. Que un servicio se preste por el sector privado o por el sector público, no quiere decir que uno sea bueno y el otro malo, para que el sistema sea eficiente debe prestarlo aquel que sea capaz de dar un servicio dado a un menor coste y con una mayor calidad, de ahí vendrá la eficiencia.

El envejecimiento de la población española trae consigo un mayor coste por persona, lo ha puesto de manifiesto la CEE indicando el riesgo que tienen los países con un rápido envejecimiento poblacional y España es uno de los primeros señalados, solo nos queda gestionar eficientemente para que el sistema siga siendo equitativo.

Cuando digo esto me responden que quiero privatizar la sanidad. No, no quiero, la sanidad tiene que ser pública, pero que sea pública o privada no depende de quien la gestiona, sea privado o público, depende de que el beneficiario de ese bien público no tenga que pagar. Eso no excluye el copago, que además lo tienen establecido la mayor parte de los países con sistemas públicos de salud para hacer más eficiente el sistema y que lo utilice quien realmente lo necesita. Nosotros como consumidores debes procurar hacer lo posible para que el sistema no incurra en gastos innecesarios.

**Á.J. Pérez:** Consejero Echániz, el Profesor Barea nos ponía ahora en el mismo nivel eficiencia y equidad, ¿qué papel va a jugar la equidad en el sistema?

**J. Barea.** Nuestro sistema es bastante equitativo, los informes de la OCDE o la Comisión Europea, lo considera bastante equitativo medido en el acceso libre de la población a esos servicios y que todos tengan derecho a esa prestación de forma gratuita. No se considera que un copago asequible a cualquiera de los niveles de renta haga inequitativo el sistema.

El copago se establece muchas veces para evitar abusos en el uso de ese bien público, que en definitiva hacen no equitativo el sistema. Por eso como España tiene un sistema bastante equitativo el problema es la eficiencia en el uso de los recursos. La equidad también se podrá mejorar, pero creo que el gran margen de mejora está en la eficiencia.

**J.I. Echániz:** Primero quiero agradecer la posibilidad de participar en uno de los ámbitos de trabajo sanitario que considero más serio y riguroso de este país y del que no es por tanto baladí



De izquierda a derecha: Carmen Pérez, Jordi Colomer, Javier Colás, Cristina Leube y Luis Rodríguez.

que algunas personas formemos parte de él desde hace muchos años desde distintas opciones políticas e ideológicas, precisamente porque en este foro siempre hemos debatido de una forma profesional y responsable sobre algunos de los elementos esenciales que configuran nuestro sistema sanitario.

En segundo lugar, permítanme una brevísima reflexión sobre alguno de los elementos generales del documento sometido a debate hoy. El documento "Reorganizar el sistema" me parece un documento serio que busca el consenso sin intentar ser exhaustivo, evita evidentemente alguno de los puntos conflictivos y cuya puesta en marcha no garantizaría la sostenibilidad de nuestro sistema, porque faltan algunas de las medidas más controvertidas, o por lo menos un análisis de las mismas. Sin embargo, está lleno de sentido común y de conocimiento del medio sanitario. No lo suscribiría, por ejemplo, un nacionalista, porque hace una apuesta muy importante por la cohesión, que es uno de los elementos esenciales para la mejora del sistema en este momento.

El sistema *per se* no es insostenible, lo que son insostenibles son algunas prácticas de gestión. Hemos tenido algunos ejemplos en los últimos años muy significativos, como la apertura de centros innecesarios que han terminado reduciendo la eficiencia de la atención. La presión política de las transferencias propiciando una mayor

cercanía del poder autonómico y local al ciudadano ha generado una mayor presión sobre los responsables que la planificación sanitaria. Esto ha provocado que el sistema genere más gasto del que el país se puede permitir, también gracias a unos instrumentos realmente perversos como los créditos ampliables.

Un presupuesto es una ley de obligado cumplimiento que tiene que tener unos ingresos y unos gastos, que han de equilibrarse y cumplirse a final de año, y si eso no se produce, se incumple la ley y además se genera un déficit que se convertirá antes o después en deuda que habrá que pagar, lo cual traerá recursos del ejercicio siguiente, con las consecuencias que eso tiene. Esta es la regla, si no me corrige el profesor Barea, y por lo tanto los créditos ampliables, los deslizamientos de partidas de un ejercicio al siguiente y el aumento de los periodos de pago a los proveedores no son el camino a seguir. La senda necesaria se construye con rigor y profesionalidad en las decisiones. De esa manera se contribuirá a hacer un sistema más sostenible.

Segunda reflexión: llevo trabajando 30 años en el ámbito sanitario y siempre he tenido la oportunidad de escuchar a importantes responsables políticos de este país que han puesto sobre la mesa la necesidad de que la sanidad incorpore un punto más del PIB. Primero se pedía el cinco, luego el seis y siempre más... Está muy bien plantear un dis-

curso incremental de los recursos, pero esa no es la solución, porque la siguiente respuesta que hay que dar es a quién se le quita ese punto del PIB, porque el PIB es la riqueza y si se quiere dedicar más parte de la riqueza para dedicarla a sanidad se le restará a campos como la educación, las infraestructuras... Un país puede gastar lo que le permiten sus ingresos. Ya me gustaría que España tuviese una sanidad como la de otros países en términos de eficacia.

España debe tener una sanidad acorde a los recursos que sus ciudadanos prestan al sistema. Mi sensación es que en los últimos años hemos gastado más de lo que el Estado se podía permitir. Prueba de ello es que en este momento hay deudas inmensas que hay que pagar. Por tanto la sanidad del futuro va a tener menos recursos como consecuencia de esta dinámica de gasto.

Lo cierto es que en estos últimos años además, ha habido un descenso importante de los ingresos, por impuestos directos, por impuestos indirectos y por cotizaciones a la Seguridad Social, así que el sistema de pensiones, por ejemplo, estaría en números rojos si no fuera por el fondo de reserva. El país, como consecuencia de esta caída, debería haber repensado sus servicios en términos de mejora de la eficiencia, para acomodar esta situación, pero la salida de la crisis va a suponer que vamos a tener que pagar en el futuro con recursos de ese momento prácticas constantes del pasado. Esa es mi reflexión: el sistema no es insostenible per se, son determinadas prácticas las que pueden hacerlo insostenible, porque además el déficit se convierte en deuda que hay que colocar en el mercado compitiendo con la empresa privada, que se queda sin esos recursos y reduce la creación de empleo. Al final se hace una bola con cinco millones de parados, que dejan de cotizar, que consumen el

seguro de desempleo y que, además, no generan impuestos. Esta perversa situación es la que vivimos en estos momentos.

La tercera reflexión: hecho en falta en el documento referencias a la prevención y a la salud pública, una clara competencia del SNS. Creo que tenemos un sistema bastante centrado en el paciente, aunque se pueda mejorar mucho más, pero tiene que preocuparse más de la salud de las personas y no necesariamente de las demandas de las mismas, porque no hay ninguna evidencia de que sea positivo para la salud de los ciudadanos darle siempre la razón al paciente o al cliente, o atenderlo como si se estuviera consumiendo cualquier otro tipo de bien. Lo mismo sucede en educación, ¿por qué? Porque hay una importante asimetría de la información y esto también es el origen de algunos de los problemas que sufrimos ahora.

Me gustaría comentar un tema esencial del documento: la educación del paciente como una actividad primordial del sistema. Hay que educar a la población, no solo a cada paciente. Estoy hablando de educación en el sentido de favorecer la correspondiente capacidad para tomar decisiones y asumir corresponsabilidades, no estoy hablando simplemente de transmisión de la información, porque eso no es realmente educación. Y no solo a la población en general, sino también a los colectivos profesionales, cuyas actuaciones tienen repercusiones evidentes sobre la salud (verticalmente a la población y horizontalmente a colectivos como legisladores, gestores, profesionales, etc.).

También quiero hacer un apunte sobre la equidad. Es un principio constitucional esencial que define, al menos teóricamente, nuestro SNS. Me refiero no solo la equidad intrarregional, sino

interautonómica y, si me apuran, entre los Estados de la CEE.

Coincido con el análisis realizado por el Ministro Romay sobre las transferencias y las ventajas que han producido en la cercanía de los servicios a los ciudadanos y en la mejora de la atención, pero debo hacer alguna crítica: creo que pecamos en aquel momento de no construir las bases de una coordinación legislativa previa a las transferencias que permitiese una ordenación más inteligente. En estos últimos años, de una forma más acelerada, se han consentido incumplimientos normativos, desobediencias voluntarias y hay enormes lagunas en la alta inspección en homogeneidad, en equidad, en fondos de cohesión, etc., que sin duda son el pegamento esencial de un sistema como el nuestro. En estos aspectos hoy estamos peor que entonces y esta debe ser una prioridad básica, hay que reconstruir elementos de cohesión del sistema que permitan que los ciudadanos tengan los mismos derechos sanitarios y esa revisión debe realizarse, además, de forma eficiente y normativa.

Hay que gobernar un SNS que está en crisis, no solo por la coyuntura económica, y hay una clarísima oportunidad en este contexto para salir adelante. Creo que el instrumento esencial para la organización de la cohesión es que el Estado mantenga parte de los fondos dedicados a la sanidad. No conozco ningún incentivo mejor que el económico para hacer cumplir las responsabilidades. Mi propuesta sería que una parte de la ejecución del presupuesto de sanidad, no sé si finalista o no, porque ambos tienen sus ventajas y sus inconvenientes, lo tuviera el Estado, no solo para hacer de fondo de compensación, sino también como poder para garantizar la equidad.

Por último, a mi juicio en el documento faltan también referencias a la amplia-

ción de los servicios sociales y al cuidado de los cuidadores familiares del enfermo. Está muy bien hablar de la telemedicina y del cuidado en el domicilio como prioridad, pero entonces tenemos que modificar la estructura física y humana para capacitarla para ese nuevo reto.

Estos son los elementos que pongo encima de la mesa para su debate y para su inclusión en el documento definitivo que en líneas generales me parece un magnífico texto, pero que, sin duda, en estas sesiones podremos mejorar.

**J. Hernández:** En esta ronda de aportaciones voy a leer las notas que ha enviado Fernando Lamata sobre el documento y las que él tenía para hacer sus reflexiones en este punto de encuentro:

“Coincido con las propuestas incluidas en cada apartado del documento y hay referencias similares en documentos como ‘Estrategia de Salud y Bienestar Social 2011-2020’ elaborado por la Consejería de Castilla-La Mancha’. Si las coincidencias son mayoritarias, hay también algún matiz.

En el Apartado 4 de Gobierno del Sistema se incorpora un párrafo sobre las aportaciones de los usuarios. El tema es complejo y no se puede analizar en un párrafo. Pero, en todo caso, es un aspecto de financiación, más que de gobierno del sistema.

La gestión de la demanda, la utilización responsable, la autogestión de los pacientes, la atención domiciliaria, el freno a la oferta no contrastada, son otros aspectos que están en el documento. Las aportaciones de los usuarios son una forma de financiación para el sistema sanitario público que no comparto. Entiendo que la financiación debe ser por vía fiscal. Pagamos en fun-

ción de posibilidades, y el sistema atiende a las personas enfermas cuando lo necesitan. Es la gran conquista social del siglo XX.

La financiación sanitaria finalista es un objetivo deseable. Es complicado teniendo en cuenta el actual modelo de financiación no finalista, y el proceso de reivindicación de las comunidades autónomas que ha conducido a ese modelo. Pero pueden buscarse fórmulas. Este aspecto tiene que ver con lo que se discute en el apartado 8 de solvencia.

En el SNS, desde que se desgajó el INP en las cuatro entidades gestoras, el Insalud tuvo una financiación inicial inferior a la liquidación del año anterior. El presupuesto era ampliable (en farmacia) y con decisiones del Gobierno a lo largo del año.

Además de esa diferencia entre presupuesto inicial y final, podía haber una diferencia entre el final (liquidado) y el real. Es decir, podían quedar deudas sin pagar. Esa deuda anual se iba "arrastrando", ya que consumía presupuesto del ejercicio siguiente, y creaba una "pelota". A lo largo de estos 30 años se han hecho "operaciones extraordinarias" para reducir o eliminar la deuda.

Como el modelo de financiación no es finalista, si se quiere estimar el gasto real actual, hay que ir a los presupuestos "liquidados" y estimar el déficit anual a partir de las deudas acumuladas y su crecimiento anual. En los años previos a la crisis, el déficit anual estaba en torno a los 1000-2000 millones, mientras que en los últimos dos años se ha situado en 3000-4000 millones. La deuda acumulada se ha situado en 13-15 000 millones.

Debería pactarse con las comunidades autónomas que fijaran en sanidad un

presupuesto inicial igual al real, a cambio de mejorar la financiación anual del modelo para esta finalidad (equilibrio), con una partida extraordinaria para la deuda (saneamiento). Además, las comunidades autónomas deberían comprometerse a una serie de controles del crecimiento del gasto, en línea con lo que aporta el Documento Signo: temas de personal (plantilla, retribuciones), temas de inversiones, nuevas prestaciones, indicaciones y duplicaciones de indicación, calidad y eficiencia, etc. El tema es muy complejo. Pero es viable ya que el gasto sanitario público total sigue estando en nuestro país en una proporción similar o menor a la de los países europeos de nuestro nivel de renta.

Otro aspecto relacionado es el del apartado 7. Coste, eficiencia, productividad... Aquí se hacen valoraciones sobre la eficiencia de un recurso concreto, sin tener en cuenta otros valores añadidos en el conjunto de una comarca, o del propio servicio regional de salud. Las características de cada región y de cada comarca son diferentes y es preciso un análisis de muchos parámetros de desarrollo regional, consolidación de población, mejora de servicios, etc. La sanidad como inversión y no como gasto (que también se indica en el punto 9 del documento Signo). Creo que habría que matizar este apartado. En todo caso coincido con la conveniencia de coordinar, y en algunos casos integrar procesos, niveles, centros, etc., más allá de la 'frontera' autonómica.

En cuanto a las cuestiones que se plantean como orientativas para esta reunión:

El paciente lo primero: sí, es nuestra razón de ser. El SNS es la organización para que todos los españoles accedan a la atención sanitaria que precisan siendo clave la equidad. En un sistema





De izquierda a derecha: Diego Falcón, Ángel J. Pérez y Francisco Cárceles.

de sanidad privada el paciente es muy importante, pero no es importante la equidad, porque accede quien puede pagar. En la sanidad pública se debe atender a todos por igual; ahora bien, ¿qué podemos dar?, ¿con cuánto?, ¿de quién?, ¿a quién?, ¿en función de los recursos del país?, ¿de la fiscalidad?, ¿de la distribución?

Nuevo papel de la autonomía en la responsabilidad del paciente en el cuidado de su salud. Responsabilidad en el uso de los servicios. Gestión de su propia enfermedad. De la cronicidad. Escuelas de pacientes. Nuevas tecnologías a domicilio incluso.

Gobierno del SNS. Sistema de toma de decisiones del Consejo Interterritorial. Prestaciones. Estrategias... Estructura para el SNS: central de compras, temas de personal, sistemas de información, participación en los temas europeos o mundiales.

Referente a la solvencia del SNS en la eficiencia, productividad y calidad: ¿Cuánto podemos gastar? ¿Cuánto queremos gastar? ¿Financiación –nuevo modelo– insuficiencia financiera? Un punto menos de gasto en porcentaje del PIB respecto a los países de la UE-

15, el problema está en los bajos ingresos fiscales, porque tenemos un 30% del PIB frente al 40% de la UE-15. Después del superávit del 2005, 2006 y 2007 ligado al aumento de actividad y al sector inmobiliario, la crisis financiera y el estallido de la burbuja inmobiliaria hacen caer los ingresos fiscales 6,6 puntos del PIB, es decir, cerca de setenta mil millones de euros, mientras que en la Unión Europea cae un 1,2% del PIB. Aquí está el problema, junto a la caída de ingresos, el aumento del gasto en la prestación del desempleo y en apoyo a las entidades financieras (50 000 millones más), generan el déficit del 11% del PIB, no es por el gasto sanitario. Con unos ingresos fiscales similares a los de la UE-15 y reduciendo el fraude fiscal a la mitad habría financiación más que suficiente para la sanidad y otros programas sociales. El gasto en relación al PIB creció dos puntos entre 1960 y 1970, otros dos puntos en la década siguiente, entre 1980 y 1990 creció 0,9 puntos, entre 1990 y 2002 tuvo un crecimiento cero. Doce años con un 5% de gasto sanitario, se pudo y se quiso controlar. El gasto privado creció cerca de un punto del PIB. La sanidad pública se deterioró. En los años 2000 a 2010 ha crecido un 1,8% del PIB, en proporción a nuestro nivel de renta, un poco por debajo. Por

lo tanto sí que creo que es sostenible, otro caso es si el modelo de financiación autonómica se debe volver a financiación finalista o gasto per cápita.”

Por mi parte, coincido con las tres intervenciones previas y destaco la priorización de la eficiencia en las actuaciones porque es la clave de la sostenibilidad del sistema, para lo cual parece preciso crear algo que algunos pedimos desde hace tiempo como es la creación de una agencia estatal que valore las decisiones en tecnologías, en equipamientos o en medicamentos que se toman en las diferentes Consejerías, muchas veces con criterios poco uniformes.

**L. Rodríguez:** Hablo desde la perspectiva del clínico que tiene al paciente al otro lado de la mesa. Todos conocemos el sistema sanitario, pero nosotros, los clínicos, tenemos el paciente delante, por lo que tenemos otra perspectiva. Creo que el paciente debe ser el centro del sistema, Tenemos un buen sistema sanitario, pero evidentemente las cosas deben mejorarse. El SNS tiene muchos márgenes de mejora. Se estima que los costes de la no calidad en una empresa de servicios están entre el 30 y el 40%; no sé cuál es la estimación para el SNS pero queda claro que hay un margen importante de mejora.

La inmensa mayoría de los clínicos estamos por esa mejora de la eficiencia. Los médicos queremos ahorrar, antes y ahora, pero queremos hacerlo cuidando al paciente y haciendo la práctica médica de forma correcta. Muchas veces nos da la impresión de que el sistema ha crecido demasiado y de forma desproporcionada; la burocracia es excesiva, lo que limita la autonomía del clínico en la toma de decisiones dirigidas a mejorar el sistema.

Considero que, si bien ahora toca ahorrar y gestionar mejor lo que tenemos, a

medio y largo plazo habría que aumentar la inversión en sanidad. Seguimos por debajo de la media europea en inversión en sanidad; además, tenemos una sociedad europea y unos pacientes europeos que nos demandarán una sanidad a ese nivel y será muy difícil convencerles de que pueden disminuirse algunas prestaciones.

A veces, y estando de acuerdo con ajustar el gasto, el farmacéutico por ejemplo, hay que tener cuidado con no “pasarse de frenada”. Hay que dar el fármaco adecuado al paciente adecuado, y eso es una labor del médico que está al cuidado del paciente. Con frecuencia, el gasto excesivo viene por el uso inadecuado de los fármacos o de las tecnologías, y ahí hay una importante labor que realizar. Si queremos ahorrar en exceso en medicamentos y tecnología, a parte de poder comprometer la calidad del sistema, corremos el riesgo de comprometer la investigación en tecnología, la investigación biomédica y puede que dentro de diez años estemos haciendo, lo mismo que ahora se quiere hacer con la construcción, reactivarla. No debemos olvidar que detrás de estas industrias hay muchas cosas más, y cosas que nos permitirán progresar en el futuro. No quisiera tener que asistir a programas de reactivación de la industria biomédica en unos años.

Hay que mejorar la acción primaria-especializada, se ha avanzado poco en ese sentido, pero con equilibrio. A veces se habla de los crónicos y de la “muerte de los hospitales”, pero no olvidemos que hasta los crónicos tienen problemas agudos y que, por tanto, los hospitales son imprescindibles en una medicina moderna. “Primaria y especializada” deben buscar un mejor equilibrio y mayor coordinación. Deben trabajar juntas.

En definitiva, los profesionales queremos la eficiencia, los profesionales que

estamos delante de los pacientes que-remos darles la mejor asistencia. La inmensa mayoría estamos dispuestos a sentirnos fiscalizados de acuerdo a normas de buena práctica clínica, pero queremos que se respete nuestra responsabilidad con el enfermo. También queremos que esa búsqueda de la eficiencia se haga en el resto de las áreas del SNS y no solo en la asistencia. Hemos creado 17 autonomías, con lo que se ha incrementado importante-mente el gasto sanitario, y no solo en asistencia. Vivo en Castilla-La Mancha y soy testigo de cómo se ha desarrollado el sistema sanitario en esa comunidad, que antes era bastante precario, lo cual creo que ha sido un gran beneficio para la población, no obstante, consi-dero que también ha crecido de forma desproporcionada en algunos aspectos, al igual que ha ocurrido en otras comunidades autónomas, y eso tam-bién es coste. Tenemos que facilitar que el paciente pueda moverse de una comunidad a otra, que haya asociacio-nes de hospitales, que no haya un PET, por citar una técnica, en cada sitio sino solo en aquellos donde su eficiencia sea mayor. El problema mayor no es tanto validar la técnica, que científica-mente se validan la mayoría, sino cómo se decide poner un equipo de alta tec-nología en un determinado centro, y esa suele ser una decisión política, en la que, por desgracia, no influye dema-siado la validación técnica. El margen de mejora es grande y no solo compe-te a los clínicos.

**J. Elola:** No sé si puede servir para resumir lo que he intelectualizado de las intervenciones precedentes. Un viejo amigo, que fue el que me introdujo en la administración hace casi treinta años, me enseñó la teoría del punto gordo, es decir, cuando tienes un pro-blema muy grande, hay que ir a los aspectos más relevantes porque si no tienes el riesgo de perderte. De lo que se ha comentado hay varios aspectos

que me parecen claves. El primero es sostenibilidad-viabilidad-solvencia. Desde mi punto de vista un sistema sanitario que está creciendo a una tasa del 4,5% por persona protegida duran-te los últimos ocho años y que tiene una economía que está tirando y que va a tirar a una tasa del 1%, significa que el gasto va a una velocidad cinco veces superior a la de la economía. Esto significa que si no lo acompasa-mos se va a producir un choque de trenes por alcance. Una cosa que ha dicho el Ministro Romay y que quizá ha pasa-do desapercibida por su tono de voz, es que no va a haber más recursos. Creo que no va a haber más recursos porque hay que financiar la deuda, hay que amortizarla, etc., por lo tanto tene-mos que acostumbrarnos a no hacer juegos escapistas. Al bajar el PIB ha crecido de hecho la participación de la sanidad, no sigamos pidiendo un pun-to más. Cuando se hacen comparacio-nes entre países existe una curva que publicó la OCDE, cuando más rico es el país más porcentaje de gasto dedica a sanidad, no se pueden hacer compara-ciones entre países amalgamadas, no son lo mismo países que tienen servi-cios nacionales de salud y los que tie-nen sistemas de seguridad social, dis-tinción fundamental. Ahora decimos que para esos países que además tie-nen una renta per cápita que es un 20 o 30% mayor que la nuestra, nuestro gas-to sanitario es porcentualmente menor. Es que es así, cuanto más ricos son los países más dedican a gasto sanitario, no llegando al extremo tan notable como Estados Unidos. Volviendo a lo que nos ocupa: no va a haber más recursos para sanidad y si no acompa-samos el gasto sanitario al crecimiento de la economía vamos a tener un pro-blema muy gordo.

Dilemas: ¿Cómo lo afrontamos? Una manera es con los recortes y medidas reactivas; por poner un ejemplo, el copago o medidas alternativas y la otra

es aumentar la eficiencia del sistema. Pero, ¿dónde está el punto gordo de la eficiencia del sistema? Desde mi punto de vista, está fundamentalmente en dos aspectos: uno es la gestión del personal, no podemos seguir gestionando la sanidad con un modelo cuasi funcional de relaciones laborales, no existe ningún país con un servicio nacional de salud que tengan un modelo funcional (ni el Reino Unido, ni Suecia lo tienen). El segundo, que también se ha mencionado, es convertir el hospital en empresa de servicios, que se tienen que gobernar con criterios de eficiencia y productividad, es decir, introduciendo una gestión que no esté relacionada con el régimen burocrático administrativo.

**J. Colomer:** Deberíamos tener en cuenta que cualquier organización o empresa antes de proceder al proceso descentralizador delimita antes todo aquello que no se deba descentralizar. En este sentido, estoy de acuerdo en que los problemas habidos con la descentralización se explican en parte por la aparición de la ley de cohesión después del proceso de descentralización. La crisis actual no es solo económica, sino también política y social. El desencuentro actual del modelo de Estado Autonómico repercute también en el sistema sanitario. Es un modelo a caballo entre una descentralización administrativa y un sistema federal por concre-

tar; y olvidando, en ocasiones, de que las comunidades autónomas tienen capacidad legislativa, porque disponen de una segunda cámara. La descentralización respondió más bien a un objetivo político y no como un instrumento para conseguir objetivos de salud. Con diferentes voluntades en el punto de partida, como autonomías que no estaban interesadas en las competencias sanitarias y que prácticamente se vieron obligadas a aceptarlas. Mi percepción es que el resultado de este proceso de descentralización ha sido el cambio desde un modelo centralista a otro más bien localista. Se ha perdido la oportunidad de innovar nuevos modelos organizativos. Ha prevalecido mimetizar lo conocido, antes de arriesgar a explorar fórmulas innovadoras de organización. Las distintas consejerías de salud se parecen más a una empresa de trabajo temporal cualificada (no olvidemos que el sistema público sanitario representa aproximadamente unos seiscientos mil puesto de trabajo), que una auténtica organización de servicios, por una concepción del poder que relaciona cuantía en recursos con cuota de gobierno.

En la actualidad en Cataluña estamos en una situación tensa por los recortes con una serie de manifestaciones encabezadas por los que trabajan en el sistema sanitario, principalmente por la profesión médica, y de momento con



De izquierda a derecha: Javier Elola, Carmen Hernando y Ángel de Benito.

una ciudadanía más bien inquieta y expectante. Da la impresión que es un sistema maniatado por intereses corporativos, por otra parte legítimos. No hay la cultura interiorizada de servicio público y esto es lo primero que tiene que resolver el SNS. Una visión más elevada de los problemas traduce distintas posiciones que pueden explicar lo que esta sucediendo. El SNS es para el ciudadano casi como un "asunto religioso", para los trabajadores es un sistema básicamente "vocacional", y desde el punto de vista económico es un traspaso de dinero de muchos a unos pocos, que son los trabajadores, proveedores, etc. Un SNS de transición, porque viene de un sistema de aseguramiento y que ha tardado más de veinte años en conformarse, incluso la accesibilidad universal no es completa en todas las comunidades autónomas, que no tolera en principio los copagos, que sí aceptan los sistemas de aseguramiento como el alemán o el francés. Nuestro SNS se asemeja en este sentido más al sistema inglés, aunque no olvidemos que en este caso se acota perfectamente la cobertura del aseguramiento público, cosa que nosotros tampoco hacemos. Aquí uno tiene la percepción de "barra libre" y además la "competitividad" entre las diferentes comunidades autónomas ha ido incluyendo prestaciones sin preocuparse todas ellas ni el propio Ministerio de dónde venía el dinero y si esto se podría consolidar. Entre todos hemos creado un sistema sanitario como un pequeño monstruo que ahora parece ser el culpable de todo. Desde el informe Abril, otra iniciativa frustrada, ya se decía que la sociedad española estaba muy conforme con el sistema pero que requería reformas. Han pasado veinte años, y cuando ahora vemos las encuestas, seguimos estando contentos con el SNS pero con más del 80% indicando que se requieren reformas. Hay una parte de indulgencia por parte de la población en general, que no es

consciente de lo que está pasando y el sistema sanitario se enroca en que los problemas vienen por la falta de financiación... Y ya le va bien, porque así se mantiene el *statu quo*.

Las reformas en la Administración pública son absolutamente necesarias, si queremos una producción pública. Desde su origen a mediados del siglo XIX, la única reforma relevante data de principios de los años 60 del siglo pasado. Probablemente tiene sentido un sistema funcional con puestos de trabajo inamovibles para aquellos que están directamente relacionados con la defensa del estado de derecho, pero para una empresa de servicios como el SNS no está tan clara su justificación. Nuestro modelo está más cerca de Cuba que del modelo Sueco. ¿Y por qué no cambia? (como decía El Roto, es insostenible pero duradero), porque el *statu quo* solo quiere más de lo mismo y no una reforma estructural.

Un SNS que tendría que aceptar que la gestión la realizan las comunidades autónomas y estas asumir que las reglas de juego significan que cada uno no puede ir por su lado sin una visión en conjunto. Que esto suceda forma parte de una determinada crisis de Estado. Todos los países que no son capaces de reformar su administración pública han dado lugar a una serie de desregulaciones de la actividad administrativa. Para ello se establecen unas nuevas formas administrativas cuyo fin último debería ser la eficiencia y no tan solo un método para huir del control administrativo. Tal como señalaba el profesor Barea, debe haber un espacio a la iniciativa privada (incluyendo instituciones sin ánimo de lucro, entidades religiosas...) en la producción de servicios y no dejando que los criterios de un servicio público se basen fundamentalmente en cumplir la norma por encima de la eficacia. Aquí está el núcleo de la cuestión de por qué no somos

más eficientes. En la administración pública con un nombramiento (que no un contrato) a cada profesional le recuerdan cada mes en su nómina que no pagan la parte correspondiente a la cotización del paro, y esto quiere decir que el riesgo es cero, tome las decisiones que tome. Es fácil en este sistema asumir las arbitrariedades de las decisiones si no existen repercusiones laborales ni económicas. Este riesgo es del orden del 1,6% y que es asumido por el resto de los ciudadanos con contrato. Hay que ir a un SNS con corresponsabilidad por ambas partes, que dé un servicio público indistintamente de quién lo dé, con un mercado interno dentro de las posibilidades que tenemos y que resuelva más que los problemas de demanda, las duplicidades de la oferta y la actividad sanitaria inapropiada. España es el país con más hospitales de menos de cien camas en Europa y tiene el doble de hospitales universitarios por población (54) que Francia (32)... Algo no funciona; sabemos que los hospitales más ineficientes son los de estas dos características. Aquí hay mucho margen, pero se acompaña de una interdependencia entre las comunidades autónomas, lejos de la teoría prevalente de Juan Palomino.

Por último, España es un país que preocupa porque su nivel de transparencia, a todos los niveles, va a menos en los últimos años... Si no tenemos una evaluación del desempeño de los hospitales conocida y reconocida por los ciudadanos no vamos a ninguna parte. No vale decir que la población no está madura, no están maduros los políticos localistas y los profesionales crípticos, porque no se puede ser juez y parte al mismo tiempo y al final siempre se acaba publicando lo contenidos que estamos de conocernos. Mientras no exista esta transparencia que tensione a los distintos proveedores del sistema sanitario, difícilmente alcanzaremos esta eficiencia deseada y necesaria.

**J.L. de Sancho:** Quizá soy de los gestores que ha recorrido más comunidades autónomas y en más posiciones. Cuando se hicieron las transferencias a País Vasco me tocó recibirlas como Director de Osakidetza y es verdad que hay diferencias entre País Vasco o Navarra y el resto de las comunidades autónomas, entre ellos el sistema de financiación. El sistema de cupo hizo que aquellas transferencias fueran solventes y ahora generarán menos problemas que el resto. Pero el "y nosotros también", que como se ha dicho ya en la mesa ha marcado estos años, nos ha llevado también a la situación actual.

El paciente que tenemos en este momento, el ciudadano, no tiene nada que ver con el que teníamos cuando se dieron las primeras transferencias, es más exigente, tiene más capacidad de informarse, quiere lo último aunque no esté justificado ni por coste ni por los resultados en salud. Y esa carrera por quién hace lo último sí que es insostenible, esas prácticas son las que se deben modificar y creo que los profesionales están por la labor. Creo que se han dado cuenta de que toca lo que toca y se dan las condiciones para que lo que ni se podía hablar antes, ahora pueda realizarse: por ejemplo alianzas entre hospitales para hacer según que cosas (en Cataluña hay ya muchos ejemplos)...

El paciente es más exigente pero también hay que informarle y educar.

Los hospitales terciarios de este país siguen funcionando conforme al real decreto de jerarquización de los hospitales 521/87, que así se llamaba. Hemos hecho cosas, sí, la gestión clínica ha sido lo más destacado pero seguimos con el mismo sistema. Hace falta valentía para sentarse y redefinir esa tipología de hospitales y avanzar en la autonomía de gestión para que realmente sean más eficientes.



De izquierda a derecha: Carlos Fernández, José Luis de Sancho y Javier Elviro.

**Á.J. Pérez:** Hoy sale publicado en la web de la Fundación un punto de encuentro que realizamos hace unos días sobre alianzas estratégicas. Curiosamente cuando buscamos dentro de la Fundación, a través de nuestros delegados autonómicos, experiencias para aportar casi todas eran de Cataluña y recuerdo que uno de los participantes, creo que fue Josep Belda, cirujano torácico cuyo trabajo en este sentido fue premiado con uno de los premios profesor Barea este año, el que señalaba que en un estudio americano (como siempre), las alianzas estratégicas estaban consideradas por las empresas dentro de las cuatro o cinco herramientas más importantes de gestión, mientras que en un estudio similar hecho en España no aparecían ni siquiera entre los veinte primeros. Siguiendo con el debate han salido dos temas, que también se señalaron como claves en un punto de encuentro moderado por el profesor Barea y donde participaron responsables del Ministerio de Economía y Hacienda y responsables económicos de las Consejerías de Sanidad de siete comunidades autónomas, uno era la cartera de servicios del SNS y otro era el progreso tecnológico en su más amplio sentido (incluyendo TIC y fármacos). Pido a la doctora Carmen

Pérez Mateos que nos dé su visión desde el Ministerio de Sanidad como profesional que trabaja desde hace bastantes años en la cartera de servicios y al Sr. Javier Colás, lo mismo desde su posición en Fenin y en la Fundación Tecnología y Salud.

**C. Pérez Mateos:** Las reglas del juego después de las transferencias, tal y como habéis señalado, no están nada claras. ¿Estamos seguros de que tenemos un SNS? ¿Cuál es el modelo sanitario que ha quedado en España y cómo se coordinan los 17 Servicios de Salud más el INGESA? Las indefiniciones están repercutiendo en el día a día en cualquier cosa que se quiera hacer y desde cualquier ámbito.

Hace ya casi 20 años, justamente cuando se empezó con la cartera de servicios del SNS, se perdió la oportunidad con el decreto de 1995. La cartera de servicios existe hoy en el SNS, en unos ámbitos está muy desarrollada, como puede ser atención primaria u ortoprótesis y en otras está más genérica como en el caso de especializada pero existe, es común en el SNS, hay un mecanismo de actualización y hay una comisión donde participan todas las comunidades autónomas para coordinarlo. ¿Cuál

es el problema? En teoría cada comunidad autónoma debe garantizar como mínimo esta cartera, pero puede aumentarla si dispone de los fondos correspondientes asignados desde la propia comunidad y lo pone previamente en conocimiento del Consejo Interterritorial. Lo cierto es que no hay ninguna evaluación de cuál es la cartera de servicios que se está utilizando y si las prestaciones se están realizando de forma adecuada. Como decía el profesor Barea los decretos están pero a todas luces no son suficientes.

Está claro que hay que racionalizar los recursos. Uno de los desarrollos de la cartera de servicios es el proyecto de redes de referencia en España. Lo primero que nos hemos encontrado es que ha habido una carrera tremenda después de las transferencias en montar las tecnologías más especializadas sin ningún sentido. Con el doctor Rodríguez Padial, que ha trabajado con nosotros lo hemos visto en el ámbito de la cardiología nada más sentarnos. No tiene sentido que en España haya servicios de cirugía cardiaca que están atendiendo a una población que no llega ni de lejos a los mínimos marcados en la bibliografía internacional para ser eficaces y eficientes. Pero esto es un mal general que estamos viendo en todas las áreas que hemos ido abordando. Asociados a este proyecto estamos viendo que se están realizando muchas alianzas, no solo en Cataluña, para presentarse como unidades de referencia del SNS. Estas experiencias hay que potenciarlas para acabar con este sinsentido, porque probablemente estamos dando una asistencia inadecuada, digo probablemente porque no tenemos mediciones, pero hay que empezar a tenerlas y nos deberíamos plantear hacer un sistema de indicadores de resultados para facilitar a profesionales, a comunidades autónomas y por supuesto a los ciudadanos para que puedan elegir. Ni siquiera hoy una

comunidad cuando tiene que enviar a un paciente a otra autonomía tiene criterios objetivos para elegir.

Por último me gustaría insistir en lo que decía Luis Rodríguez Padial. Hay informes de evaluación, hay informes técnicos... Pero lo que hemos vivido los profesionales desde hace mucho tiempo, es que cada vez hay más distancia entre el criterio técnico y las decisiones políticas. Se dice públicamente que se cuenta con los profesionales, con los técnicos, pero no es verdad, al final se toman las decisiones por otras razones y, lo peor, no se explican.

**J. Colás:** En primer lugar quiero decir que estoy prácticamente de acuerdo con lo que se ha dicho hasta aquí y que además me llama la atención la coincidencia, que tenemos desde los diferentes puntos de vista, en el diagnóstico. Esta coincidencia está de manifiesto en los diferentes foros que ha mantenido la Fundación desde hace bastantes años y sin embargo las acciones que se han emprendido han sido más bien limitadas.

Estoy de acuerdo sobre todo en que el discurso incrementalista del gasto sanitario se ha acabado. Si queremos seguir aumentando la innovación, la calidad, tendrá que hacerse a base de ganancias en la eficiencia del sistema. Por mi trabajo tengo la oportunidad de estar presente en otros sistemas sanitarios y esta no es solo una situación que se produce en España, está pasando en toda Europa y va a pasar dramáticamente en Estados Unidos.

Desde la industria contemplamos dos horizontes, el corto plazo, que es dramático por el déficit, porque en un año hemos pasado de un promedio de pago en España de 200 días a más de 400, esto es algo insostenible para una parte importante de la industria en tecnología sanitaria, pero es que además



no vemos luz, no tenemos claro que vayamos a pasar a 1000 días dentro de poco tiempo (en algunas comunidades autónomas ya se está próximo). Esta es una situación que pondría en peligro muchísimas cosas.

En el medio plazo entendemos que, probablemente, en los próximos diez años, vemos que se nos va a demandar innovación, pero innovación para mejorar la eficiencia del sistema. Esto es una buena noticia para nosotros porque abre grandes oportunidades que hasta ahora estaban cerradas, porque la innovación es necesaria para la eficiencia, pero no suficiente, es decir, si no acometemos los cambios necesarios en los procesos, la innovación per se no consigue aumentar la eficiencia. Aunque eso sí, después se nos culpa del incremento del gasto. Además estamos viendo, como decía José Luis, que los clínicos están comprometidos con que las innovaciones que se incorporen sean para mejorar la eficiencia y nosotros demandamos también ser más partícipes en las soluciones, correr riesgos juntos, como sucede en otros sectores. Los proveedores desde hace muchos años son una parte muy importante en la mejora del proceso de producción del bien final, vean por ejemplo el caso de la industria automovilística. La mayor amenaza que podemos tener es que se deje de innovar.

**Á.J. Pérez:** Francisco Cárceles, miembro destacado de la Fundación y hasta hace poco presidente de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS), con la que firmamos un convenio de colaboración, nos podría hacer también una aproximación desde esta perspectiva.

**F. Cárceles:** Como SEAUS, e incluso como clínico, comparto gran parte de las cosas que hasta aquí se han dicho, pero me gustaría volver al principio, a

que si el paciente sigue siendo lo primero en el SNS. Hicimos un punto de encuentro entre la Fundación y la SEAUS sobre los resultados del segundo estudio para evaluar el cumplimiento de la carta europea de derechos de los pacientes, donde han participado 20 países de la UE y 56 hospitales de nivel universitario y medio y la opinión coincidente tanto de los directivos sanitarios, como de organizaciones independientes, organismos oficiales y asociaciones de pacientes de estos países es sobre la necesidad de emprender reformas incorporando la participación de la ciudadanía. Antes el Consejero Echániz comentaba la asimetría que existe en la información, creo que esa asimetría se está reduciendo progresivamente. Tenemos un paciente mucho más informado, mucho más responsable, que se preocupa más de su salud y es amante de las nuevas tecnologías, pero que a la hora de operarse de cirugía cardíaca huiría del servicio que va a realizar sobre mí su “primera operación”. Lo malo es que nos encontramos con una burocracia que nos impide tomar esa decisión, no se sabe muy bien porqué, desde luego no es un problema económico, puesto que es más barato contar con una hospedería y acceder a un servicio experimentado aunque esté un poco más lejos, que acceder desde casa a un cercano servicio inexperimentado. Al final este estudio europeo concluye con la necesidad de contar con una ciudadanía activa, con asociaciones que ya forman a pacientes expertos para que las decisiones de abrir por ejemplo una resonancia o una radioterapia en una determinada población se haga o no se haga en función de criterios de calidad y se considere la oportunidad alternativa de trasladarse a un servicio de referencia.

**C. Hernando:** Llevo trabajando 35 años en un hospital y hay muchas de las cosas que se están diciendo que evi-

dentamente comparto, pero hay alguna reflexión que me gustaría hacer. Se ha dicho que el paciente no siempre tiene la razón, pero en eso hemos contribuido en parte los propios profesionales sanitarios, creando un vacío de referencias, un igualitarismo malentendido que le ha desinformado. Confundimos al paciente, le creamos indefensión. Por otra parte parece necesario reducir el número de mandos intermedios, que deciden y ordenan, para llegar al contrasentido de que no mandan.

**J. Elviro:** Yo solo querría hacer un par de reflexiones desde la óptica de un gerente de un hospital ineficiente. La tendencia es pedir a los profesionales que en lugar de 20 vean 21, pero esa no es la solución. La solución no es hacer el mismo sistema más eficiente, sino cambiar el sistema. Recuerdo esto como cuando Henry Ford decía que los americanos podían elegir el color de su coche siempre que fuera negro hasta que llegaron los japoneses y cambiaron el mercado. La primaria, la especializada, todo esto que en su momento tuvo su sentido ahora ya hay que superarlo. En calidad te dicen que el primer nivel es "no saben que tienen problemas", el siguiente nivel es "saben que tiene problemas pero no saben cómo resolverlos" y pasar de un nivel a otro en una organización como el SNS es tremendo... Ahora tenemos un sistema con miedo, luego ya es más fácil. Necesitamos gente para superar esa tensión y cambiar el sistema, empezando por gestionar, por saber decir, el "no", no podemos seguir diciendo sí a todo. Posiblemente, el 40% de la gente que viene al hospital, y eso lo saben los clínicos, no es necesario que vengan, podrían atenderse en otros niveles si el sistema funcionase adecuadamente. Como gerente, naturalmente que el paciente debe ser lo primero en el SNS, pero yo pediría a los responsables políticos que lo primero fuera el ciuda-

dano, porque el ciudadano no siente la obligación de financiar muchas cosas que realiza el SNS, otra cosa es el paciente con su problema concreto.

Por último, una reflexión sobre los hospitales pequeños. En El Escorial vamos a instalar una RM, vamos a intentar que sea lo más eficiente posible, vamos a intentar quitarles pacientes al hospital Puerta de Hierro pero, ¿por qué no se hacen en Puerta de Hierro? Pues porque un paciente ingresado en el hospital no tiene demora y el paciente que viene de El Escorial tiene que esperar un mes, eso es lo que ha promovido el desarrollo de los hospitales pequeños y su progresiva especialización, porque los servicios de referencia han sido sobre todo de referencia para el hospital (de referencia) y el resto puede esperar. Yo me acuerdo cuando queríamos enviar un paciente al hospital de referencia y te contestaban "es que no tengo camas" y nosotros decíamos, "no os preocupéis ya os enviamos la cama", porque camas tenemos lo que no tenemos es un neurocirujano... Eso ha favorecido que los hospitales pequeños hayan presionado a los responsables políticos para especializarse. El sistema en ese sentido ha estado secuestrado y al margen de la eficiencia.

**D. Falcón:** Hablando de eficiencia... ¿Quién gestiona los hospitales?, ¿Cómo se selecciona a esas personas? Siendo una empresa, en muchos casos la mayor de la ciudad, se suelen nombrar como responsables a personas sin la formación ni la experiencia adecuadas, primando méritos no profesionales. En mi opinión, la profesionalización de la gestión de los directivos contribuiría a mejorar sensiblemente la eficiencia de los centros sanitarios.

**C. Fernández:** Estoy de acuerdo con la mayoría de las cosas que se han dicho, pero lo cierto es que documentos con

diagnósticos acertados del SNS y con propuestas sensatas de mejora ha habido muchos, pero no se han pasado a la acción. Hay que pasar de las musas al teatro de una vez. No se puede ser eficiente si tenemos una plantilla que tiene 40 días de vacaciones al año y habrá que dar pasos atrás de cosas que se han hecho en épocas de bonanza. Lo que tenemos que encontrar son las herramientas para poner en práctica esas soluciones. Estamos hablando de la burocratización y del régimen funcional, pues habrá que encontrar las herramientas y sobre todo la valentía para ponerlas en marcha, y este es el momento. Muchos profesionales lo están esperando, pero los que sobre todo lo van a recibir con alegría son los ciudadanos. Lo pone también nuestro documento vale ya de a “la parálisis por el análisis” y que hay que ir todos de la mano, no puede darse el caso que Castilla y León vaya por un lado y Castilla-La Mancha vaya por otro (por citar a las Castillas).

**Á.J. Pérez:** A la parálisis por el análisis iniciaba el primer documento del proyecto signo allá por 1992. Creo que entonces conseguimos superar la parálisis y ahora se dan las condiciones para volver a hacerlo.

### Conclusiones del encuentro

1. Existe un consenso básico sobre el documento, en los puntos que deben mejorarse y en el principio de evitar la “parálisis por el análisis”.
2. Un ejercicio de realismo es considerar que la sanidad no dispone, ni va a disponer de mayores recursos económicos que los que se deriven del crecimiento de la economía y que ahora es preciso armonizar.
3. El paciente es y debe ser lo primero, lo cual implica mejorar la calidad (reduciendo los costes de la no calidad) y mejorar la eficiencia, incorporando un perfil de paciente más crónico, más envejecido y más experto. Esto supone cambios importantes en el modelo para flexibilizarlo e integrarlo, implicando a los profesionales y garantizando la equidad, en el ámbito sanitario, en el de los servicios sociales y en el cuidado de los cuidadores familiares del enfermo.
4. La eficiencia y la productividad tienen que ponerse como uno de los grandes desafíos que tenemos ahora si queremos salvar este modelo en sus valores esenciales de equidad, de justicia, de igualdad, de calidad... Todo esto con gran transparencia, con cambios en la medición, que tiene que llegar al paciente para facilitarle, en la medida de lo posible, su capacidad de elección (nos debemos plantear hacer un sistema de indicadores de resultados para facilitar a profesionales, a comunidades autónomas y por supuesto a los ciudadanos para que puedan elegir).
5. Hay que gobernar el SNS que está en crisis, no solo por la coyuntura económica. Hay que reconstruir elementos de cohesión del sistema que permitan que los ciudadanos tengan los mismos derechos sanitarios y además debe realizarse de forma eficiente y normativa.
6. El SNS tiene que preocuparse de la salud de las personas y no necesariamente de las “demandas” de las mismas. Hay que reducir las asimetrías de información que existen.
7. Una hipótesis para trabajar en la gobernanza del SNS es que una parte del presupuesto de sanidad, finalista o no, lo tuviera el Estado, no solo para hacer de fondo de

compensación, sino también como poder para garantizar la equidad.

8. Existe, en definitiva un acuerdo en que es posible incrementar la eficiencia del sistema basándose, entre otros, en
- Aumentar la cohesión del sistema mediante la gobernanza del SNS.
  - Mejorar la planificación y ordenación de los recursos, acercando

las decisiones políticas a los criterios técnicos.

- Introducir un modelo de gestión menos burocrático, más flexible, más competitivo que facilite un mayor papel de los profesionales.
- Apostar por la innovación tecnológica y organizativa vinculada a mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios.

