

Mesa de debate: El impacto de la crisis en el Sistema Nacional de Salud. ¿Qué estamos aprendiendo?



De izquierda a derecha: Josep Pomar, Ricardo Oliván y José Ignacio Echániz.

Participantes:

Ricardo Oliván Bellosta. Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón

José Ignacio Echániz Salgado. Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

Moderador: Josep Pomar Reynés. Director Gerente del Complejo Asistencial Málaga

Introducción

Independientemente de la crisis, nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) necesitaba, al igual que la mayoría de los sistemas de salud de nuestro entorno, una profunda revisión para dar respuesta a los nuevos retos del envejecimiento, la cronicidad, el incremento del gasto sanitario, las nuevas tecnologías, etcétera.

La crisis ha acelerado y agudizado el proceso, siendo positivo, da una oportunidad para una revisión profunda del Sistema. En las acciones que se están tomando cualquiera se pregunta:

- ¿Hay un proyecto de transformación, con un corto y un medio/largo plazo?

- ¿Se ha involucrado en su definición a los agentes clave: paciente, profesionales de la salud, proveedores...?
- ¿Se han fijado las líneas maestras de la financiación?
- ¿Se va a abordar la interacción de la sanidad y lo social?
- ¿Cómo van a afectar los cambios del mercado de trabajo?

Cuestiones planteadas

1. En relación al gobierno y transparencia del SNS.
2. En relación a la optimización de la escala de los servicios, a la eliminación de actividades de escaso valor y/o a la integración orientada al paciente en un continuo con los servicios sociales.
3. En relación a la gestión de la demanda, a la implicación del paciente y de los profesionales en su salud
4. En relación a la incorporación de la tecnología (incluidas las TIC y los medicamentos) y la innovación.
5. En relación a la integración con la sanidad europea.
6. ¿Cuál ha sido el impacto del SNS en la crisis?
7. ¿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?

J. Pomar: La crisis económica, que empezó en 2008, nos pilló por sorpresa. No era una crisis cíclica, ordinaria, sino que ha sido mayor en su extensión,

duración y, posiblemente, efectos. Empieza a verse algún síntoma de que podemos estar dejando esta crisis atrás y, por lo tanto, es un buen momento para, desde un ámbito más académico, más alejados del día a día del debate político, empezar a reflexionar, por una parte, sobre qué hemos hecho bien o mal durante esta crisis pero, sobre todo, mirando en positivo, qué lecciones hemos aprendido, qué es lo que no va a ser igual y qué es lo que hemos aprendido unos de otros: medidas que han tomado otros países o una comunidad autónoma y otras no... Pensamos, desde la Fundación Signo, con la vista puesta en esta nueva etapa poscrisis, que el sistema seguirá necesitando de reformas, evolución y acciones para hacerse sostenible. Parece que, si la crisis nos pilló por sorpresa, ahora podría ser un buen momento para empezar a tratar y a trabajar con estas lecciones aprendidas.

La sociedad en general, en estos tiempos de crisis, se ha vuelto más exigente; exige mayores explicaciones y rendimiento de cuentas. Nos exige otro tipo de formas, más transparencia y que el modelo de gobierno y de gestión, diferenciando gobierno y gestión, sea diferente. En relación a gobierno y transparencia, ¿qué lecciones o ideas se nos sugieren a partir de la crisis?

J. I. Echániz: A lo largo de las últimas décadas, la Fundación Signo ha hecho una aportación, desde el punto de vista conceptual, teórico y de contraste entre distintos modelos y formas de entender la sanidad, muy útil para nuestra sanidad. Para mí es un honor ser parte del jurado de los Premios José Barea desde hace muchos años. La labor que se hace desde la Fundación, premiado actuaciones y proyectos relevantes de nuestra sanidad, es un acicate para que entre todos sigamos trabajando por este sistema sanitario, para hacerlo

cada día más excelente en términos de atención clínica, organización, estructura, etc. Gracias a don José Barea, que ha sido durante muchas décadas el Pepito Grillo de la sanidad española, todos hemos aprendido muchísimo de sus palabras. La primera respuesta a qué hemos aprendido de la crisis en el sistema sanitario es que José Barea tenía razón, siempre tuvo razón, y quienes no atendieron bien a sus reflexiones, que eran gratuitas y generosas, han cometido mayores errores que quienes las han seguido.

La primera reflexión es si creen que la sanidad, respecto de la crisis, ha sido parte importante de su origen o causa, o un paciente más que ha sufrido las consecuencias. Esta es una crisis financiera que se inicia en el ámbito internacional, fruto de la desconfianza general por varios procesos económicos en un determinado momento y país, pero que, como un tsunami, se traslada al resto de países, fundamentalmente desarrollados o de la OCDE, y que en algunos, como el nuestro, donde teníamos problemas estructurales, endémicos (quizá el más relevante era la burbuja inmobiliaria pero no el único), ha supuesto sufrir de manera más intensa las consecuencias.

Si preguntaba si creían que la sanidad ha sido solo paciente de la crisis o agente activo, agente patógeno, es porque la sanidad, en los últimos 20 años, ha estado creciendo muy por encima de la economía, cuando el PIB, la riqueza en nuestro país, crecía de forma sostenida al 3%, los presupuestos sanitarios lo hacían a no menos del 10%. He tenido la oportunidad de ser consejero de esta Comunidad y recuerdo momentos en los que nuestra economía crecía al 3% y mi presupuesto al 10%. Permanentemente la tarta del presupuesto público dedicaba una porción cada vez más amplia a la sanidad en detrimento de otras cosas, o en el caso de la caída de

los ingresos como consecuencia de la disminución de la actividad, del aumento del paro y, por tanto, de la financiación vía impuestos generales, vía cotización a la Seguridad Social, de lo que es el aparato de bienestar de nuestro país, en déficit.

“José Barea ha sido durante décadas el Pepito Grillo de la sanidad española, todos hemos aprendido muchísimo de sus palabras. La primera respuesta a qué hemos aprendido de la crisis en el sistema sanitario es que Barea tenía razón, siempre tuvo razón, y quienes no atendieron bien a sus reflexiones, que eran gratuitas y generosas, han cometido mayores errores que quienes las han seguido”

José Ignacio Echániz

Entonces, cuando se podía financiar porque los crecimientos económicos eran importantes, la sanidad se expandía y no generaba problemas, en el momento que los ingresos caen, además de expandirse el gasto, se genera un problema de déficit. La sanidad, en mi Comunidad Autónoma, es más de un 40% y el presupuesto de la Administración Pública Castellano-Manchega, supongo que en Aragón será similar, mi Consejería, que además reúne la de Asuntos Sociales, suma un 20% más, por lo tanto Sanidad y Servicios Sociales viene a ser el 63 o 64% del presupuesto de una Comunidad, con transferencias en ambos ámbitos. Sanidad y Servicios Sociales son una parte de las más importantes del aparato prestador de servicios de una Comunidad. Después está la Educación y luego todo lo demás que, en esta época de crisis, donde se ha priorizado el ámbito sanitario y social, se han quedado casi de una forma testimonial en el presupuesto.

J. Pomar: En relación a temas de gobierno, respecto a transparencia, ¿hemos ganado en cuestiones de transparencia, de rendición de cuentas?

J. I. Echániz: He hecho la intervención inicial para poner de manifiesto que la crisis ha afectado a la sanidad, pero que también la sanidad ha sido uno de los elementos que ha influido más en esta aceleración del gasto que ha comprometido la situación económica de nuestro servicio sanitario. El día que accedí a la responsabilidad de Sanidad en los cajones había 600 000 facturas. No solo sin pagar, sino sin soporte presupuestario, sin percha presupuestaria. Todo el mundo sabe, el profesor Barea conoce este asunto bien, que, si se quiere pagar una factura, se necesita un ámbito presupuestario en el que esté colgada y desde ahí poderla pagar, es decir, tiene que tener un reconocimiento de esa deuda. No existía reconocimiento de deuda porque el presupuesto no permitía que esas facturas se pudieran incorporar. Esa situación y una deuda, solo en Sanidad, superior a los 5000 millones de euros, con un presupuesto de 3000, significaba que la deuda era superior al gasto de casi dos años. Es un problema importante, desde el punto de vista presupuestario, así como para poder abordar los servicios públicos asignados en ese momento.

“Desgraciadamente, hoy en día, la asistencia sanitaria de mis hijos está pagando la que recibió mi padre hace cuatro años. Eso, en términos de solidaridad intergeneracional, no es muy justo, porque mis hijos tienen ahora menos dinero para servicios sanitarios porque hubo un momento en que mi padre gastó más”

José Ignacio Echániz

Para que se hagan una idea, el volumen que hoy dedicamos a los intereses y al principal diarios de la deuda, sabiendo que del principal pagamos muy poco (esperamos que en el momento que empiecen a subir los ingresos podremos pagar más) y que dedicamos mucho a pagar intereses, es de tres millones de euros diarios. Todo ese volumen de 5000 millones de euros y de 600 000 facturas estaba sin pagar. Para poderlo pagar tuvimos que acudir a endeudarnos más, lo que supuso poder pagar a proveedores y parar la sangría de despidos que se estaban produciendo en todos los sectores de nuestro tejido económico y social de la región. Cambiamos deuda a proveedores por deuda financiera. Con tres millones de euros diarios podríamos estar poniendo en marcha tres nuevos centros de salud cada día, todos los días del año, o contratar más médicos, servicios, o poner en marcha obras paralizadas desde hace más de tres años, etc.

¿Qué hemos aprendido de la deuda? Quienes más deberían haber aprendido son quienes nos llevaron a esta situación: no se puede, este es el primer mandamiento de la ley de la sanidad, gastar más de lo que tienes porque al final alguien lo tiene que pagar. Desgraciadamente, hoy en día, la asistencia sanitaria de mis hijos está pagando la que recibió mi padre hace cuatro, cinco o seis años. Eso, en términos de solidaridad intergeneracional, no es muy justo, porque mis hijos tienen ahora menos dinero para servicios sanitarios porque hubo un momento en que mi padre gastó más. Al final, gastar lo que tienes en cada momento, acomodarte al presupuesto, para no generar déficit, que genera necesidad de deuda y compromete el presupuesto de cada año, porque tienes que pagar los intereses de esa deuda y tienes menos dinero para servicio sanitario de ese ejercicio, es muy importante. Esa es la

lección más relevante que hemos tenido que aprender durante este tiempo. Y esto nos ha hecho cambiar muchas cosas en estos tres años.

R. Oliván: Cuando hablamos de crisis tenemos que tener en cuenta que la Sanidad está en crisis desde hace muchísimo tiempo. El profesor Abril ya lo aventuraba hace décadas, porque planteaba soluciones a una situación que indicaba que la Sanidad había que retocarla. Muchas cosas que estamos haciendo en Castilla-La Mancha, Aragón y otras comunidades autónomas, de cualquier signo político, eran cosas que se tenían que haber hecho antes. La crisis ha hecho que abordáramos, a lo mejor con demasiada premura, cuestiones que con más tiempo se podrían haber hecho antes y mejor. Respecto a gobierno y transparencia, no estoy tan de acuerdo en que hay que separar gobierno de gestión. En estos momentos todos los consejeros de Sanidad estamos gestionando recursos. La Sanidad, evidentemente, es un bien con mayúsculas, una cuestión que debería superar la dialéctica y el enfrentamiento político. Por desgracia, no es así. Es una cuestión de interés general pero, ahora, los consejeros tenemos que estar dedicados a hacer números y esa es la realidad de nuestra sanidad. Eso nos impide, por desgracia, pensar lo suficiente en el futuro.

No obstante, la gestión, aun siendo nuestra labor fundamental, no compete únicamente a los consejeros. La gestión, que parte de una decisión política, de la consejería o de la presidencia del gobierno equis, pasa por una cadena de toma de decisiones que finaliza en la junta o en el médico que está en contacto directo con el paciente en una consulta o en un quirófano. En el medio hay determinados agentes, unos que forman parte de la estructura de gestión política, podríamos llamar, cargos de libre designación, como

pueden ser los gerentes de hospitales, los gerentes del sistema manchego o aragonés de salud, directores médicos... hasta llegar al jefe de servicio, que no deja de ser un eslabón. En este continuo de gestión, que debería continuar con este flujo de la toma de decisiones, de cara a que el adjunto, en su decisión última, que es la verdadera gestión, adopte las decisiones más adecuadas, primero para el paciente, por supuesto, y, una vez que piensa en el paciente, en cómo repercute esa decisión en el sistema. Esa es la clave del gobierno de la sanidad, que en definitiva es también la gestión de la sanidad en estos momentos. Se trata de que todos, desde arriba hasta abajo, nos comprometamos a adoptar la mejor decisión para cada paciente, pero también a que esa decisión beneficie, o por lo menos no perjudique, al sistema, pensando en que el sistema, como ha explicado el compañero de Castilla-La Mancha, tiene que ser sostenible de manera que a nuestros hijos les podamos atender, igual que a nosotros, en los próximos años. Ese es el objetivo de todos los consejeros.

“La Sanidad, evidentemente, es un bien con mayúsculas, una cuestión que debería superar la dialéctica y el enfrentamiento político. Por desgracia, no es así”

Ricardo Oliván

Quando pienso en transparencia, pienso en para quién tiene que ser transparente el sistema o la gestión; por mucho que prestemos atención a los medios de comunicación o a los partidos políticos, todo lo que hacemos en sanidad tiene como único interés el paciente, y la transparencia tiene que ir dirigida al paciente. Y en este sentido tenemos que articular las informaciones, las herramientas que

tengamos, de cara a que el paciente tenga la máxima información posible de aquello que supone la gestión sanitaria.

Hay aquí una cuestión que quería apuntar, hablando de la transparencia y de su vinculación con la sociedad de la información. El paciente, como consecuencia de un mayor acceso a los sistemas de comunicación, tiene mucha más información de lo que es la asistencia sanitaria, de las enfermedades incluso. Muchos pacientes llegan "aprendidos" a la consulta y eso crea un dilema difícil de resolver. Se produce a veces una confrontación de opiniones entre un paciente, que viene "aprendido", y el personal. En Aragón hemos aprobado una Ley de Autoridad Pública del Personal Sanitario, que fundamentalmente tiene que ver con esta cuestión: que prevalezcan las opiniones de los profesionales ante la opinión del paciente. Es decir que, ante cualquier duda, prevalezca la opinión del profesional.

"Se trata de que todos, desde arriba hasta abajo, nos comprometamos a adoptar la mejor decisión para cada paciente, pero también a que esa decisión beneficie, o por lo menos no perjudique, al sistema, pensando en que tiene que ser sostenible"

Ricardo Oliván

J. Pomar: Apuntaba el consejero de Castilla-La Mancha que habían tenido que tomar algunas medidas. De estas medidas que se han tomado, me gustaría que nos comentara algunas referentes a la optimización. ¿Hemos dejado de hacer algo que hacíamos y no debíamos hacer?, ¿hemos dejado de invertir en algo? Por otra parte, una de las medidas que se han apuntado como positiva, respecto a la mejora de

la gestión de la Sanidad Pública, es establecer una mayor integración, coordinación y continuo entre servicios sociales y servicios de salud. ¿Han podido avanzar en Castilla-La Mancha en este sentido?

J. I. Echániz: Evidentemente, cuando tienes un problema de una urgencia vital, lo primero que haces es salvar la vida al paciente, estabilizarlo y que sus constantes vitales continúen de una forma adecuada para instaurar otros tratamientos. Esa ha sido la hoja de ruta en este tiempo. Con una comunidad arruinada tuvimos que llevar una ley al Parlamento para aumentar el presupuesto. Las desviaciones presupuestarias eran de tal magnitud que, sin ampliación, no podíamos colgar esas facturas de las que hablábamos.

Los primeros nueve meses estuvieron dedicados a consolidar presupuestariamente la comunidad autónoma. No pagamos a las farmacias de la región, ni un solo medicamento. Es muy duro tener que decir a los farmacéuticos de tu región, después de treinta años de otra forma de entender la política y la gestión, que no les vas a poder pagar durante los primeros nueve meses. Una factura en torno a los 50 millones de euros mensuales, cuando ellos sí están suministrando medicamentos a sus pacientes, pagando a sus cooperativas farmacéuticas y laboratorios. Entendieron las dificultades por las que pasábamos, buscamos fórmulas a través de las entidades financieras locales. El Gobierno de España había impedido a la comunidad autónoma endeudarse más, ya que tenía un nivel de endeudamiento máximo, por tanto, no podíamos acudir al mercado financiero normalizado nacional e internacional para pedir más crédito. Lo hicimos con pequeñas entidades, cajas rurales, que dieron respaldo a una de esas farmacéuticas. Es el ejemplo concreto de las farmacias, pero así

ocurrió con residencias de ancianos, del sector lucrativo y del no lucrativo, residencias de niños tutelados, etc. Digamos que todo el abanico de servicios que presta la Administración Pública en este ámbito.

Una vez salvado el sistema, el segundo paso era mejorar la gobernanza y la transparencia. Desde ese momento empezamos a monitorizar el sistema. Una de las cosas más importantes para la gobernanza es medir, saber qué está pasando en tu casa, conocer la realidad de lo que tienes en tus servicios. Hoy puedo decir que monitorizamos la satisfacción de los ciudadanos de forma permanente. La última encuesta que hemos realizado, con más de 5000 muestras telefónicas y grabadas, ponen de manifiesto que los ciudadanos dan una nota, en su región, de entre notable alto y sobresaliente, en función de lo que se pregunte: Urgencias, Atención Primaria o Especializada. Un 8,5 con las reformas que hemos tenido que hacer es muy importante, pone de manifiesto que las cosas se han hecho dentro de los ajustes que se han tenido que hacer para poder salvar el sistema.

Es más, cuando aparecen encuestas como las del CIS, regionalizadas, ponen en evidencia que la Sanidad es uno de los problemas más importantes percibidos por los ciudadanos, la curva sube, especialmente en cuanto a la percepción de esos problemas, en el grupo etario entre los 20 y los 45 años, precisamente la gente que menos utiliza los servicios sanitarios. El ciudadano que va a los servicios y es preguntado a las 24, 48 o 72 horas sobre cómo ha sido esa asistencia, la calidad, la atención del médico, de la enfermera, etc., dan unos datos excepcionalmente buenos. Pero, en la calle, especialmente los más jóvenes, indican que hay un problema en la sanidad. Nuestra percepción es que hay

más un problema político, de la utilización de la sanidad como un elemento de confrontación política, que una realidad de cómo se percibe la asistencia por parte de los ciudadanos.

Respecto a mejorar la gobernanza, durante este tiempo, en primer lugar, hemos hecho un cambio de diseño institucional de nuestra sanidad. Hasta hace aproximadamente dos años teníamos un aparato que gobernaba la Atención Primaria y otro la Especializada; tomamos la decisión de crear uno único. Hemos reducido a la mitad el número de altos cargos en la comunidad autónoma. El SÉSCAM, que es la institución que gobierna la Sanidad en nuestra tierra, tenía 20 altos cargos; hoy tiene 12, casi el 50%. Gracias a eso hemos podido abrir 13 quirófanos nuevos. Castilla-La Mancha tenía 469 vehículos oficiales, que hemos subastado y vendido. Gracias a eso hemos podido comprar 39 ambulancias nuevas.

Mejorar la gobernanza no es solo unificar Primaria con Especializada. Ahora estamos dando los primeros pasos para unificar también con el ámbito sociosanitario, porque hay muchas



Figura 2. José Ignacio Echániz Salgado

sinergias y cosas que se pueden hacer con una sola cabeza. Cuando es una única persona la que gobierna todo el continuo asistencial, no solo el sanitario, sino también el social, que tiene un componente muy relacionado con todo lo que hacemos, sin duda permite mejorar la eficacia y la eficiencia de la atención.

El segundo elemento en el que insistimos en la gobernanza de nuestra región fue la profesionalización. Nos encontramos con unos equipos directivos al frente de los centros sanitarios que respondían a criterios profundamente políticos. Hoy eso no ocurre, los gerentes de Castilla-La Mancha, el director general y otros miembros del equipo, saben que no responden a criterios políticos, no están elegidos de la Comisión de Sanidad del Partido Popular, al que pertenezco. Y la gente gobierna con criterios estrictamente profesionales. Por si esto fuera poco, nos parecía necesario dejar esto impregnado en el ADN de la sanidad del futuro y el SESCAM, junto al IESE, creó un máster. Ahora hay 60 jóvenes, brillantes, formándose en gestión sanitaria, elegidos por un equipo independiente y que no pertenecen a ningún partido político. Están acabando la segunda parte teórica en el SESCAM, la primera ha sido en el IESE, para conocer la idiosincrasia de la región, en términos sanitarios, y la tercera serán prácticas en cada uno de los centros sanitarios de la región.

“Es una apuesta muy importante por la profesionalización, es lo que hay que hacer en la sanidad: despolitizarla y poner al frente de la gestión a personas competentes, independientemente de lo que piensen o de lo que voten”

José Ignacio Echániz

Creo que es una apuesta muy importante por la profesionalización, que hay que hacer en la sanidad: despolitizarla y poner al frente de la gestión a personas competentes, independientemente de lo que piensen o de lo que voten. Y eso estoy seguro que ha dado también una capacidad de hacer las cosas de otra manera. Si tú no mides, no puedes hacer análisis de microcostes, de microgestión... y comparar servicios, hospitales, gestión, incluso firmar contratos de gestión con tus propios centros para conseguir objetivos a cambio de un presupuesto y una actividad. Eso estamos haciendo: medir y comparar, elementos fundamentales de la gobernanza.

Y luego eliminar prácticas perversas que en nuestra región, lamentablemente, había. En el momento en que el índice de entradas/salidas de las listas de espera era superior a uno, es decir, crecía la lista de espera, la tentación era derivarlo a la privada. Y había una utilización masiva de miles de millones de euros dedicados a la actividad privada, lo cual está muy bien si te sobra el dinero, pero, si tú monitorizas la productividad de tus infraestructuras sanitarias por la mañana en horario normal y ves que es baja, ahí tienes una posibilidad de mejora muy grande, antes de gastar dinero en otros ámbitos. No tengo nada contra la privada, pero prefiero que mi sistema funcione bien y si luego lo necesito, recurro a ella, no al revés. Había una utilización intensiva de peonadas para pocas especialidades y con un coste elevado que había hecho que esas especialidades estuvieran traspasando cirugías a estos otros ámbitos. Hoy, en Castilla-La Mancha, sin peonadas, y prácticamente sin usar la actividad sanitaria privada de la región, estamos en niveles de actividad muy superiores a los momentos en que se utilizaban esas dos cosas de manera intensiva. Creo que es otra forma de afrontar con

rigor y responsabilidad la gestión sanitaria y que ha mejorado también la capacidad de nuestra gobernanza.

Castilla-La Mancha ganó hace tres años un proyecto importante de la Comunidad Europea, muy bien financiado, para ayudar a la sanidad tunecina a desarrollarse. Castilla-La Mancha ha dado soporte técnico para cambiar el archivo de sus historias clínicas, tarjeta sanitaria, microgestión... Han hecho un avance en tres años como el que hubiera sido en 20 o 25, en términos normales, de forma natural, ellos solos. Me gustaría que los jefes de servicio de mi sistema sanitario, todos los españoles en general, viajaran a estos países con menos medios. El problema ya no es qué *stent* compro y con qué recubrimiento, sino cómo hago para que no haya dos personas en una cama de 80 cm.

Siempre tenemos que orientarnos sobre cuáles son nuestros recursos como país, cuál es el dinero dedicado a la sanidad en el país, y aquí dedicamos una cantidad que no se puede ampliar mucho más. Yo he quitado dinero a Educación, Fomento, que no puede construir nada, y al resto de consejerías del gobierno de la región. Y sanidad se ha expandido al máximo, nunca más podremos llegar a un porcentaje del presupuesto tan alto como en este momento. Hemos ganado 4 o 5 puntos del PIB regional para dedicarlo a sanidad, como consecuencia de que hemos priorizado la sanidad, las personas, y no el ladrillo u otras cosas. Es decir, tenemos que saber que la sanidad del futuro se tiene que pagar con nuestros recursos y que España tendrá la sanidad que se pueda permitir con sus recursos. Y hay que ver qué recursos, de dónde tienen que venir, quién los financia, cómo se financian y cómo es la riqueza del país. Nuestra sanidad siempre tendrá que ver con nuestros recursos, como la de Túnez o la de EE.UU. con los suyos.

Los incentivos son fundamentales en la vida, en la empresa y en la Administración Pública. La gente responde a incentivos. Los incentivos son de muchos tipos, no solo económicos: motivacionales, de investigación, de capacitación, de formación, etc. Muchos de los incentivos con los que hemos vivido en el pasado están trasnochados y a veces son contraproducentes. Por lo tanto, hacer una política de incentivos nueva, moderna, inteligente, bien diseñada por los profesionales junto con los que tienen que tener después la responsabilidad de pedir cuentas, es muy importante. Antes hablábamos de las peonadas: incentivos mal puestos conllevan que caiga la productividad por la mañana, que se opere menos, y que se traslade a otros momentos. Incentivos bien dados y rendir cuentas es un elemento muy importante.

“No tengo nada contra la privada, pero prefiero que mi sistema funcione bien y si luego lo necesito, recurro a ella, no al revés. Hoy, en Castilla-La Mancha, sin peonadas, y prácticamente sin usar la actividad sanitaria privada de la región, estamos en niveles de actividad muy superiores a los momentos en que se utilizaban esas dos cosas de manera intensiva”

José Ignacio Echániz

Otro elemento importantísimo de la gobernanza ha sido el gasto farmacéutico. España ha hecho una reforma del gasto farmacéutico importantísima, bien orientada y que está dando unos resultados excelentes. Yo tengo la oportunidad de invertir cientos de millones de euros menos en gasto farmacéutico innecesario para dedicarlo a cosas útiles para los ciudadanos. Desgraciadamente, en este país tiramos,

mediante sistema SIGRE, 3700 toneladas de medicamentos, que es solo uno de los sistemas que recoge medicamentos, y en las basuras de nuestras casas cantidades ingentes de medicamentos. Muchas cajas, en torno al 50-60%, sin abrir, caducadas sin abrir o sin caducar, tiradas a la basura, con lo que cuesta un medicamento, su tecnología, y considerando que este país no está para tirar dinero... No aplicar esos elementos de mejora de nuestra gobernanza era un demérito. Lo hemos hecho, ha salido bien y hay que seguir en esa línea de reformas inteligentes, prudentes y responsables, que sean buenas para el ciudadano, porque cada euro que ahorro, de ese dinero que no desperdicio en medicamentos tirados a la basura, lo puedo emplear en comprar una UVI móvil, o un helicóptero sanitario, o un quirófano, o en mejorar el número de operaciones que se realizan, etc.

J. Pomar: En la región de Aragón, ¿qué políticas se han podido llevar a cabo?

R. Oliván: En primer lugar decir que yo también tenía cajones con facturas. No tantas como Castilla-La Mancha, pero no está mal 450 millones de euros en las mismas condiciones que ha comentado Echániz, que ha ido que ir absorbiendo en dos ejercicios, 2012 y 2013, además de desarrollar la actividad sanitaria habitual. A nivel general hay una cuestión que tiene que quedar clara. Por una parte ha aumentado, en los últimos años, la oferta sanitaria, los recursos humanos, la tecnología, las inversiones, hay nuevos tratamientos. Todo esto se ha ralentizado, evidentemente, pero ahí está esa oferta, aunque la demanda haya aumentado más, si cabe. El envejecimiento de la población y la cronicidad, fundamentalmente, el hecho de que las poblaciones desarrolladas tienen más necesidad de sentirse sanas, hace

que la demanda sanitaria haya aumentado muy por encima de lo que teníamos hace unos años. Y lo que estamos haciendo todos es intentar buscar ese difícil equilibrio entre la oferta, que ahora mismo está limitada por los recursos de los que disponemos, y una demanda creciente que marca el reto de cara al futuro que tenemos.

¿Qué hemos hecho en nuestra Comunidad Autónoma para intentar nivelar demanda con oferta? Lo primero que hicimos fue sentarnos con todos y analizar. Hicimos un diagnóstico muy exhaustivo de la Comunidad en compañía de todos los colectivos incluidos en el ámbito de la sanidad en Aragón. Y, desde ese diagnóstico, elaboramos unas líneas estratégicas muy sencillas de nombrar, pero muy difíciles de implementar: aprovechamiento de recursos, sostenibilidad económica-financiera, excelencia e innovación. Cuatrocientas pequeñas medidas para alcanzar esos objetivos, algunas de impacto importante, como puede ser el tema de las jubilaciones de los profesionales, igual que para el resto de los funcionarios, y otras pequeñas, como el simple cambio de ubicación de un mamógrafo de un centro a otro



Figura 3. Ricardo Oliván

para conseguir el máximo aprovechamiento.

Por ejemplo, en aprovechamiento de recursos, hemos conseguido aumentar la actividad quirúrgica en horario ordinario un 24%, entre 2012 y 2013, 10 500 operaciones más en dos años, más de 5000 cada año y seguimos en esa senda. A pesar de eso, habiendo adoptado las mismas medidas que Castilla-La Mancha de eliminar peonadas, porque era una fórmula perversa, todavía no hemos podido absorber el 100% de la lista de espera. Nuestra intención es, con medidas complementarias que vamos a poner en marcha, hacerlo lo antes posible. Todo eso, naturalmente, sin que la calidad se vea mermada. Las nuevas características de la demanda nos obligan a analizar el cambio de modelo de la sanidad.

Está el tema sociosanitario, se abren nuevos espacios de actuación de la sanidad. En nuestro caso, como conjugamos la gestión de la sanidad con servicios sociales, todavía estamos más obligados a atender esta cuestión. Tenemos una estructura hospitalaria diseñada para atender, en términos de asistencia, a un número importante de agudos que no tendrían que estar en estos hospitales, sino en otro tipo de recursos que, si no tenemos, habría que diseñar. Aparte de diseñar de cara al futuro cuál tiene que ser el camino a seguir en este ámbito, estamos aprovechando al máximo los recursos disponibles como, por ejemplo, nuestras residencias. Estamos bloqueando en nuestras residencias de ancianos, y en aquellas que estamos sacando a gestión indirecta, un número de habitaciones para que sean usadas con este tipo de pacientes. Pacientes que no tendrían que estar en el hospital, que todavía no tienen posibilidades para estar en la residencia en la que están siendo atendidos o en su domicilio, y que requieren

un tratamiento intermedio de menor intervención sanitaria del tipo que se presta en el hospital. Eso, en términos de atención, es bueno, y también en términos de gastos, porque al comparar el gasto de un hospital con el de centro sociosanitario, en una cama de este tipo, prácticamente se multiplica por tres.

Ese es el modelo al que tenemos que ir, que a medio plazo tendría que significar que en nuestra Consejería, si se sigue utilizando igual, la parte de sanidad tendría que disminuir, la parte de servicios sociales tendría que aumentar, porque una parte importante de las personas, mejorando la calidad asistencial, expectativas de vida y atendiendo mejor a cada paciente con los recursos adecuados, sobre todo en el ámbito sociosanitario, dejarán de utilizar recursos sanitarios, con lo cual el gasto en este ámbito tendría que ser menor. Es un reto que tenemos que afrontar con ganas y dando los pasos con el tiento suficiente, porque no es una cuestión fácil.

“El reto es ese modelo al que tenemos que ir, que a medio plazo tendría que significar que, en nuestra Consejería, la parte de sanidad tendría que disminuir, la parte de servicios sociales tendría que aumentar”

Ricardo Oliván

J. Pomar: Acabamos de tener elecciones europeas. ¿Estamos más integrados con la sanidad europea?, ¿nos parecemos más a lo que hacen los países europeos?, ¿tenemos mejor coordinación y transversalidad con Europa?

J. I. Echániz: Estamos asistiendo y vamos a asistir en el futuro a una integración progresiva de los sistemas sanitarios

Europeos. La libertad de circulación de las personas descansa, precisamente, sobre la posibilidad de hacer portable el derecho a la asistencia sanitaria en todo el territorio de la Unión Europea. Cada vez tenemos la obligación de transponer más directivas europeas, que complementen nuestra forma de entender la sanidad y de organizarla, y eso es bueno, eso significa una homogeneización de los sistemas sanitarios. No es fácil hacerlo y no es una cosa de hoy para mañana, pero creo que ya estamos caminando una senda muy importante en esta dirección y en ese proceso de fortalecimiento de la ciudadanía europea, pues también pueden salir muy beneficiados los sistemas sanitarios.

Es una de las oportunidades que tenemos de cara al futuro. Y eso es gracias a un proceso de transparencia y homogeneización de las redes asistenciales así como de la calidad de los servicios. Además de una mayor transparencia en el funcionamiento de los sistemas de salud. Por tanto, es un hecho, es una magnífica oportunidad de cara al futuro para seguir profundizando en esas direcciones, un camino en el que no hay marcha atrás. Y para eso son muy importantes algunos de los puntos que hemos debatido, fundamentalmente transparencia, medición, calidad... Porque no se pueden homogeneizar los servicios sanitarios con los del entorno si no sabemos qué estamos haciendo, ni se puede comparar con ellos si no se apuesta por unos estándares de calidad tan exigentes como los que ellos ponen en marcha.

"Hay una cuestión que quizá esté pasando desapercibida, para el público general, no los consejeros, y es la labor del Ministerio, desde hace dos años y medio, en la búsqueda de la máxima homogeneización de la sanidad en nuestro país"

Ricardo Oliván

España está en una situación para competir muy buena. Una de las posibilidades que te ofrece tener responsabilidades de gobierno en sanidad es viajar y conocer a tus homólogos de otros lugares. Me siento confortablemente integrado en ese proceso de reformas que se está haciendo en toda la Unión Europea, creo que estamos en una condición buena. Tengo que decir que les sorprende que seamos excelentes en algunas cuestiones. Tuve la suerte de tener a Rafael Matesanz en Ciudad Real, y el sistema de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), tal y como lo hemos configurado, diseñado, sacado del debate político, reorganizado, es realmente un elemento de excelencia y ejemplaridad para nuestro país. Podría hablar de otros muchos, como el MIR, porque creo que España puede hacer una enorme aportación a esa homogeneidad en el ámbito europeo.

R. Oliván: Quería hacer antes una reflexión. Hay una cuestión que quizá esté pasando desapercibida, para el público general, no los consejeros, y es la labor que está haciendo el Ministerio, desde hace dos años y medio, en la búsqueda de la máxima homogeneización de la sanidad en nuestro país. Es una cuestión que, por desgracia, hace unos años no estaba asegurada. Había diferentes formas de entender la sanidad, incluso diferentes Carteras de Servicios por Comunidades Autónomas y, en definitiva, diferentes formas de atender al mismo paciente según la Comunidad donde se tratara. Es una cuestión que hay que resaltar como primer paso de cara a buscar homogeneización a nivel europeo. Dentro de esa diferencia de calidad, quiero señalar que, hablando de encuestas, lo ha apuntado antes mi compañero, después de todo lo que hemos hecho, cuando ponen a Aragón el primero en la lista del CIS, como la Comunidad con el mayor

nivel de satisfacción por parte de sus pacientes, o el segundo en la encuesta de la Asociación de Entidades en Defensa de la Sanidad Pública, que tampoco es que sean muy próximos a nuestras convicciones, algo estaremos haciendo bien. Por eso, coincido con lo que él decía: el debate se está exagerando, la medida de la sanidad la marcan los pacientes. Lo importante para el consejero de Castilla-La Mancha, y para mí, es lo que opinan los pacientes. Y la mayoría de ellos valoran, no con un notable, sino con un sobresaliente, la sanidad que en todos los lugares de España les dispensamos.

A nivel europeo no hay que olvidar que la sanidad había quedado, hasta este momento, al margen de una directriz que impuso la Unión Europea ya hace años, que es la libertad de circulación de personas, servicios y capitales, y se ha dado un paso para incorporar la sanidad a este principio básico de la UE. Ahí está la Directiva de Asistencia Sanitaria Transfronteriza, que cambia el escenario de interacción a nivel sanitario entre los países. Puede ser una oportunidad para la sanidad privada española. Me consta que están preparando estrategias y programas para aprovecharse de una medida que puede beneficiar a nuestra sanidad privada que, también hay que decirlo, tiene un alto nivel de calidad.

A nivel de coordinación y homogeneización tenemos que pensar que estamos hablando de un territorio muy amplio de 38 países y la sanidad no es comparable. España está, en la clasificación de sanidad, por encima de lo que le correspondería en cuanto a su potencial de desarrollo. No quiero decir que sea la mejor del mundo, pero creo que no miento si digo que estamos en una posición superior de la sanidad, que la que corresponde con nuestro estatus como país, en lo que

respecta al desarrollo en general en el ámbito de la Unión Europea. De cara a esa homogeneización y coordinación hay cuestiones que habría que ir subsanando: la cartera de servicios no es la misma, hay muchas diferencias entre países. El acceso de los ciudadanos a la sanidad no es el mismo, como hemos comprobar en estos años, sobre todo desde hace un año y medio, con la problemática de los inmigrantes. A pesar de lo que se dice, en España atendemos a más inmigrantes y en mejores condiciones, con más prestaciones, que la inmensa mayoría de países de Europa. Las condiciones con las que acceden los ciudadanos a la sanidad no son las mismas. Aquí, el copago, salvo farmacéutico, no existe, lo cual no puede decirse de la mayoría de los países. Las condiciones de partida no son las mismas, el camino que hay que seguir para conseguir ese máximo de interacción, y que de verdad sea aplicable ese principio de libertad de circulación de personas y de servicios en la UE, es largo, queda mucho por hacer en ámbito sanitario.

J. Pomar: Se ha referido el consejero de Aragón a nuestro Sistema Nacional de Salud. En global, en España, ¿no



Figura 4. Josep Pomar Reynés

tenemos la impresión de que en la época de se han homogeneizado algunos aspectos de la cartera de servicios, pero no hemos aprovechado para repensar el liderazgo, el gobierno y una mayor coordinación entre comunidades? ¿Qué visión se tiene desde las comunidades? Si nos queda todavía un tramo por recorrer... Respecto a uno de los temas importantes para la Fundación Signo sobre el papel de los pacientes, ¿está surgiendo un paciente que reclama no solo protagonismo como paciente, sino también activo, en el sistema?

“Solo si somos capaces de cambiar nuestro sistema sanitario todos los días, para conseguir todo esto que hemos puesto sobre la mesa (estar más cerca del paciente, mejorar la capacitación y motivación de nuestros profesionales), seremos capaces de tener una sanidad cada vez mejor”

José Ignacio Echániz

J. I. Echániz: La crisis ha supuesto un enorme sacrificio para los profesionales, una prueba de fuego para el SNS, de la que se puede decir que ha salido razonablemente airoso. Ha demostrado su resiliencia, que es una cualidad que no solo se puede aplicar a las personas, sino también a las instituciones. La crisis ha servido para poner de manifiesto muchas deficiencias y errores de gestión del pasado, indicando con claridad la senda por la que había que transitar para hacer las reformas necesarias. También ha puesto de manifiesto cómo el sistema de salud constituye una red indispensable de seguridad colectiva, que ha ayudado mucho a amortiguar los efectos de una convulsión de la economía como la de nuestro país. En estos casi tres últimos años hemos dado pasos, que si no han sido

definitivos, sí han sido oportunos, en la coordinación del sistema.

“Hasta hace aproximadamente dos años teníamos un aparato que gobernaba la Atención Primaria y otro la Especializada; tomamos la decisión de crear uno único, hemos reducido a la mitad el número de altos cargos en la Comunidad Autónoma”

José Ignacio Echániz

En estos últimos años, con sus cosas buenas y malas, todas las comunidades hemos conseguido converger en muchos de los elementos que hemos desarrollado: un calendario de vacunas único, haber conseguido casi al 100% el desarrollo de la receta electrónica, estar abordando casi al 100% la historia electrónica digital... Es decir, ha habido un trabajo de coordinación de las comunidades autónomas en torno a proyectos técnicos-prácticos muy importantes. Y una de las cosas que reclamamos de manera casi unánime, y seguro que Ricardo estará de acuerdo, es recuperar algunos elementos de cohesión en términos de fondos económicos para poder darle permeabilidad al sistema, este es un SNS, no son 17 sistemas autonómicos. Creo que mejorar nuestros sistemas de interrelación es bueno, y uno de los principales mecanismos de interrelación es el flujo económico entre Comunidades. Hay trabajo por hacer de cara al futuro. Ricardo y yo somos de esos consejeros que nos hemos puesto de acuerdo en muchas cosas, entre ellas una muy importante, como que los pacientes de Castilla-La Mancha, que viven en la comarca de Molina de Aragón (Guadalajara), no tengan que bajar al hospital cabecera de comarca en Guadalajara capital, sino que puedan ir a los de Calatayud y Zaragoza, lo

cual pone en evidencia que, cuando hay voluntad y mecanismos de cohesión, se puede llegar a situaciones que mejoran la calidad de vida de los pacientes. Eso estamos haciendo con otras Comunidades.

“Tenemos que saber que la sanidad del futuro se tiene que pagar con nuestros recursos y que España tendrá la sanidad que se pueda permitir con sus recursos. Y hay que ver qué recursos, de dónde tienen que venir, quién los financia, cómo se financian y cómo es la riqueza del país”

José Ignacio Echániz

Respecto al papel de los pacientes, creo que el paradigma de la enfermedad y la forma de enfermar en nuestros días son hechos con los que vivimos desde hace años, y son compatibles con un papel no tradicional del paciente y de su cuidador. Estos roles suponen otras formas de relación con los profesionales y con los servicios, otra forma de adoptar decisiones, de intervenir en términos de responsabilidad en relación con el proceso de cuidados, así como otra actitud por parte de la Administración en cuanto a la forma de rendir cuentas y adoptar decisiones estratégicas. Hay un espacio amplísimo para explorar, una nueva relación con los profesionales, muy capaces críticamente, pero que tienen que asumir nuevas responsabilidades en lo que significa la gestión en sus propios servicios. Hay espacios en los que se está discutiendo de forma amplia y puede ser muy positivo para la organización de nuestro sistema. Está de una manera incipiente, pero tiene mucho recorrido, y el paciente tiene que adoptar elementos en cuanto a la gestión y a la autorresponsabilización de su propio proceso patológico muy importantes.

Ahí hay un proceso largo, pero seremos capaces de llegar a soluciones inteligentes para resolver problemas endémicos, enquistados desde hace tiempo.

R. Oliván: En el tema de la homogeneización, mi opinión es muy positiva respecto a la gestión del Ministerio, pero esta voluntad sirve de poco si no se quiere por parte de las comunidades autónomas. En estos temas sanitarios las fronteras no deberían existir. Los pacientes se mueven y hay comunidades que, a lo mejor, no lo entienden igual que lo entendemos nosotros. Estoy de acuerdo con que el reto que tenemos es a nivel del Consejo Interterritorial, de articular una forma para compensar a las comunidades que absorben el flujo de pacientes, unas más que otras, porque los pacientes se mueven más hacia unos sitios que a otros. Es una cuestión que está pendiente de resolver y debemos hacerlo lo antes posible.

“El debate se está exagerando, la medida de la sanidad la marcan los pacientes. Lo importante para el consejero de Castilla-La Mancha, y para mí, es lo que opinan los pacientes. Y la mayoría de ellos valoran, no con un notable, sino con un sobresaliente, la sanidad que en todos los lugares de España les dispensamos”

Ricardo Oliván

El paciente es el protagonista, no el médico o el consejero, es el que determina la demanda. Es un paciente informado, como hemos comentado, y, como consecuencia del incremento del envejecimiento, es un paciente que tiene que aprender a envejecer, con lo cual es necesario que adopte hábitos de conducta, alimentación,

ejercicios saludables, para envejecer adecuadamente. Eso incluso antes de ser paciente. Cuando se es paciente, me uno a lo que comentaba Echániz, los autocuidados, el tratamiento, hacer caso al profesional y un uso racional de la sanidad, tenemos que trabajar para que sea así. En definitiva, estamos hablando de prevención y promoción de la salud, pero es una cuestión de educación. Tenemos en Aragón una herramienta que estamos desarrollando poquito a poco, la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud, que son centros donde hay una especial sensibilidad por parte de los profesores respecto a estas cuestiones. En eso estamos, con chavales de 12 a 15 años para que vayan adquiriendo este tipo de hábitos, de cara a que cuando crezcan tengan estas conductas totalmente asimiladas. Es más complicado hacerlo con la gente mayor aunque son los pacientes que, en mayor medida, están en nuestros centros sanitarios. Con la gente joven lo tenemos que intentar, porque incluso podemos incidir en el comportamiento de sus padres si tenemos éxito con ellos. Es una línea de trabajo importante para la sanidad en Aragón y a nivel nacional. Otro reto sería ir disminuyendo recursos sanitarios en atención asistencial e ir pasándolos a la prevención, porque muchas veces, cuando llega, es por no haber actuado en la prevención.

“El paciente es el protagonista, no el médico o el consejero, es el que determina la demanda. Es un paciente informado y, como consecuencia del incremento del envejecimiento, es un paciente que tiene que aprender a envejecer, con lo cual es necesario que adopte hábitos de conducta, alimentación, ejercicios saludables, para envejecer adecuadamente”

Ricardo Oliván

J. I. Echániz: El sistema sanitario es una parte muy importante y dinámica de nuestra sociedad, el 43% de los gobiernos autonómicos y una parte importantísima de nuestro personal más cualificado, formado, activo... Es un sistema que necesita reformas permanentes, así que me preocupa que en nuestra sociedad, lo he percibido en los últimos años, haya grupos y plataformas que estén intentado, a través de prejuicios, impedir una reforma permanente de nuestro sistema sanitario. Solo si somos capaces de cambiar nuestro sistema todos los días, para conseguir todo esto que hemos puesto sobre la mesa (estar más cerca del paciente, mejorar la capacitación y motivación de nuestros profesionales), seremos capaces de tener una sanidad cada vez mejor. Si nos paramos, si nos quedamos como estamos, si pensamos en el pasado y no en el futuro, tendremos una sanidad que irá perdiendo...