

## La perspectiva autonómica



De pie izquierda a derecha: Carretero L, Fernández T, Temes JL, Ortiz MA, Pomar J, Gragera F, Rodríguez-Hevia A, Alemany A, Alarcón JA, García Prieto E, Sánchez JM, Falcón D, Pérez AJ. Sentados: Moral A, García Reboll M, Miravalles E, Macaya C, Alfonsel M.

### Participantes:

**Dña. Manuela García Reboll.** *Secretaría Autonómica de la Agencia Valenciana de Salud.*  
**D. Eduardo García Prieto.** *Patrono de la Fundación. Gerente Regional del SacyL–Castilla y León.*

**D. Luis Carretero Alcántara.** *Director General del SESCAM–Castilla-La Mancha.*

**D. José Antonio Alarcón González.** *Gerente del Servicio Murciano de Salud.*

**D. Antonio Alemany López.** *Director General de Atención Primaria. SERMAS. Comunidad de Madrid.*

**D. Carlos Macaya Miguel.** *Presidente Anterior de la Sociedad Española de Cardiología*

**Dña. Margarita Alfonsel Jaén:** *Secretaría General de FENIN.*

*Al debate se añadieron miembros del Patronato y otros participantes de la Fundación:*

**D. Diego Falcón Vizcaíno, D. Tomás S. Fernández Pérez, D. Fernando Gragera Gabardino, D. Miguel A. Ortiz de Valdivielso, D. Josep Pomar Reynés, D. Alfonso Rodríguez-Hevia González, D. José Miguel Sánchez Hernández, D. José L. Temes Montes, Dña. Amparo Moral Baltuill y Dña. Marian Bas Villalobos.**

*No pudieron asistir:* **Dña. Patricia Flores Cerdán, D. Martín Blanco García, D. Mario González González y Dña. Isabel Prieto Yerro.**

*Moderadores:*

**Dña. Elena Miravalles.** *Presidenta de la Fundación Signo.*

**Angel J. Pérez.** *Secretario General de la Fundación Signo.*

## Cuestiones tratadas

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 TICs?

**E. Miravalles:** Bienvenidos a todos a este segundo punto de encuentro sobre el documento que la Fundación Signo para "REORGANIZAR EL SNS", hoy desde "la perspectiva autonómica". La mayoría de vosotros habéis participado en la elaboración de este documento en los últimos tres meses y hoy vamos a debatirlo personalmente. A principios de 2012 se publicará un monográfico que reunirá estos puntos de encuentro y muchas más aportaciones, donde se van a explorar todos los factores de cambio que se están planteando en este manuscrito. El primer punto de encuentro se situó en el ámbito del sistema nacional de salud y ahora nos vamos a situar en la perspectiva autonómica. El profesor Barea comentó que la competencia en un sistema de

mercado es el principal indicador para conseguir la eficiencia y este es el gran reto que tenemos. Según los informes para la Cooperación del Desarrollo Económico y de la Comisión Europea, nuestro sistema es equitativo, pero la equidad se podrá mejorar aumentando la eficiencia y utilizando mejor los recursos.

**Á.J. Pérez:** El manifiesto ha ofrecido mucha reticencia dentro de la propia fundación, porque es profunda la idea de que sobran en el SNS análisis y diagnósticos y falta decisión y ganas de afrontar los cambios decimonónicos pendientes, pero está claro que necesitamos orientar nuestro trabajo. Este manifiesto abre nuestro compromiso y la actuación de la fundación en los próximos años. En él han participado muchos de sus miembros y se está abriendo a todos los profesionales, con un despliegue final en las XI Jornadas de Gestión y Evaluación (Valladolid, del 30 de mayo al 1 de junio de 2012), donde pensamos llegar con trabajo adelantado y experiencias. En pocos días realizaremos un nuevo punto de encuentro donde pondremos a debate las propuestas sobre "el nuevo liderazgo profesional", pero ahora nos toca abordar al ámbito asignado al "Servicio Regional de Salud". Para empezar, en un momento en el que el presupuesto va a determinar la mayor parte de las decisiones políticas, ¿el paciente va a seguir siendo el centro del sistema o va a tener que priorizarse mucho más el presupuesto?

**M. García Reboll:** He leído el manifiesto y el punto de encuentro anterior y era como leer lo que estaba pensando. Creo que el paciente tiene que seguir siendo el eje del sistema nacional de salud, porque es nuestro leit motiv. Nuestra empresa tiene al paciente como objetivo, se dedica a que el ciudadano tenga lo que se



De izquierda a derecha: Macaya C, Alfonsel M, Alarcón JA, Miravalles E, García Rebol M, García Prieto E, Carretero L, Alemany A.

merece, que es una sanidad de calidad. El ciudadano tiene que ser nuestro leit motiv, lo que no quiere decir que, al menos en nuestra comunidad, tengamos una dispersión geográfica considerable, lo que nos complica mucho las cosas, porque esa dispersión y esa "mala educación" que hemos inculcado a nuestros ciudadanos les ha hecho creer que pueden pedir lo que quieren y les será dado. En la Comunidad Valenciana estamos muy condicionados por la dispersión geográfica que tenemos, aún asumiendo que sea ineficiente, porque se le ha hecho creer al ciudadano que en cada municipio va a estar atendido en un centro con una cartera de servicios igual que en la ciudad. Se ha dado el eslogan de sanidad a la carta, sin estar muy seguros de que eso era sostenible. Nos hemos encontrado en una situación de crisis y nos hemos

---

***Como nos caracteriza una falta de transparencia, porque en sanidad parece que hablar de los errores o de la mortalidad es pecado, el ciudadano no sabe que puede ser que esté mejor atendido en un centro sanitario que esté más lejos de su domicilio***

Manuela García

---

dado cuenta de que no todo valía. Como nos caracteriza una falta de transparencia, porque en sanidad parece que hablar de los errores o de la mortalidad es pecado, el ciudadano no sabe que puede ser que esté mejor atendido en un centro sanitario que esté más lejos de su domicilio. Como no tenemos transparencia, estamos en un sistema inseguro y muy poco eficiente. Hay que optimizar la tecnología, optimizar los recursos, evitar duplicidad de exploraciones, etc. Tenemos más hospitales que en el resto de la Comunidad Europea y el camino es a seguir pidiendo. Valorar lo que es necesario es nuestra obligación, manteniendo el foco en el paciente y en la equidad en todas partes.

**E. García Prieto:** El paciente tiene que seguir siendo el centro. Cuando representamos del sistema sanitario el paciente siempre ocupa el punto central, pero la realidad es que nuestra organización no es un círculo, sino una elipse que tiene dos focos: el paciente y los profesionales. En estos momentos de crisis, posiblemente lo que tenemos que hacer es centrarnos todavía más en el paciente y dejar un poco más de lado el centro que representa a los profesionales, sin



De izquierda a derecha: García Rebol, García Prieto E, Carretero L, Alemany A, Fernández TS, Gragera F, Rodríguez-Hevia A.

olvidar que el sistema sanitario es una organización de servicios, y en este tipo de empresas, lo que más importa el momento final, es decir, el instante en que se produce el contacto entre el que provee los servicios (el profesional) y el que los recibe (el paciente), nuestras acciones deben favorecer que este "encuentro" se realice en un ambiente adecuado y libre de tensiones. Por otra parte las políticas sanitarias dirigidas a incrementar la oferta de servicios ha hecho realidad la frase de que antes teníamos pacientes, quisimos convertirlos en clientes, pero no pagaban; les transformamos en usuarios y al final lo que tenemos son consumidores de recursos. Como consumidores, los pacientes quieren cada vez más accesibilidad y más y mejores servicios, pero muchas veces la mayor accesibilidad no es compatible con una mayor efectividad. La competencia en medicina requiere conocimientos y práctica, y

por tanto no se puede adquirir y mantener sin, al menos, un número crítico de pacientes que permitan conservar y mejorar la pericia profesional. La planificación de los servicios sanitarios debe, por tanto, buscar el equilibrio entre accesibilidad y efectividad.

**J.A. Alarcón:** En Murcia también creemos que el eje del sistema tiene que ser el usuario, pero incorporando la corresponsabilidad. El paciente tiene que saber, tiene que ayudar y tiene que ser corresponsable en su enfermedad y ayudarnos a tomar decisiones. Si un diabético o un hipertenso no nos ayuda, por mucho que le demos los mejores servicios, no va a mejorar. La educación a la ciudadanía es uno de los temas más complicados y habrá que crear una estrategia global para el sistema nacional de salud en educación. Hay que evaluar las tecnologías: no podemos, por ejemplo, poner TAC en todos hospitales, sino donde lo usamos. Hay zonas de Murcia que tiene dispersión, pero en el resto no hay nada de un pueblo a otro. Hay un millón y medio de habitantes, es uniprovincial, nuestro hospital de referencia no está a más de treinta y cinco minutos de cualquier sitio y cualquier ciudadano tiene un hospital a quince minutos de su domi-

---

*El problema actual del sistema sanitario no es un problema de eficiencia, sino de liquidez, aunque tratamos de solventar los problemas de liquidez que tenemos aumentando la eficiencia del sistema*

Eduardo García

---

cilio. Nuestra red son ochenta y dos centros de salud, aproximadamente ciento sesenta centros periféricos, con la variabilidad de que en la última época del Insalud se utilizaron puntos de especial aislamiento. En Murcia usamos el modelo de atención continuada, que no se entendió, y se decidió utilizar equipos específicos para urgencias. Centrándonos en la gobernabilidad, lo que está claro es que para que exista equidad y las presiones financieras no repercutan en la salud de los ciudadanos tenemos que reflexionar y hablar de carteras de servicios. La crisis nos da un motivo real para gestionar, cambiando trescientos sesenta grados, y buscar ineficiencias para solucionarlas y ser más eficaces. En mi opinión, no ha habido un coordinador general con una buena gestión, que nos ponga de acuerdo a todas las comunidades y hagamos un gran pacto de cosas que tenemos que hacer. Hay que mantener la equidad y que cualquier ciudadano del sistema nacional de salud tenga la misma cartera de servicios. Tiene que haber un órgano gestor que nos coordine a todos.

**A. Alemany:** Es evidente que el paciente es el centro del sistema, pero con matices: con pacientes informados y formados. Esa es una labor

---

*Siempre nos hemos organizado en función de otros agentes: la propia gerencia, los profesionales, dando la espalda a lo que necesita el paciente, porque el profesional es el que marca la pauta; si los pacientes estuvieran formados e informados, tendrían que marcar la pauta ellos mismos*

---

Antonio Alemany

del propio sistema. Siempre decimos que el paciente es el centro, pero cuando organizamos los servicios de los centros, lo hacemos en función de otros agentes: la propia gerencia, los profesionales. El profesional también diría que lo importante del sistema es el paciente. Por tanto, los gestores, los profesionales y los políticos estamos de acuerdo, porque para todos, el paciente es el eje del sistema. En verdad no es así, porque el profesional ve al paciente de manera distinta al gestor y al político. El profesional lo ve bajo el principio en el que ha sido formado: como una persona que le pide ayuda para resolver su problema de salud; el profesional se ve obligado a dar todo lo que pueda para tratar al paciente. Sin embargo, el gestor lo ve como a una persona que está consumiendo recursos que no va a poder dar a otro, bajo el principio de



De izquierda a derecha: Moral A, Pomar J, Ortiz MA, Temes JL, Bas M, Macaya C, Alfonsel MI, Alarcón JA.



equidad, y que, por tanto, tiene que organizarse para que todos puedan recibir los servicios. El político lo ve de otra manera. Si en los tres niveles del escalafón sanitario todos decimos lo mismo, pero no estamos de acuerdo en lo que pensamos, vamos mal. La solución sería que todos pensemos lo mismo, pensando un poco en los principios que mueven a los que deciden en los otros niveles de la organización. Si los tres escalafones se ponen de acuerdo y definimos al paciente de una manera consensuada, habremos avanzado mucho. Siempre nos hemos organizado en aras del profesional, dando la espalda a lo que necesita el paciente, porque el profesional es el que marca la pauta; si los pacientes estuvieran formados e informados, tendrían que marcar la pauta ellos mismos. Sin embargo, nuestros pacientes no están formados ni informados porque nosotros mismos nos hemos encargado de no fomentar seriamente la formación de los pacientes. Hablamos del abuso moral del ciudadano desde hace muchos años. Decíamos que había que controlar el gasto y ahora hablamos de que hay que pagar a proveedores y no hay dinero: el discurso ha cambiado. Hablamos de controlar el gasto desde hace años, pero no hemos dado las herramientas necesarias al profesional, que es el que puede realizar este control.

**C. Macaya:** El profesional debe de jugar un papel importante en la reorganización de la práctica médica. Este papel lo tendrá tanto a nivel individual, en la asistencia diaria, como de forma especial si es responsable de una unidad o servicio. Igualmente, el profesional tiene que tener su papel de la reorganización del sistema sanitario a través de las Sociedades Científicas. Me han gustado las intervenciones y me ha sorprendido que hagáis autocrítica a la planificación

---

*Se ha confundido la accesibilidad con poner hospitales y no se les ha ocurrido que hay formas mejores de accesibilidad, como desarrollando redes asistenciales, con lo que además se asegura la calidad*

---

Carlos Macaya

que habéis hecho estos últimos ocho o diez años. Pienso que los profesionales han intervenido muy poco a la hora de planificar la asistencia sanitaria, sobre todo en la especializada. En cuanto a la elipse de la que se hablaba, creo que el político es el que modula esos dos centros de la elipse. La política ha preponderado demasiado en el tema sanitario y se han creado centros en exceso, más en función del número de votos que se recogían que en función de las necesidades reales. Esto representa la antieficiencia y es un gran error. No sé qué se puede hacer para reorganizarlo, pero se ha hecho mal. Se ha confundido la accesibilidad con poner hospitales y no se les ha ocurrido que hay otras formas de mejorar la accesibilidad, como desarrollando redes asistenciales, con lo que además se asegura la calidad. Hay ciertas intervenciones que es mejor realizarlas en un hospital con mayor volumen y complejidad, como una operación de corazón o de cerebro. Desde la Agencia de Calidad del Ministerio, junto con las Sociedades Científicas, se han puesto en marcha iniciativas con el propósito de elaborar documentos para el establecimiento de estándares. Aunque cada comunidad es soberana y puede planificar como quiera, estos documentos de estándares para la calidad asistencial en torno al paciente imponen unos requerimientos mínimos que se tienen que tener en cuenta. Si no hay un volumen determinado de pacientes, la calidad de la práctica médica no está garantizada. El último de estos documentos que se ha pre-



De izquierda a derecha: Sánchez JM, Falcón D, Pérez AJ.

sentado en el Ministerio corresponde al de Estándares y Recomendaciones para las Unidades Asistenciales del Área del Corazón, y puede servir de referencia y de consulta para la creación de estas unidades. En temas como la neurología o la pediatría, podría ser muy parecida la reorganización o nueva planificación del sistema sanitario. La planificación debe realizarse basada en la atención a una población, más que un paciente individual. Actualmente, el que más ve al paciente como un cliente es el profesional, sobre todo en Madrid o en comunidades donde hay un número de profesionales muy elevado. El gerente ve al paciente como un usuario consumidor, y sus actuaciones están condicionadas porque los gestores tienen que rendir cuentas de los resultados económicos ante los políticos. Precisamente estos tienen una gran responsabilidad de la situación actual. Por otro lado, el profesional va a pedir más tecnología y es el gerente el que tiene que racionalizar la introducción de las innovaciones.

**M. Alfonsell:** Estoy encantada de estar aquí. He leído con detenimiento el documento preliminar y es muy interesante, en él queda patente los criterios compartidos por parte de todos los agentes del Sistema, con

matizaciones propias de cada perspectiva. La puesta en común en foros como este permite el intercambio de opiniones y la conveniencia de avanzar con propuestas de consenso. Me han parecido muy interesantes todas las anteriores intervenciones.

Coincido en la valoración de nuestro Sistema Sanitario como excelente, excelente por los magníficos profesionales, por una asistencia sanitaria universal, etc, etc, pero en estos momentos de crisis es fundamental la búsqueda de la eficiencia, una asignatura pendiente.

Tenemos un Sistema Sanitario en diecisiete Comunidades Autónomas que han evolucionado de forma diferente. Las transferencias se fueron produciendo en distintos momentos históricos y por ello cada una ha establecido sus prioridades, su plan de infraestructuras, sus procesos, sus sistemas de información, etc. Es indiscutible que las comunidades han permitido un desarrollo de la Sanidad más cercano al ciudadano pero ha faltado el liderazgo del Ministerio de Sanidad y el uso de los instrumentos de cohesión para compartir experiencias, aprovechar conocimientos, establecer sinergias, compatibilizar sistemas de información, etc., etc., y todo ello bus-



De izquierda a derecha: Gragera F, Rodríguez – Hevia A, Sánchez JM.

cando la eficiencia y la productividad. Esta sería la visión de la Industria abocada a mantener interlocución con diecisiete “modelos” diferentes o al menos con pocos elementos en común. Se trata de sumar y que iniciativas exitosas en cualquier campo pudieran ser contempladas en otras como un camino recorrido y no al contrario.

Comparto comentarios anteriores respecto a la accesibilidad y calidad del Sistema.

Considero imprescindible en estos momentos que cada comunidad establezca su programa y que la puesta en común en aspectos esenciales determine una estrategia global: en centros de referencia, en planes de infraestructura, en sistemas de información compatibles, en políticas de formación e información al ciudadano, de corresponsabilidad del ciudadano en la gestión de su propia salud, del uso racional de los servicios sanitarios.

Debemos abstraernos del trabajo desde perspectivas que no sean globales, siempre, repito, preservando la identidad de cada comunidad cooperando y aprovechando sinergias.

Otro aspecto de vital importancia es la financiación de la Sanidad y con ello llegamos a la necesaria reestructuración del Sistema de forma global. Los proveedores no pueden ni deben ser los financiadores de la Sanidad porque lleva a una perversión del Sistema.

---

*Desde nuestra posición deben producirse cambios estructurales fundamentales para la sostenibilidad del Sistema y la viabilidad del sector industrial, todo ello aseguraría mayor flexibilidad, integración y equidad. Los cambios en las organizaciones deben plantearse desde la eficiencia.*

*El ciudadano, hemos comentado que debe ser el eje central del Sistema y lo comparto pero con matices, ya que usuario desde la perspectiva del sector de Tecnología Sanitaria es también el profesional que trabaja por y para el ciudadano. El profesional no puede ni debe estar al margen de la planificación porque forma parte esencial del sistema*

Margarita Alfonso

---

Desde nuestra posición deben producirse cambios estructurales funda-



mentales para la sostenibilidad del Sistema y la viabilidad del sector industrial, todo ello aseguraría mayor flexibilidad, integración y equidad. Los cambios en las organizaciones deben plantearse desde la eficiencia.

El ciudadano, hemos comentado que debe ser el eje central del Sistema y lo comparto pero con matices, ya que usuario desde la perspectiva del sector de Tecnología Sanitaria es también el profesional que trabaja por y para el ciudadano. El profesional no puede ni debe estar al margen de la planificación porque forma parte esencial del sistema.

Volviendo al tema financiación, mi opinión es que es imprescindible que la financiación sea finalista que sería la mejor garantía para cubrir las necesidades de cada comunidad en la atención a su población. También debe ser estable y "realista", teniendo claro el equilibrio entre presupuesto y gasto. Hay que trabajar en procesos más eficientes.

Es importante en esta reflexión incorporar la evaluación de resultados en función de una serie de indicadores o criterios compartidos que puedan identificarse como válidos.

En esta exposición no quiero dejar al margen la importancia del uso correcto de la tecnología sanitaria, que se consigue gracias a la interrelación profesional/industria y la formación continua en el uso de esa tecnología, a lo que hay que sumar el uso racional de la tecnología y el apoyo de estudios de coste-efectividad. No debemos olvidar que la tecnología innovadora incide en la eficiencia.

El sistema debe evolucionar de forma "ordenada", con especial incidencia en materia de prevención, formación a la ciudadanía, atención a crónicos,

mayores y dependientes, la medicina personalizada, la colaboración público-privada bien entendida, el impulso a la innovación eficiente, etc. Todo ello debe ser una responsabilidad compartida entre todos los actores del Sistema.

Finalizo aludiendo a un problema ya endémico y es la morosidad de las administraciones públicas sanitarias con los proveedores de tecnología sanitaria, productos y servicios. La deuda global del Sistema se cifra en 15 000 millones de € y casi 5000 millones de € es deuda con el sector de Tecnología Sanitaria con una media de plazos de pago de más de cuatrocientos días. Esta situación agravada por la crisis está poniendo en riesgo la supervivencia de muchas empresas que carecen de financiación para seguir en el mercado, además de que las empresas deben hacer frente al pago de impuestos sin haber cobrado sus facturas, caso del IVA.

Perdemos empleo, la actividad baja, no existen líneas de crédito, todo ello lleva al empobrecimiento del país y en detrimento de todos.

La industria está a disposición de la Administración para trabajar conjuntamente en hacer sostenible el Sistema y para ello proponemos alternativas financieras que puedan ser estudiadas.

En definitiva reclamamos mayor liderazgo del Ministerio de Sanidad y la implicación de todas las Comunidades y de todos los agentes del Sistema para un futuro de la Sanidad sostenible, universal, equitativo, eficiente y riguroso.

**Á.J. Pérez:** Los documentos de estándares que la fundación ha publicado en el Bazar y que corresponden al trabajo del Ministerio de Sanidad y Con-



sumo con un amplio grupo de profesionales, no afectan solo a la cardiología, también ha publicado los correspondientes a catorce servicios o área de conocimiento. También el Ministerio tiene publicados los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS, donde se definen los criterios de evaluación e identifican las entidades (CSUR) que los cumplen. Hemos hablado hasta ahora de algunos de los vectores de cambio que proponemos en el documento. ¿Cómo se ve ahora la necesidad de afrontarlos?

**L. Carretero:** Ahora es un momento que tenemos que tomar como una oportunidad única, porque un momento en el que se cuestiona tanto la supervivencia del sistema también es un momento en el que hay que hacer cambios necesarios. Todos sabíamos que había que cambiar, pero no se hacía porque el cambio genera resistencia y problemas, pero ahora hay que hacerlo. El cambio debe ir a que se asuma responsabilidad dentro de cada nivel profesional y a generar mecanismos de incentiva-ción para que la gente que más aporta al sistema reciba un trato distinto. Hasta ahora, tenemos un sistema conformista, que trata igual al que aporta que al que no aporta y que da una estabilidad de empleo y de igualdad de trato, cuando los rendimientos son distintos. Ahora es la oportunidad

para hacer un cambio en ese sentido. J.L. Temes: Creo que hemos montado un magnífico sistema de salud, que es barato, con unos magníficos indicadores y que ha logrado con la desaparición de la ansiedad económica ante la enfermedad: el que se pone enfermo, es atendido con un alto nivel de calidad. No creo que haya que desmontar el sistema, porque es un buen sistema en términos generales. Hay dos fallos fundamentales. Uno es la coordinación del sistema, porque las transferencias son buenas para muchas cosas, pero ha habido una carrera insensata de algunas comunidades de que hay que tener todo en todos los sitios y eso deteriora la calidad. Creo que, sin modificar las bases del sistema, hay que hablar de financiación, de cartera de servicios, de coste-efectividad... Tenemos que ver qué tratamientos son coste-efectivos y pueden estar en el mercado, pero no tienen porqué estar financiados. Además hay que modificar la ley, para que el Consejo Interterritorial tenga algo que decir. En cuanto al tema de las sociedades profesionales, cada uno quiere más de lo suyo; ahí es donde tiene que intervenir el Ministerio, que tiene que recuperar alguna de sus competencias en temas como los costes de personal. Si somos capaces de modificar la ley y darle ese papel de liderazgo al Ministerio con consenso, ganaríamos mucho sin necesidad de modificar las bases sus-

tanciales del modelo. Me parece que el sistema es sostenible y que cometimos un error tremendo permitiendo que la financiación no fuera finalista, porque vamos en la financiación global de la comunidad. Hay que ver qué queremos priorizar. Tenemos un sistema que no es caro y que está muy bien percibido por la sociedad; por tanto, no me cargaría el mejor servicio público que tenemos. Sin embargo, está claro que tenemos que hacer ajustes, contando con los profesionales y gestionando los procesos. La colaboración público-privada ya no es discutible. Está en la Ley General de Sanidad del 86: lo privado forma parte del sistema nacional de sanidad.

**Á.J. Pérez:** Hace un año aproximadamente hicimos un punto de encuentro en la Fundación Signo sobre la financiación. En él estuvieron el Secretario General del Ministerio de Economía y Hacienda, el Director General de Financiación Autonómica y Local y los Directores "económicos" de siete servicios de salud. Fue significativo que todos estuvieran de acuerdo en que el Ministerio tenía que retomar una serie de funciones para poner en orden las finanzas y relanzar el sistema nacional de salud. ¿Existe aquí también ese consenso?

**M. García Reboll:** Nosotros jamás discutiríamos eso en Valencia. Además, sobre el 45% de la financiación de sanidad es en nóminas. Por tanto, por lo menos las retribuciones deberían depender del Ministerio y no deberían depender de la debilidad o la facilidad de convicción de algunas comunidades.

**E. García Prieto:** En primer lugar, me gustaría reseñar que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, en este tipo de reuniones no se suele manifestar porque todos lo sobrentendemos, pero creo que no

está de más recordarlo. De hecho, el documento planteado por la Fundación habla de reorganizar el sistema y no de cambiarlo. Es evidente que hay problemas económicos, que existe capacidad para incrementar la eficiencia del sistema sanitario y que, aunque el profesional no es el culpable de los problemas económicos, el uso adecuado de tecnologías diagnósticas y terapéuticas o el incremento de la productividad mantiene un amplio margen de mejora. Las transferencias han supuesto un desequilibrio en esa balanza en donde en un lado está la sensibilidad social y en el otro la parte de gestión. La balanza se ha decantado más hacia aspectos de sensibilidad social que han dado lugar a un incremento de las inversiones, a un crecimiento de las prestaciones y a la inclusión de nuevos recursos que han disparado el gasto. A pesar de ello el sistema sigue siendo muy eficiente, puesto que en muchas comunidades con menos de mil quinientos euros anuales por habitante se está dando un servicio sanitario que es referente en la mayoría de Europa. Otra aspecto distinto es que en estos momentos no tenemos liquidez y no hay que confundirlo. El problema actual del sistema sanitario no es un problema de eficiencia, sino de liquidez, aunque tratamos de solventar los problemas de liquidez que tenemos aumentando la eficiencia del sistema. Se ha dicho que cometimos un gran error al perder la financiación finalista, yo tengo mis dudas, porque realmente la financiación finalista la rechazamos y esto ha sido una de las causas que ha permitido el crecimiento que hemos tenido en todo el sistema en época de bonanza. Cuando las cosas se empiezan a poner mal es cuando pedimos la financiación finalista, porque queremos protegernos frente a una posible disminución de presupuestos, ya que el problema de liquidez no afecta solo a sanidad, sino a todo el estado. Yo

me decantaría más por una financiación no finalista, pero con una buena concreción de la cartera de servicios. La cartera de servicios se refiere al conjunto de productos que una empresa ofrece. Cuando definimos un producto no lo hacemos solo por lo que es, sino por cómo lo distribuimos y por los servicios adicionales que conlleva. La fragmentación del Sistema Nacional de Salud en diecisiete Servicios Regionales ha contribuido a difuminar el concepto de unidades de referencia nacional y a la falta de consenso en criterios comunes sobre la indicación e inclusión de determinadas prestaciones en todo el territorio nacional, así como a una tendencia a que todos los Servicios de Salud sean autosuficientes. Creo que en estos momentos de crisis la competencia no es buena. Hemos vivido una etapa en la que competíamos entre comunidades y entre hospitales dentro de la misma región para ver quién hacía más, pero ahora, con los problemas económicos que hay, ha llegado el momento de las alianzas y de la colaboración. Lo que hacía grande al Insa-lud era que tenía una estructura asistencial en red. Es necesario devolver la coherencia al Sistema Nacional de Salud mejorar la coordinación y colaboración entre Sistemas Regionales de Salud y esto solo puede lograrse desde el Consejo Interterritorial. Hay proyectos que se impulsaron hace tiempo y que se paralizaron, como por ejemplo la tarjeta única en todo el territorio nacional, que se estableció en un Real Decreto en los años noventa y que aún no se ha desarrollado. Necesitamos un órgano que realmente tenga autoridad dentro del sistema nacional de salud, aunque sus decisiones se adopten de forma consensuada, las directrices que dicte deben ser de obligado cumplimiento para todas las comunidades autónomas, y este papel le corresponde al Consejo Interterritorial. Si no recupe-

ramos la coherencia y la cohesión del Sistema Nacional de Salud perdemos la fortaleza que necesitamos para superar esta crisis.

**Á.J. Pérez:** ¿Podemos entrar ahora en el gobierno del SNS?

**J. Pomar:** Igual me puedo permitir ser algo más radical, porque desde hace tres meses veo las cosas desde otro lado. No podemos dejar escapar esta oportunidad. Tenemos un problema importante y todas las comunidades autónomas lo han abordado inicialmente desde una visión de intentar disminuir el déficit y reducir el gasto. Las políticas de ahora están siendo efectivas, pero veo un vacío de la r de recorte a la r de reforma, porque no se están planteando reformas con decisión. Si dentro del sector no apostamos radicalmente por el reformismo o la reorganización, corremos el riesgo de que una vez más la discusión política acabe con intentos de reforma. Creo que hay que ser ambiciosos, porque hay que preservar el sistema, pero viendo qué es lo sustancial del sistema. Lo sustancial del sistema es que es un sistema de aseguramiento universal, público y gratuito; a partir de aquí, estaría bien tener la página en blanco y proyectar reformas que den saltos importantes, mirando modelos nuevos o modelos que han funcionado en otros sitios. Desde el eje de los profesionales, creo que hay que dar el salto definitivo de consultarles a incorporarles de

---

*Lo sustancial del sistema es que es un sistema de aseguramiento universal, público y gratuito; a partir de aquí, estaría bien tener la página en blanco y proyectar reformas que den saltos importantes, mirando modelos nuevos o modelos que han funcionado en otros sitios*

Josep Pomar

---

verdad en la gestión; es imprescindible contar con los profesionales, porque tienen la sabiduría, aunque es un riesgo a tener en cuenta. El documento habla de los hospitales como empresas, que es uno de los clásicos de la Fundación Signo, y aquí los hospitales no están planteados como empresas, sino como apéndices de la administración y en casos como agujeros negros. Falta la incorporación de los hospitales como empresas y de los profesionales a la gestión, que en España se ha hecho muy poco. Hay que ponerlo sobre la mesa y alguna comunidad lo está haciendo: Cataluña está planteando la incorporación de los profesionales a la gestión como partícipes o “accionistas” y como personas que se juegan algo más y por tanto se sientan en la toma de decisiones. Hemos dado un paso, como es la colaboración público-privada, que era un tema tabú. Tenemos que dar más pasos, porque no podemos volver al discurso de la oposición política, en el que siempre aparece el fantasma de la privatización confundiendo cuando esta es de verdad de cuando solo es gestionar de otra forma. Tenemos que hablar de la gobernabilidad del sistema nacional de salud, aunque no vamos a cambiar la Constitución. España tiene autonomías, con unos derechos que no vamos a cambiar los sanitarios. Sin embargo, creo que tendría que haber alguna competencia económica pegada al Ministerio y este Ministerio debería tener un sentido federalista. Tiene que haber un gobierno y las decisiones importantes las tiene que tomar colegiadamente como gobierno, no como parlamento. Este gobierno tiene que tener algo que decir en cuanto a la financiación y tiene que tener el rendimiento de cuentas. Somos el único país donde el Ministerio no evalúa ni pide resultados a nadie. No veo la idea del intervencionismo ni de aminorar la estructura autonómica del

país, pero creo que el rendimiento de cuentas sí es necesario.

**T.S. Fernández:** Soy gerente de un área de salud. Hay que contar con los profesionales y eso es algo que se cae por su propio peso, porque lo que hemos hecho hasta ahora ha sido establecer roles de participación en el funcionamiento del sistema de salud. Los profesionales hacían su trabajo de atención sanitaria y los gestores el de planificación y gestión. Los profesionales saben lo que hay que hacer, incluso desde el punto de vista de la gestión, porque saben perfectamente donde están los agujeros del sistema. Por tanto, tenemos que contar con los profesionales siempre que sepamos hacia dónde nos dirigimos. Cuando hemos desarrollado infraestructuras, no se ha contado con los profesionales a la hora de su diseño y eso es un error. Otra cosa que hemos hecho mal es separar los ámbitos asistenciales: atención primaria, salud mental y hospital, porque eso rompe con la transversalidad. Ahora estamos empezando a trabajar en ese sentido, porque hay que empezar a dar pasos. A la hora de plantear la transformación de nuestras organizaciones, es fundamental que contemos con unos sistemas de información que sean transparentes y que midan resultados en salud, que nadie lo hace y es muy necesario. La publicación de resultados es muy necesaria en el sentido de la transparencia de lo que estamos haciendo, de que nos tiene que ayudar a compararnos y de que los ciudadanos conozcan nuestro trabajo, con sus beneficios y sus riesgos. A parte del trabajo con los profesionales, porque los principales problemas los generamos nosotros mismos, es fundamental tener un sistema de información abierto, para que la población esté informada y vaya participando en las estructuras de salud. Son fundamentales modelos en los que los pro-



---

*Los profesionales saben lo que hay que hacer, incluso desde el punto de vista de la gestión, porque saben perfectamente donde están los agujeros del sistema.*

*A la hora de plantear la transformación de nuestras organizaciones, es fundamental que contemos con unos sistemas de información que sean transparentes y que midan resultados en salud*

Tomás S. Fernández

---

fesionales tomen las riendas. Algo imprescindible es apoyarnos en las tecnologías de información, que nos ofrecen ingentes cantidades de posibilidades eficientes, baratas y que nos ayudan a estructurar nuestro trabajo. Las tecnologías de información tienen que ayudar a tener resultados transparentes continuos. También hay que mencionar las tecnologías que nos permiten apoyos no presenciales, como la telemedicina. Ahora mismo, nosotros en Murcia tenemos una sola Consejería para sanidad y política social. Tenemos que asumir que el 80% de nuestros pacientes son los crónicos y tenemos que manejarlos bien e introducir el papel de los cuidadores y de las estructuras de apoyo social. Por tanto, es necesaria la colaboración entre política social y asistencia sanitaria y nosotros estamos empezando a dar pasos en ese sentido.

**M. Alfonso:** Solo algunos comentarios sobre lo tratado hasta ahora. Estoy de acuerdo en que la colaboración público-privada es un tabú ya superado, pero creo que se sigue utilizando políticamente y es negativo para la población. Si hay que hacer cambios estructurales en el sistema, tendríamos que hacer cambios para buscar mayor eficiencia y mayor productividad. Existen bolsas de ineficiencia y se trata de identificarlas para

poderlas paliar de alguna manera. Estoy absolutamente de acuerdo en que ahora mismo tenemos un problema de liquidez, pero cuando hablamos de morosidad, estamos hablando de un problema generado hace veinte años, problema con el que convivíamos con serias dificultades, pero en otros momentos las empresas podían encontrar crédito y financiación. La industria cofinancia el sistema, pero ahora se trata ya de un problema de subsistencia del sector industrial. Por otro lado, me gustaría señalar que la competencia entre comunidades no ayuda y los sistemas de alianza y colaboración me parecen fundamentales. Es verdad que el tema de interoperabilidad se ha trabajado y se han puesto sobre la mesa sistemas de información y colaboración, como la historia clínica o la tarjeta sanitaria, pero en la práctica falta mucho que hacer. No comparto del todo que las políticas de recorte que se han realizado hayan sido realmente efectivas: algunas sí y otras no.

**Á.J. Pérez:** Parafraseando al Profesor Barea, simplemente recordar, que el mercado de competencia "perfecta" tiene una serie de requerimientos para que funcione y uno de ellos es la información perfecta. No se trataría por tanto de impedir que cada comunidad desarrolle su modelo, si no de que los resultados fueran públicos y que el ciudadano pudiera elegir asignando de esta manera los recursos.

**A. Alemany:** Estamos hablando de que el paciente ha cambiado en los últimos quince años. Sin embargo, nos empeñamos en seguir haciendo las cosas de la misma manera. Sabemos que ahora el paciente es crónico, pluri-patológico, y nosotros seguimos haciendo hospitales para agudos. Seguimos organizando el sistema en función de los profesionales y no de los pacientes. Tendremos que dar el

paso de una vez por todas para cambiar y para esto, el papel que tiene que jugar el Ministerio debe ser de mayor relevancia. El Ministerio tendría que tener un mapa de Recursos Humanos del sistema nacional de salud y tendría que saber cuánto cobran y cómo se les paga a cada uno de los profesionales, con algo que decir, para que cada uno no haga lo que quiera. También tendría que tener un mapa de recursos tecnológicos para ser eficientes. Creo que el Ministerio tiene mucho que decir en salud pública y ponernos a todos a funcionar con unos mismos criterios: eso lo tiene que retomar el Consejo Interterritorial, con el control del presupuesto, aunque hubiera que cambiar la ley. El Ministerio tiene que coger mayores competencias, actuar como regulador, pero no para salir de este apuro económico financiero, sino para que no vuelva a pasarnos esto. Estoy de acuerdo en que es momento de alianzas más que de competencias. Es momento de que nos aliemos, veamos donde están los potenciales de cada uno y los aprovechemos en sinergia. En cuanto a la implicación de los profesionales se han hecho cosas y hay que verlas para saber cuál es la mejor. No sé cuál es el mejor sistema, pero el que más me gusta es hacer partícipe en la gestión al clínico, lo que se llama gestión clínica. Hay que desarrollar bien los modelos de gestión clínica en atención primaria y en los hospitales.

**A. Rodríguez-Hevia:** Cuando leí el documento, estuve de acuerdo en que el sistema tiene que tener al paciente como eje, pero ese sistema tiene que estar liderado por una serie de actores comprometidos. Los actores son los políticos, los gestores, los ciudadanos, los profesionales y la industria farmacéutica. El compromiso de todos ellos es fundamental, pero sobre todo el de los profesionales.

---

***Creo que el reto de la eficiencia pasa fundamentalmente por el compromiso de los profesionales, porque supone sobre el 80% del gasto; los gestores podemos hacer algo con medidas organizativas, pero lo fundamental es el sanitario***

**Alfonso Rodríguez-Hevia**

---

para lograr el reto de la eficiencia, porque sus actuaciones y sus decisiones comprometen alrededor de un 80% del gasto; los gestores podemos hacer algo con medidas organizativas y de gestión, pero lo fundamental es el sanitario. Por otra parte, hemos fomentado que el rol del paciente se oriente hacia sus derechos, olvidándonos un tanto de sus obligaciones y deberes y de la necesidad de responsabilizarse en la utilización adecuada de las prestaciones sanitarias. Finalmente, desde el punto de vista de la organización, llevamos más de veinte años hablando de la coordinación primaria-especializada y seguimos igual. Por tanto, tendremos que adaptar nuestras estructuras organizativas para conseguir esa continuidad asistencial. El mapa de procesos de mi hospital empieza cuando el paciente accede a él y finaliza cuando sale: no marcamos lo que pasa antes y después... Si todos los actores aumamos sinergias y esfuerzos, las cosas podrían mejorar sustancialmente.

**L. Carretero:** Creo que todos estamos orgullosos de nuestro sistema sanitario, pero es bueno por la capacidad que tenemos que mantener de mejorarlo. Si nos quedamos en que una vez fuimos buenos, nos hundiríamos. En el sistema sanitario tenemos puntos de no gestión muy claros. Uno es que coordinamos muy mal nuestros niveles. La forma en la que está organizada la primaria, la especializada y el socio-sanitario, con pacientes distintos, está obsoleta y tenemos que

---

***Evidentemente, tenemos diecisiete sistemas de salud y lo que nos queda de sistema nacional de salud es la cultura que compartimos de cuando funcionábamos como sistema nacional, pero tenemos que volver a encontrar mecanismos de coordinación***

**Luis Carretero**

---

ser capaces de cambiarlo. Otra cosa que no funciona bien es que no transferimos riesgos dentro del sistema, ni hacia los centros, ni hacia los profesionales, ni hacia los directivos, ni hacia los servicios de salud. El transferir más riesgos facilita la elevada sensibilidad social. Si el que dirige no tiene ninguna responsabilidad o ningún riesgo sobre lo que maneja, la permeabilidad a la demanda social es altísima, por lo que por ahí se nos van recursos. En esa mala transferencia de riesgos, habría que pensar si hay algo más de espacio para la colaboración público-privada. Por supuesto, tenemos en nuestro sistema gran cantidad de sobreutilización y mucha sobrecapacidad. Desde que se hicieron las transferencias, hemos doblado la capacidad asistencial de nuestro sistema y hemos mejorado los indicadores de salud. No podemos conformarnos con lo que tenemos, sin pensar si podríamos estar mejor. Evidentemente, tenemos diecisiete sistemas de salud y lo que nos queda de sistema nacional de salud es la cultura que compartimos de cuando funcionábamos como sistema nacional, pero tenemos que volver a encontrar mecanismos de coordinación. Quizás la financiación sea uno de los mejores elementos de coordinación a los que podemos recurrir ahora, porque a todos nos puede motivar. Los costes sanitarios casi se han duplicado desde las transferencias, y eso se debe a elementos como la negociación salarial o a la cartera de servicios. De cara al

documento, nos falta apostar por los directivos del sistema nacional de salud: necesitamos ser capaces de atraer a buenos profesionales para directivos. Parece que los directivos son un residuo del sistema cuando no vamos a salir de la situación en la que estamos sin su ayuda.

**C. Macaya:** En cuanto a la medicina personalizada, un buen ejemplo es el que tiene lugar en la asistencia privada. En cuanto al tema coste-efectividad, una tarea pendiente es el papel de las agencias de evaluación tecnológica a la hora de incorporar nueva tecnología, porque no se está haciendo y entran en competencia las diferentes Agencias de cada Comunidad. En el punto de la colaboración público-privada, está asumida, pero me gustaría destacar dos aspectos. Se ha hablado de que en momentos de crisis no es bueno hablar de competencia, pero la realidad es que estamos en competencia entre la pública y la privada. Creo que ahora mismo se trata de una competencia desleal, porque la privada tiene más recursos y más herramientas para gestionarlos. Otro aspecto es el de la transparencia: no tenemos datos de ningún tipo, pero ni de la pública ni de la privada. Si pedimos transparencia en los resultados, por ejemplo, en mortalidad en cirugía cardíaca, tenemos que pedirla también en el ámbito privado. En este sentido, tendría que haber una normativa muy general a nivel nacional de la colaboración público-privada. Por otro lado, al hablar de reorganización del sistema es importante no olvidar el tema de las especialidades. Me gustaría destacar el caso de la especialidad de urgencias, que creo que es un tema crucial que habría que definir y analizar las consecuencias de este debate. Habría que ver qué papel va a tener esta especialidad a medio-largo plazo en el sistema nacional de salud, porque es funda-

mental. Se ha mandado desde el Ministerio a las diferentes Consejerías un informe sobre la especialidad de urgencias, cuestionando si procedía o no llevarla adelante. Los profesionales de otras especialidades estamos preocupados, porque no cabe duda de que un especialista en urgencias puede llegar a tomar las riendas de la gerencia del hospital al tener el control de la entrada de los pacientes al centro, la decisión de dónde se dirigen estos pacientes, y la asistencia en las propias unidades de urgencias, que pueden convertirse en hospitales paralelos.

**J.L. Temes:** No quiero cambiar la Constitución, pero sí creo que la Ley General de Sanidad, que sirvió para crear un buen sistema de salud, puede cambiarse, porque las circunstancias han cambiado. Creo que no es difícil que nos pongamos de acuerdo, porque vamos todos en la misma línea. En cuanto a las agencias de evaluación, no sé si tiene que haber muchas; ¿no nos llegaría con una? Los profesionales proponen cosas que hay que ver si podemos pagarlas o no. Por ejemplo, en nefrología, que es mi especialidad, se empieza a proponer menos horas de diálisis, pero dializar todos los días; sin embargo, hay que ver si esto lo podemos pagar, porque creo que no. La participación de los profesionales está muy bien, pero sus decisiones tienen que ser responsables. Creo que hay mucho avance en gestión clínica, porque cada vez hay más profesionales conscientes de que su papel en la gestión es importantísimo y de su responsabi-

---

*Si somos capaces de modificar la ley y darle ese papel de liderazgo al Ministerio con consenso, ganaríamos mucho sin necesidad de modificar las bases sustanciales del modelo*

José L. Temes

---

lidad en la toma de decisiones. Hay que implicar a los profesionales, entendiendo que forman parte sustancial del sistema. Por ejemplo, mucha parte del gasto es la prescripción, y ahí los profesionales tienen que ser responsables en el control de la demanda. Por otra parte, la administración tiene una responsabilidad que no puede delegar en los profesionales. Hay que ir a los modelos de coste-efectividad. Tiene que haber una mezcla entre lo que proponen los profesionales y la viabilidad de sus propuestas. Hasta ahora había dos bandos y eso no es posible, porque los clínicos necesitan a los gestores y los gestores a los clínicos. Todos somos actores importantes en el sistema y tenemos que entender que la sostenibilidad depende de todos: hay que ser capaces de mantener el equilibrio entre todos los actores para que esto funcione.

**M. García Reboll:** Soy nueva en la gestión, llevo como siete años, y me sorprende que parece que todos queremos volver al estado, para ver si no vemos lo que hacemos mal en cada comunidad o para ver si así es más eficiente. En cuanto a la cartera de servicios, está claro que los profesionales nos pedirán cosas que pueden ser mejores, pero más caras, y a lo mejor no podemos mantenerlo. Tendríamos que acotar la cartera de servicios y, aunque mi comunidad está en contra del co-pago, a lo mejor deberíamos hacer responsables de ese piquito de más a las personas, cuando exista algo de mayor calidad y tenga la oportunidad de elegir. Creo que los profesionales son totalmente ineficientes y no tienen información del gasto que generan ni del coste de sus acciones. No podemos exigir a un profesional que se implique si no le decimos cómo y a qué precio lo está haciendo. Si no tienen información ni se sienten evaluados, no se implican

ni mejoran. Nuestra comunidad tiene un sistema de productividad variable, nos comparamos y hay competencia, pero es reputación, no dinero, porque la cantidad es ridícula. La concesión administrativa a la privada se hizo porque no había dinero y en eso ellos son más eficientes y trabajan más. En cuanto a las TICs, son fenomenales para los pacientes y adelante con ellas, pero no hemos ahorrado, porque no podemos quitar administrativos, aunque hemos dejado de crecer. En cuanto a la profesionalización, pondría una especialidad de gestión, porque hay que hacer grupo desde el principio.

**Á.J. Pérez:** El profesor Barea en el año 82 escribió el prólogo del libro de Abel Smith "cuánto cuesta la salud". En el decálogo de actuaciones que proponía señalaba la necesidad de crear una especialidad de gestión sanitaria. De esto hace treinta años, ha habido notables intentos, pero ¿seguimos como en la mayoría de las nueve propuestas restantes lejos de podernos sentir satisfechos?

**M.A. Ortiz:** Venimos desde Burgos. Todos somos conscientes de que hacemos una valoración muy alta del sistema sanitario español. A parte de la industria, hay cuatro actores: el paciente, el gestor, el profesional y la política. El paciente exige al resto de ámbitos que funcione bien y que, dentro de nuestras posibilidades, tengamos una buena sanidad, unas buenas prestaciones y unos buenos indicadores de salud. El Ministerio, el Consejo Interterritorial y los partidos políticos gobernantes tienen que tener la responsabilidad de ordenar el sistema. El Consejo Interterritorial para mí ha sido bochornoso, porque no ha tratado temas de fondo y que de verdad influyeran en las comunidades autónomas. Los profesionales y los gestores tenemos que estar jun-

---

**Tenemos que hacer autocrítica de lo que hemos hecho y de lo que estamos haciendo y tenemos que ser más exigentes los unos con los otros**  
Miguel A. Ortiz

---

tos. Muchas veces los gestores somos profesionales que venimos de la asistencia. Tenemos que hacer autocrítica de lo que hemos hecho y de lo que estamos haciendo y tenemos que ser más exigentes los unos con los otros. Como gestor, lo primero que hay que hacer es organizarse con los profesionales, especialmente con los jefes de servicio. En definitiva, la colaboración entre profesionales y gestores me parece absolutamente fundamental.

**F. Gragera:** Quería destacar el tema de la oportunidad de dar un paso adelante. Nos tenemos que posicionar en la acción. Las comunidades autónomas han de decidir nuevos modelos, para determinar la integración o la coordinación entre los niveles de primaria y especializada. Llevamos más de veinte años hablando de lo mismo y hay que dar el paso. Hay que decidir integración socio-sanitario o coordinación entre sistemas y a partir de ahí tener al paciente como eje es nuestra razón de ser, teniéndoles bien informados y formados. Además, tenemos que darles la libre elección de centro y profesional, pero con total transparencia, para que el ciudadano pueda elegir en función de una serie de indicadores. Tenemos que dejarnos de indicadores de procesos y pasar a indicadores de resultados y para ello necesitamos un sistema de

---

**Hay que decidir integración socio-sanitario o coordinación entre sistemas y a partir de ahí tener al paciente como eje, teniéndoles bien informados y formados**

---

Fernando Gragera



información del que carecemos. Si queremos tener al paciente como centro deberíamos poner en marcha el trabajar por procesos. Tendríamos que tener historias clínicas únicas, compartidas, transparentes y accesibles, para todos los niveles. Al dar un paso adelante se asumen riesgos, pero somos los primeros que tenemos que asumirlos porque somos los que gestionamos.

**J.M. Sánchez:** Creo que más que un sistema nacional de salud, lo que tenemos es un sistema de atención a la enfermedad. Llama la atención la poca información que tenemos de resultados en salud y de todas las intervenciones que se hacen. Además hay muy poca prevención de la enfermedad y ahí tendría que tener un papel muy importante el Consejo Interterritorial, porque la información

---

*La falta de información hace que se estén realizando actuaciones muy poco coste-efectivas, que no producen beneficios en la salud general de la población*

José Miguel Sánchez

---

que tenemos para tomar decisiones sobre las medidas que se están realizando es muy escasa. La falta de información hace que se estén realizando actuaciones muy poco coste-efectivas, que no producen beneficios en la salud general de la población.

**M. Alfonsel:** La industria ha colaborado durante muchos años en la formación de los profesionales y le ha ofrecido mejoras tecnológicas para su actividad clínica y asistencial que han incidido muy positivamente en el ejercicio de su actividad. Pienso que la industria tiene que ser un agente del sistema y esto no puede ponerse en duda a estas alturas, hemos dado claras muestras de corresponsabilidad. Estoy de acuerdo en que las agencias de evaluación de tecnología deben reorientar su actividad de forma positiva para aportar criterios. La industria siempre ha estado a disposición de la administración, para poder trabajar conjuntamente y esto es un valor que deberíamos apreciar en su justa medida.

**D. Falcón:** Este debate continuará en las jornadas, que ya estamos preparando.