

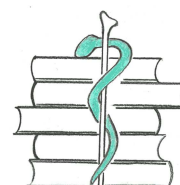
LOS RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA PRÓXIMA LEGISLATURA



SUSCRITO POR:



Foro de la Profesión
Médica de España



FACME está integrada por las siguientes Sociedades Científicas



Elaborado con la colaboración de la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria

LOS RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA PRÓXIMA
LEGISLATURA
MANIFIESTO DE LA PROFESIÓN MÉDICA
Propuesta elaborada por FACME

**Un Sistema Nacional de Salud centrado en las personas, de calidad,
equitativo y eficiente**

A lo largo de este año 2015 los ciudadanos daremos un mandato a nuestros representantes legales para que gobiernen, durante cuatro años, en prácticamente todas las administraciones públicas: gobierno central, la mayoría de las comunidades autónomas y los ayuntamientos. Se trata de un mandato condicionado al cumplimiento de los compromisos electorales y a la obligatoriedad de rendir cuentas en todo momento de que las decisiones que adopten responden a los intereses generales de los españoles. Esperamos de nuestros gobernantes que esta delegación de responsabilidad sea asumida con el rigor y honestidad que exige. Esperamos, asimismo, que los responsables políticos y las administraciones públicas cuenten con la participación de los interesados en la toma de decisiones y la estimulen.

Los médicos tenemos también un mandato, de carácter ético, para la práctica de nuestra profesión: velar por la salud de nuestros conciudadanos, poniendo la defensa de la misma por encima de nuestros intereses. Somos conscientes de que este mandato está, a su vez, condicionado por el contexto económico, social y cultural de nuestro país, así como por las preferencias, valores y creencias de pacientes y cuidadores. La salud no tiene precio pero tiene un coste, por lo que el compromiso ético de los médicos debe incorporar la utilización más eficiente de los recursos que se ponen a disposición de la sanidad para transformarlos en la máxima ganancia de salud posible para el conjunto de la población. No solo estamos legitimados, por tanto, para intervenir en la política sanitaria como un agente relevante, sino que estamos obligados éticamente a ello. **El MANIFIESTO** que se presenta tiene por objeto poner a disposición de los ciudadanos, los partidos políticos, así como a las administraciones, la opinión y la voluntad de cooperación de los médicos sobre las políticas que se desarrollen en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

El SNS ha sido uno de los más importantes logros sociales de nuestra democracia. Heredero de una Seguridad Social de muy amplia cobertura poblacional, tenía en la Ley General de Sanidad de 1986 la vocación de convertirse en un sistema universal, público, de calidad y equitativo. Durante muchos años se produjo un crecimiento notable de los recursos destinados al SNS, de la población amparada por su cobertura, de la amplitud de su cartera de servicios y un notable incremento en la calidad de sus prestaciones. También se dejaron, desde el principio, importantes aspectos de su organización y funcionamiento (“gobernanza” y gestión) sin resolver, impasibilidad que se ha mantenido (con puntuales excepciones) cuando se hizo evidente que el modelo asistencial del SNS de los 80 del siglo XX no respondía a las necesidades de la población española del siglo XXI.

Se dice que una crisis se produce cuando lo antiguo ha muerto y lo que tiene que venir aún no ha nacido, por ello las crisis generan oportunidades. No ha sido este el caso del SNS durante la crisis en España. Los ajustes económicos del SNS se han traducido en reducciones de personal y salariales, en menor innovación tecnológica, en un aumento de las listas de espera, en un incremento del copago y -lo que probablemente es más grave- un cambio radical en la naturaleza del SNS, introducida en el Real Decreto Ley 16/2012, vinculando el derecho a la

asistencia a la relación laboral en lugar de ser un derecho universal de ciudadanía. Por el contrario, no se han abordado (o se ha hecho muy tímidamente) las reformas que precisa el sistema en su modelo asistencial, gobernanza y gestión, por lo que los retos a los que se enfrenta el SNS, muchos de ellos arrastrados desde hace largo tiempo, han sido agravados por los recortes.

Las propuestas que en este manifiesto se desarrollan están basadas tanto en la experiencia y evidencia disponible en nuestro SNS como en las existentes en otros países occidentales desarrollados que han confrontado los problemas a los que nos enfrentamos con mayor determinación que la nuestra. Por otra parte, las propuestas son también un compromiso de los médicos con la sociedad. No pretendemos defender nuestros intereses, aunque sea legítimo, sino los de los ciudadanos, usuarios y pacientes, que son los destinatarios de los servicios del SNS. Los retos que, desde nuestro análisis, afronta el SNS en los próximos años son:

- 1. Prevenir mejor que curar.**
- 2. Poner al paciente en el centro del sistema.**
- 3. Adecuar la asistencia a las necesidades de la población.**
- 4. Promover las iniciativas locales. Evitar la uniformidad, impuesta desde arriba.**
- 5. Basar la política de personal en el desarrollo de las competencias profesionales, e incentivar las buenas prácticas.**
- 6. Vincular el Sistema Nacional de Salud a la generación de conocimiento, a la innovación y al desarrollo productivo.**
- 7. Invertir en TIC con la visión de sistema.**
- 8. Mejorar la calidad, medir, evaluar por resultados y hacer pública la información.**
- 9. Gobernar al Sistema Nacional de Salud, para que cumpla sus objetivos.**
- 10. Financiar adecuadamente al Sistema Nacional de Salud.**
- 11. Aumentar la eficiencia de los servicios, despolitizando su gestión.**
- 12. Incentivar la participación de los profesionales en la gestión de los servicios.**

1

Prevenir mejor que curar

Es preciso que todas las administraciones públicas, las entidades científico-médicas, las organizaciones ciudadanas y los sistemas educativo y sanitario, entre otros, tomen conciencia de la importancia que tiene la adopción de estilos de vida saludables y de medidas higiénicas y el desarrollo de acciones preventivas que eviten una carga impropia de enfermedad y trabajen conjuntamente para su implantación. Existen importantes brechas en el logro de objetivos tan relevantes como reducir el tabaquismo, retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, reducir la obesidad y reducir el sedentarismo, o en la identificación de factores de riesgo y desarrollo de medidas preventivas en función de los mismos. La información disponible señala asimismo un deterioro de los hábitos nutricionales de los españoles, con reducciones en la ingesta de fruta y verduras, especialmente preocupante en la población infantil. Estas deficiencias, unidas al progresivo envejecimiento, encaminan a la población española hacia una situación epidemiológica sin precedentes, que debe ser combatida -como han hecho otros países- desde ahora mismo, con todo el vigor necesario para evitar que el sistema sanitario confronte una carga impropia e innecesaria de enfermedad, generando no solo un incremento de los costes sino enfermedad, muerte y sufrimiento que pueden y deben ser evitados.

Debe impulsarse una estrategia nacional de salud pública (ENSP) que establezca los objetivos y metas en educación y promoción de la salud, y prevención de las enfermedades. La estrategia debe incorporar la visión de todos los agentes relevantes, basando sus decisiones en la evidencia científica disponible y en el análisis coste/efectividad de las distintas alternativas de actuación. La ENSP debe superar las barreras administrativas de comunidades autónomas y ayuntamientos, irrelevantes a efectos de la salud pública. La ENSP debe estar adecuadamente dotada económicamente mediante recursos de la administración central del estado y de las comunidades autónomas, así como a través de aportaciones de la sociedad civil, e incentivar, mediante cofinanciación, las acciones conjuntas multientidad, localmente generadas y que cuenten con un soporte social adecuado.

Se debe hacer un esfuerzo más decidido en educación para la salud y la utilización de los servicios sanitarios. En estos aspectos el sistema educativo tiene una especial responsabilidad, y se debe contar con las organizaciones de la sociedad civil, debiendo el sistema sanitario apoyar las actividades de educación sanitaria mediante recursos dedicados a la acción comunitaria.

Debe impulsarse una estrategia nacional de salud pública que establezca los objetivos y metas en educación y promoción de la salud, y prevención de las enfermedades

2

Poner al paciente en el centro del sistema

Esta frase, por repetida y no aplicada, se ha convertido en retórica, pero es un reto que es necesario abordar. Poner realmente al paciente en el centro del sistema requiere una transformación muy importante del Sistema Nacional de Salud, no sólo en los aspectos relativos al modelo asistencial sino también cómo se organiza y gestiona. Dar poder real a los pacientes, familiares y personas que, estando sanas, utilizan el sistema sanitario público, requiere la aplicación de un conjunto de principios, recogidos en la Declaración de Barcelona (2003)¹ o en las cartas de derechos de sistemas sanitarios de países occidentales desarrollados, como la del *National Health Service* (NICE, 2012)²:

1. Los pacientes deben ser tratados con dignidad, bondad, compasión, cortesía, respeto, comprensión y honestidad.
2. Los pacientes experimentan interacciones eficaces con el personal de salud, que debe ser competente en las habilidades de comunicación pertinentes.
3. Los profesionales sanitarios se deben presentar ante los pacientes que atienden, y los pacientes deben conocer las funciones y responsabilidades que los miembros del equipo de salud tienen respecto a su atención.
4. Los pacientes tienen la oportunidad de discutir sus creencias sobre la salud, preocupaciones y preferencias que deben informar su cuidado individualizado.
5. Los pacientes son apoyados por los profesionales de la salud para entender las opciones de tratamiento disponibles, incluyendo los beneficios, riesgos y consecuencias potenciales.
6. Los pacientes participan activamente en la toma de decisiones compartidas y son apoyados por los profesionales de la salud para tomar decisiones plenamente informadas sobre las investigaciones, tratamientos y asistencia, los cuales deben incorporar lo que es importante para ellos.
7. Los pacientes deben tener el derecho a elegir, aceptar o rechazar el tratamiento y se respetan y apoyan estas decisiones.
8. Los pacientes tienen el derecho a pedir una segunda opinión.
9. Los pacientes reciben una asistencia que se adapta a sus necesidades y preferencias personales, teniendo en cuenta sus circunstancias, su capacidad para acceder a los servicios y sus condiciones coexistentes.
10. Se evalúan periódicamente las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes, incluyendo la nutrición, la hidratación, el alivio del dolor, la higiene personal y la ansiedad.
11. Los pacientes reciben una atención continuada prestada, siempre que sea posible, por el mismo profesional o equipo de salud a lo largo del episodio de atención.
12. Los pacientes reciben una atención coordinada con intercambio de información relevante, clara y precisa, entre el personal de salud y los profesionales de atención social.
13. Las preferencias de los pacientes para compartir la información con sus parejas, familiares y / o cuidadores se establecen, y son respetadas y revisadas a lo largo de su cuidado.
14. Los pacientes conocen a quién contactar, cómo contactar con ellos y cuándo hacer contactos en relación con sus necesidades de salud.

¹ Declaración de Barcelona. <http://www.fbioseplaporte.org/dbcn>

² Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. NICE clinical guideline 138. February 2012. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG138>.

El derecho a elegir, tantas veces proclamado desde la Ley General de Sanidad, es ineficaz sino se acompaña de una información sobre resultados y otros indicadores relevantes para la experiencia del paciente en el sistema sanitario. En el reto 8 se hace mención a la necesidad de hacer públicos los resultados de los centros y servicios sanitarios y otra información relevante.

Si realmente se desea que las preferencias del paciente guíen el funcionamiento del sistema sanitario y del personal de salud debe existir una relación directa entre éstas y la estructura de incentivos. Los centros y profesionales que más pacientes atraigan y que mejores resultados obtengan deben ser incentivados frente a aquellos que no lo hacen y deberían existir mecanismos para cerrar centros, servicios o programas que presten una asistencia subóptima.

Poner al paciente en el centro del sistema requiere una transformación muy importante del Sistema Nacional de Salud, no sólo en los aspectos relativos al modelo asistencial sino también en cómo se organiza y gestiona. El derecho a elegir debe acompañarse de una información sobre resultados y otros indicadores relevantes.

3

Adequar la asistencia a las necesidades de la población

El modelo asistencial del SNS está basado en la atención del episodio agudo, que gestiona mal a los pacientes con enfermedades crónicas y especialmente a aquellos con enfermedades crónicas complejas, en los que concurren en grado variable situaciones de comorbilidad, dependencia y fragilidad. La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS³ es una muestra de esta necesidad y sigue la estela de otros sistemas sanitarios que han abordado de forma sistemática el reto de enfrentarse al aumento de una población cada vez más envejecida y, por tanto, de la cronicidad, dependencia y fragilidad asociadas a las etapas avanzadas de la vida^{4,5}. Las experiencias internacionales muestran que el manejo sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas reduce la frecuentación y las estancias hospitalarias, disminuye la tasa de consultas urgentes, así como el consumo de medicamentos^{6,7,8,9}. No basta, sin embargo, realizar un enfoque general del problema de la cronicidad, debiendo adecuar los criterios generales a las mejores prácticas en el manejo de las distintas enfermedades que tienen un curso crónico, así como -y esto es probablemente lo más importante- a las necesidades de las personas concretas que las padecen.

El SNS debe establecer un continuo con el sistema de servicios sociales, así como una mayor integración y cooperación -más allá de la mera “coordinación”- entre atención primaria y especializada. Entre otras, se deben adoptar las siguientes medidas:

- Desarrollar equipos multidisciplinares para la atención de pacientes complejos con enfermedades crónicas y degenerativas. Ello puede dar lugar a la implantación de unidades superespecializadas en el SNS, dentro de la variabilidad territorial y con un control estricto de resultados.
- Desarrollar la red de cuidados paliativos.
- Potenciar la figura de los gestores de casos para aquellos pacientes con problemas de salud complejos, como el cáncer, las enfermedades neurodegenerativas o enfermos crónicos complejos.
- Crear redes asistenciales para cada bloque de procesos que garanticen la atención del paciente en el lugar más apropiado en cada momento, desde el domicilio al hospital de referencia, así como la continuidad de la asistencia.
- Crear un sistema de información compartido por atención primaria y especializada, que permita la trazabilidad del proceso del paciente con independencia del ámbito asistencial.

El modelo asistencial del SNS gestiona mal a los pacientes con enfermedades crónicas y especialmente a aquellos con enfermedades crónicas complejas. Se deben crear redes asistenciales para cada bloque de procesos que garanticen la atención del paciente en el lugar más apropiado en cada momento

³ Ferrer C, Orozco D, Román P. (Coord. Científ.). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014.

⁴ The National Service Framework for Long-term Conditions. Department of Health. 2005.

⁵ Living well with dementia: A National Dementia Strategy. Department of Health. London. 2009.

⁶ Colin-Thome D, Penny J. Learning from the Castlefields Health Center. Julio 2004 (www.natpact.nhs.uk).

⁷ Adapting the Evercare Programme for the National Health Service. Evercare. 2003 (www.natpact.nhs.uk).

⁸ Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?. King's Fund Research Paper. January 2004.

⁹ Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo-American exchange. King's. Seminar Report. November 2007.

4

Promover las iniciativas locales. Evitar la uniformidad, impuesta desde arriba.

Si se desea adecuar la asistencia a las necesidades de la gente, se deberán rediseñar muchos servicios para que presten diferentes modelos de atención que satisfagan mejor las necesidades de todos los ciudadanos, incorporen los avances científicos y tecnológicos y superen las barreras entre organizaciones y ámbitos asistenciales que dificultan una atención integral. Este reto es imposible alcanzarlo mediante las acciones a las que está acostumbrado el SNS, de arriba abajo. Por el contrario, se deberá incentivar el desarrollo de soluciones locales, lideradas por profesionales o por iniciativas comunitarias. Este reto redefine el papel de las administraciones sanitarias públicas, especialmente los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, pero también otros departamentos que intervienen en la fiscalización del gasto sanitario, debiendo las administraciones públicas asumir las funciones de control sobre la utilización de los recursos y de evaluador de resultados, y descentralizar la gestión. No se puede ser, a la vez, juez y parte. Mientras los Servicios de Salud sean los gestores directos serán incapaces de evaluar el funcionamiento de los servicios porque se están evaluando sí mismos. No existe la solución única para un problema tan complejo como organizar la atención, ajustándose a las distintas realidades, con los recursos disponibles y logrando los mayores niveles de calidad y eficiencia posibles.

Se debe incentivar el desarrollo de soluciones locales. Las administraciones sanitarias públicas deben asumir las funciones de control sobre la utilización de los recursos y de evaluador de resultados, y descentralizar la gestión

5

Basar la política de personal en el desarrollo de competencias profesionales e incentivar las buenas prácticas.

Los profesionales de la salud deben asumir el liderazgo del sistema desde una nueva perspectiva, en la que los pacientes sean copartícipes y adopten las decisiones informadas sobre su salud. Los responsables clínicos deben asumir el papel de líderes de equipos multidisciplinares en los que las relaciones entre profesionales estén basadas en el conocimiento y la calidad. Esto exige fomentar la autonomía y responsabilidad de los profesionales. Entre otras, las siguientes medidas están comprendidas en este vector de cambio:

- Favorecer la autogestión y la autonomía de gestión en los centros de atención primaria.
- Impulsar el desarrollo de unidades de gestión clínica y equipos multidisciplinares tanto en atención especializada como en atención primaria, lo que a su vez requiere modificar el estatuto de los hospitales del SNS.
- Profesionalizar la gestión sanitaria, con autonomía del poder político y evaluación basada en el cumplimiento de objetivos.

Una política de recursos humanos basada en el desarrollo de competencias profesionales¹⁰ requiere un cambio copernicano en la gestión de personal de los servicios de salud. Es necesario promover la perspectiva de género en las organizaciones sanitarias, favoreciendo políticas de equidad en los procesos de toma de decisiones y la igualdad real de oportunidades entre hombres y mujeres en su desarrollo profesional, identificando las principales barreras que aún continúan limitando o frenando el desarrollo profesional de las mujeres en igualdad de condiciones.

Debe producirse un esfuerzo inversor en el capital humano, no debiendo ser la industria del sector -como hasta ahora- la principal fuente de financiación. La innovación tecnológica y organizativa y la generación de nuevo conocimiento exigen: a) un esfuerzo inversor dirigido a la traslación de este conocimiento para incorporarlo a la práctica cotidiana; b) una permanente actualización de conocimientos, habilidades y actitudes; c) difundir las mejores prácticas para que estas sean incorporadas lo más rápidamente posible al conjunto del SNS; d) redefinir sobre bases continuas los roles profesionales y las fronteras interprofesionales, de especialidad, etc.; y e) basar la política de reclutamiento, acogida, promoción e incentivos en las competencias profesionales.

Una política de personal basada en las competencias profesionales requiere de la estrecha colaboración entre las entidades profesionales y las administraciones públicas¹¹. El desarrollo de áreas de conocimiento específico, el establecimiento de estándares de competencias, los procesos de certificación y recertificación se sitúan en el ámbito profesional y deberían estar delegados a las entidades profesionales, ejerciendo las administraciones públicas el papel de supervisor, pero no gestor, de estos procesos.

Los incentivos deben formar parte de la nueva política de recursos humanos basada en las competencias profesionales y en el fomento de buenas prácticas. Los incentivos son elementos esenciales del gobierno clínico, y al ignorarlos se asume el riesgo de desaprovechar unos recursos escasos y de perjudicar la salud de las personas¹². Los incentivos pueden tener efectos

¹⁰ Competencia es el habitual y juicioso uso, en la práctica diaria, del conocimiento, comunicación, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en beneficio del individuo y la comunidad (Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. JAMA. 2002;287:226-235).

¹¹ Papel de las Sociedades Científicas en el Sistema Nacional de Salud. FACME, 12 de diciembre de 2013. http://www.facme.es/docs/HEALTH_11.pdf

¹² Maynard A. Aproximación económica al gobierno clínico. En: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente. Como cumplir la agenda de la modernización. Barcelona:Elsevier. 2010, págs. 17-32.

no deseados que se deben controlar, pero el efecto perverso de los no incentivos, tratando por igual a profesionales, equipos y centros cuyo desempeño es eficiente y de calidad y a aquellos con funcionamiento que no cumplen los estándares mínimos, tiene efectos devastadores para el SNS.

Se debe fomentar la autonomía y responsabilidad de los profesionales. Una política de recursos humanos basada en el desarrollo de competencias profesionales requiere un profundo cambio en la gestión de personal de los servicios de salud incluyendo un esfuerzo inversor dirigido a la traslación del conocimiento para incorporarlo a la práctica cotidiana. Una política de personal basada en las competencias profesionales requiere de la estrecha colaboración entre las entidades profesionales y las administraciones públicas. Los incentivos deben formar parte de la nueva política de recursos humanos basada en las competencias profesionales

Vincular el Sistema Nacional de Salud a la generación de conocimiento, a la innovación y al desarrollo productivo.

El SNS es generalmente visto como un sector de gasto público que hay que controlar. Esta es una visión miope que desaprovecha las oportunidades para utilizar el sistema sanitario como fuente de innovación y desarrollo. Es indudable que España debe realizar un notable esfuerzo para incorporarse a la élite en innovación y desarrollo.

El SNS concentra una enorme cantidad de tecnología y conocimiento. Está, por tanto, en una situación inmejorable para ser un foco de investigación, desarrollo e innovación y en numerosos casos lo es. El SNS está, asimismo, bien situado para, en cooperación con el sector privado, producir servicios de salud para una Unión Europea como marco político que avanzará, cada vez en mayor medida, hacia la libre circulación de personas, bienes y servicios. Ambas líneas de desarrollo del SNS (I+D+i y prestación de servicios de salud a ciudadanos europeos) pueden contribuir notablemente a diversificar el modelo productivo español en una línea de generación de conocimiento y producción de servicios personales de alto valor añadido. Sin embargo, para favorecer el desarrollo de estas líneas es preciso abordar algunos de los cambios propuestos en este manifiesto, así como favorecer una estrecha colaboración entre las unidades clínicas, la industria y la universidad, mediante instrumentos adecuados (empresas mixtas; joint ventures; spin-offs; etc.).

Un importante factor de mejora de la calidad asistencial y de crecimiento del gasto es la innovación tecnológica. Se debería financiar selectivamente aquello (tecnologías, servicios, etc.) que añade valor y para ello se deberá conferir un papel real, relevante y decisivo a los dictámenes e informes de las agencias de evaluación de tecnologías en España. Para que la información y conocimiento de estas agencias sea independiente y fiable, y sirva a la toma de decisiones sobre política sanitaria es preciso que las agencias tengan un estatus independiente y vinculante, y que cuenten con la estrecha colaboración de las sociedades científico-médicas¹³, como hace, por ejemplo NICE. Por otra parte sería preciso una gestión más integrada de las distintas agencias, configurando la agencia nacional de evaluación en innovación sanitaria como una red que integrara a la estatal y las de las Comunidades Autónomas. Se debería además introducir el uso tutelado para determinadas innovaciones tecnológicas, de manera que pudiera compatibilizarse el estímulo a la innovación con el riesgo de consumo excesivo no compensado por el incremento en eficiencia que asume el pagador público¹⁴.

La Investigación, desarrollo e innovación y la prestación de servicios de salud a ciudadanos europeos pueden contribuir notablemente a diversificar el modelo productivo español. Se debe configurar la agencia nacional de evaluación en tecnología sanitarias como una red que integrara a la estatal y las de las Comunidades Autónomas. Debería tener un estatus independiente y vinculante, y contar con la estrecha colaboración de las sociedades científico-médicas.

¹³ Papel de las Sociedades Científicas en el Sistema Nacional de Salud. FACME, 12 de diciembre de 2013. http://www.facme.es/docs/HEALTH_11.pdf

¹⁴ Profesión médica y reforma sanitaria. Propuestas para una acción inmediata. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos Diciembre, 2012. https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion_medica_reforma_sanitaria.pdf

7

Invertir en TIC con una visión de sistema.

Dentro del capítulo de I+D+i merece un apartado específico el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicaciones, por su potencial transformador de la asistencia sanitaria. La necesaria transformación del modelo sanitario hasta evolucionar en un sistema integrado, en cuyo centro esté situado el paciente, requiere, como aspectos clave, la disponibilidad inmediata (“historia compartida”) de la información clínica; la longitudinalidad de la información a través de los distintos niveles de asistencia sanitaria y social; el desarrollo de sistemas de información adaptados a la gestión clínica de determinadas áreas de conocimiento; la información y las TIC al servicio de la accesibilidad del paciente al sistema y la eficiencia en la gestión de pacientes (videoconferencia, telemedicina y telemetría); la devolución de la información al usuario para que éste pueda tomar decisiones informadas; y la información y difusión del conocimiento científico a los profesionales. Para ello es preciso afrontar, desde el ámbito del SNS, una inversión masiva, orientada, eficiente en sus retornos y que supere la estrechez de miras localistas para plantearlo como un gran reto del conjunto del SNS (administración central del estado y Comunidades Autónomas). La cooperación entre SNS e industria se considera esencial para el logro de este objetivo.

Las TIC son imprescindibles para desarrollar un sistema sanitario integrado, en cuyo centro esté situado el paciente. Para ello es preciso afrontar, desde el ámbito del SNS, una inversión masiva, orientada, eficiente en sus retornos y que supere la estrechez de miras localistas para plantearlo como un gran reto del conjunto del SNS

Mejorar la calidad, medir, evaluar por resultados y hacer pública la información.

En el SNS se mide poco y la información disponible es poco utilizada. Numerosos países desarrollados tienen una información notablemente más completa sobre sus sistemas sanitarios que la que tiene el SNS. ¿El SNS es realmente tan eficiente como se dice?. Los buenos resultados en salud en España pueden deberse a otros factores de producción de salud, y su bajo coste se sustenta principalmente en unos salarios nominales bajos especialmente para los profesionales. Para acreditar la eficiencia del SNS frente a otros debe ser capaz de poder comparar su desempeño. Comparar el funcionamiento de los Servicios de Salud es necesario para que los ciudadanos puedan evaluar a los gobiernos autonómicos.

Medir los resultados de los servicios sanitarios pone de manifiesto diferencias entre hospitales y Servicios de Salud del SNS. Los datos obtenidos por las sociedades científicas en las comparaciones entre hospitales y Comunidades Autónomas del SNS muestran diferencias importantes en orden de magnitud que, probablemente, están identificando desigualdades en salud debido a políticas sanitarias divergentes. Es, por tanto, necesario, que el SNS:

- Desarrolle evidencia propia, mediante -entre otros instrumentos- la creación de registros.
- Investigue en resultados de los servicios de salud.
- Establezca estándares de calidad de carácter normativo para el conjunto del SNS.
- Haga públicos los resultados, generalizando y homogeneizando en el ámbito del SNS las iniciativas de los observatorios de algunas Comunidades Autónomas.

Para desarrollar esta agenda se debe incorporar a las entidades científico-profesionales como agentes de primer orden en la política sanitaria, cooperando activamente con las administraciones sanitarias públicas¹⁵ y reforzar los instrumentos de cohesión del SNS.

Mejorar la calidad, medir, evaluar por resultados y hacer pública la información son retos del SNS que requieren de la cooperación entre sociedades científicas y administraciones sanitarias públicas

¹⁵ Papel de las Sociedades Científicas en el Sistema Nacional de Salud. FACME, 12 de diciembre de 2013. http://www.facme.es/docs/HEALTH_11.pdf

9 **Gobernar al Sistema Nacional de Salud, para que cumpla sus objetivos.**

Un análisis comparado de los instrumentos de cohesión de los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea más desarrollados, especialmente aquellos con Servicios Nacional de Salud, pone de manifiesto que disponen de instrumentos mucho más potentes que los laxos y prácticamente inexistentes del SNS. Desde la perspectiva de los ciudadanos, la insuficiente cohesión del SNS se traduce en políticas sanitarias diversas que se están traduciendo en desigualdades reales en los resultados en salud y en el acceso a los servicios sanitarios. La equidad de los ciudadanos en el acceso a una asistencia sanitaria de calidad debe anteponerse a la pugna política de las competencias sanitarias transferidas, para ello no es preciso renunciar a ellas pero sí es obligatoria la cooperación entre la administración central del estado y las de las comunidades autónomas.

Para lograr un sistema equitativo, que garantice la más alta calidad asistencial con independencia del lugar de residencia, sexo, edad o condición social es preciso garantizar la cohesión del SNS, evitando variaciones en la calidad de la asistencia no justificadas, así como barreras geográficas, sociales o de otro tipo que pueden producir diferencias notables en los resultados. Entre otras, las siguientes medidas están comprendidas para lograr este reto:

- Dotar al SNS de un marco legal claro y actualizado, refundiendo las leyes y normas anteriores, y estableciendo en positivo el concepto de ciudadanía sanitaria, Sistema Nacional de Salud, y sus órganos de gobierno y gestión¹⁶.
- Disponer de una tarjeta sanitaria individual básica y común para todo el SNS, con independencia de las peculiaridades de cada Comunidad Autónoma.
- Desarrollar una Historia Compartida (electrónica) con unos contenidos básicos y comunes, así como accesibilidad en todo el SNS.
- Crear, dependiendo del Consejo Interterritorial del SNS, una agencia autónoma, de carácter científico y profesional, con activa participación de las entidades científico-médicas, responsable de:
 - Establecer criterios de calidad comunes para los servicios, técnicas y procedimientos del SNS.
 - Establecer, en colaboración con las entidades profesionales, criterios de acreditación de las competencias profesionales del personal del SNS.
 - Velar por la equidad efectiva en el acceso a las prestaciones del SNS.
 - Desarrollar un potente sistema de información del SNS que permita evaluar su calidad y resultados.
 - Evaluar la calidad de los centros y servicios sanitarios del SNS e impulsar medidas para su mejora continua.
 - Impulsar la cooperación entre Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas para evitar barreras geográficas en el acceso (garantizar la libre circulación de pacientes en el SNS) desarrollar centros y servicios sanitarios de alta calidad.
 - Fomentar la medicina basada en la evidencia.

¹⁶ Profesión médica y reforma sanitaria. Propuestas para una acción inmediata. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos Diciembre, 2012. https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion_medica_reforma_sanitaria.pdf

Para lograr un sistema equitativo es preciso garantizar la cohesión del SNS. Una tarjeta sanitaria individual básica y común para todo el SNS; una Historia Compartida para el SNS; y desarrollar una responsabilidad ejecutiva del Consejo Interterritorial del SNS.

Financiar adecuadamente al Sistema Nacional de Salud.

El Programa de Estabilidad del Reino de España 2012-2015 establecía como objetivo un gasto sanitario público del 5,1% del PIB. El gasto sanitario público en 2012 era del 6,2% del PIB mientras que los datos de la OCDE sobre otros países con Servicios Nacionales de Salud, como Reino Unido o Suecia señalan que el porcentaje de su gasto sanitario público sobre el PIB es un punto superior al de España. Sin que se pueda hablar de un porcentaje “correcto”, parece que las aspiraciones de una sanidad de calidad para todos los españoles no es compatible si el gasto sanitario público se sitúa por debajo del 6,5% del PIB^{17, 18}.

Para garantizar una financiación territorial más justa, debería promoverse una modificación de la financiación autonómica, que determinara y delimitara el gasto sanitario público y lo protegiera con una estimación de un “per cápita”, ajustado por necesidad, recalculado periódicamente para cambios demográficos, y con un fondo de compensación o garantía asistencial para la atención prestada a residentes de otras CCAA. La tecnología disponible ayuda a gestionar sistemas de compensación, y éstos evitan tentaciones de insolidaridad o limitación del esfuerzo asistencial¹⁷.

Debe tenerse en cuenta el insuficiente presupuesto destinado a la atención primaria, sobre la que debe pivotar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas y el seguimiento en procesos multidisciplinares.

Las aspiraciones de una sanidad de calidad para todos los españoles no es compatible si el gasto sanitario público se sitúa por debajo del 6,5% del PIB

¹⁷ Profesión médica y reforma sanitaria. Propuestas para una acción inmediata. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos Diciembre, 2012. https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion_medica_reforma_sanitaria.pdf

¹⁸ Propuesta de financiación del sistema sanitario español. Propuesta de la CESM. Noviembre, 2014.

Aumentar la eficiencia de los servicios, despolitizando su gestión.

El SNS está financiado solidariamente por todos los ciudadanos, utilizando un importante volumen de recursos, que se sitúan en el entorno del 40% del presupuesto de las Comunidades Autónomas. El uso eficiente de estos recursos es, por tanto, una obligación ética debiendo rendir cuentas de que se emplea con rigor, austeridad y eficiencia social (mejora de la salud) hasta el último euro que se destina al sistema. La transparencia y sujeción a escrutinio público, la financiación y evaluación por resultados, la identificación de los profesionales de los centros con los objetivos de la institución y su sentido de pertenencia, están reñidos con un sistema que no incentiva la autonomía ni demanda responsabilidad. Como señala el “Decálogo para el Buen Gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección”¹⁹ es preciso avanzar en la creación de órganos colegiados de gobierno y en la profesionalización de la gestión. Entre otras, las siguientes medidas están comprendidas en este vector de cambio:

- Favorecer la autonomía de gestión de los hospitales:
 - Órganos de gobierno, que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas ante la sociedad, que debieran garantizar una presencia amplia y diversa de instituciones, entidades locales, y/o personas de alta reputación profesional o social, para que exista la mayor transparencia y rendición de cuentas ante el Gobierno y la sociedad, y también para facilitar la imbricación cívica del centro sanitario.
 - Órganos consultivos profesionales.
 - Contratos y objetivos explícitos.
 - Sistema de información y cuadro de mando. El sistema de información de los centros y servicios sanitarios debe permitir su comparación con otros centros de la misma y de distintas comunidades autónomas y esta información debe ser pública.
 - Profesionalidad directiva. La selección de los gestores de los centros se debe realizar mediante convocatoria con publicidad y el órgano de gobierno del centro deberá resolver el nombramiento. La evaluación del directivo y su continuidad deberá estar basada en la del logro de los objetivos del contrato de gestión y de su desempeño.
- Potenciar la autonomía y responsabilidad profesional, a través de las unidades de gestión clínica en los dos niveles asistenciales.

El uso eficiente de los recursos que se destinan al SNS es una obligación ética, debiendo rendir cuentas de que se emplea con rigor, austeridad y eficiencia social. Se deben configurar los hospitales con órganos de gobierno que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas ante la sociedad y profesionalizar la gestión

¹⁹ Decálogo para el Buen Gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección. OMC. 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/05_03_16_buen_gobierno_0.pdf

Incentivar la participación de los profesionales en la gestión de los servicios.

A pesar del acuerdo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Foro de la Profesión Médica²⁰, en el que se comprometía un impulso a la gestión clínica, y el anuncio por algunas comunidades autónomas de su desarrollo, los avances en su implantación durante la legislatura han sido muy escasos. Gestión clínica se concibe como la transferencia de la capacidad y la responsabilidad de la toma de decisiones de gestión a los profesionales, para mejorar la relación entre la calidad y el coste de los servicios²¹.

Las experiencias de gestión de los Institutos, Áreas y Unidades de Gestión Clínica desde 1997 han sido, en general, valoradas positivamente por los responsables clínicos los cuales coinciden en que la autonomía de gestión es muy limitada. Sobre estas bases se debe avanzar hacia mayores niveles de autonomía y responsabilidad en la gestión de los profesionales.

Uno de los problemas para la implantación de la gestión clínica ha sido, como se señala en el reto 4, la uniformidad que se ha pretendido dar al desarrollo de las unidades de gestión clínica. Por el contrario, los niveles de autonomía de gestión se deben definir para cada unidad de gestión clínica, dependiendo de la madurez organizativa y de gestión de las unidades asistenciales que la integren. Asimismo, la configuración organizativa debe tener una geometría variable, adaptándose la organización a la mejor alternativa disponible para prestar eficientemente servicios clínicos de excelencia.

La Alianza para el desarrollo de la Gestión Clínica en el Sistema Nacional de Salud, ha definido los principios para el funcionamiento de las unidades de gestión clínica²²:

1. Prestar asistencia sanitaria de acuerdo con los principios del SNS y del correspondiente Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.
2. Promover una atención integral centrada en el paciente.
3. Debe permitir la transferencia de responsabilidad a los clínicos a través de la autonomía de gestión.
4. Facilitar el control y evaluación del Servicio de Salud, mediante una gestión e información transparente.
5. Conllevar una gestión guiada por la eficiencia clínica.
6. Incorporar un modelo de incentivos ligados a la calidad y eficiencia, la incentivación no puede ligarse al ahorro.
7. Debe promover la innovación e investigación.
8. Debe contribuir a garantizar un modelo de formación pre y postgrado de alta calidad.
9. Las mejoras de eficiencia que se logren se deben reutilizar para mejoras que reviertan en la atención sanitaria y ayuden conseguir los fines sociales del sistema sanitario público.
10. Debe fomentar alianzas con la sociedad civil (Asociaciones de pacientes, ONG, etc.).

Se debe impulsar la gestión clínica, transfiriendo capacidad y responsabilidad de la toma de decisiones de gestión a los profesionales, para mejorar la relación entre la calidad y el coste de los servicios

²⁰ Acuerdo Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-Foro de la Profesión Médica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 30 de julio de 2013. www.msssi.gob.es/pactoSostenibSNS/docs/acuerdo_medicos.pdf

²¹ Documento del Foro de la Profesión Médica sobre las Unidades de Gestión Clínica Validado por el Ministerio de Sanidad (14 de julio de 2014).

²² Decálogo para el desarrollo de la Gestión Clínica en el Sistema Nacional de Salud. www.facme.es/comunicados/decalogo.pdf