

LA SANIDAD NO ES MONEDA DE CAMBIO

BOI RUIZ I GARCÍA



JOAQUÍN ESTEVEZ LUCAS



ALFONSO FLÓREZ DÍAZ



IRENE VILLA GONZÁLEZ



LA SANIDAD NO ES MONEDA DE CAMBIO

BOI RUIZ I GARCÍA

JOAQUÍN ESTÉVEZ LUCAS

ALFONSO FLÓREZ DÍAZ

IRENE VILLA GONZÁLEZ

NUESTRO PRINCIPAL ACTIVO, NUESTROS SOCIOS



3M, la compañía mundial de la innovación.



Alcon, una apuesta por la innovación al servicio del cuidado ocular.



Analiza, un joven laboratorio experto.



Aseguradora de salud líder en España.



Su mejor aliado sanitario.



Expertos en hacer que la sanidad aumente su eficacia.



Tu espacio, nuestro compromiso.



La correa de transmisión que garantiza el acceso a una salud de calidad a todos los ciudadanos.



Trabajamos por su salud.



...tu hospital de confianza.



Proteger, Mejorar y Salvar Vidas.



Personas al servicio de las personas



Linde, en buenas manos.



La Revista Digital de Gestión Profesional y Atención al Paciente



La salud en bandeja.



Especializados en Soluciones Hospitalarias Avanzadas.



Tu salud es la nuestra.



Un modelo sanitario con vocación internacional.



We innovate to advance human health.



Marcando la diferencia cada día para nuestros Clientes.

Edita: **Círculo de la Sanidad**

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida o almacenada en forma alguna ni por medios mecánicos ni electrónicos, sin el permiso escrito del titular del copyright.

D.L.: **M-8513-2017**

ISBN: **978-84-16958-93-1**

PRÓLOGO

ANA PASTOR JULIÁN

PRESIDENTA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS



Me siento verdaderamente muy honrada por la invitación que me ha hecho el Círculo de la Sanidad a través de su presidente, D. Ángel Puente Ortes, para escribir el prólogo de esta obra en la que participan significados profesionales de la Sanidad, y en la que se recoge también la perspectiva de los pacientes. Como ministra de Sanidad y Consumo que fui, como médico que soy y como ciudadana de a pie, siempre es una satisfacción compartir reflexiones con quienes pueden aportar las ideas y visiones más autorizadas, en razón de sus probados conocimientos y de su vasta experiencia.

Por fortuna, y a pesar de los duros retos planteados por la economía, el Sistema Nacional de Salud español sigue siendo uno de los más eficientes del mundo. Así lo acreditan estudios como los que elabora periódicamente la Organización Mundial de la Salud, o como el más reciente publicado por Bloomberg, que lo sitúa en el tercer puesto a nivel mundial. Los españoles nos sentimos perfectamente identificados con esa posición de liderazgo, y encontramos perfectamente explicable, por ejemplo, que tanto la Unión Europea como el Consejo de Europa hayan recomendado a todos los países de la UE la adopción total o parcial del Modelo español de trasplantes.

En efecto, la percepción favorable registrada por organizaciones y estudios internacionales encuentra eco en la opinión de los ciudadanos españoles. Las encuestas que se realizan de manera periódica muestran una valoración francamente positiva sobre la atención prestada por los hospitales y centros de salud. Lo que esta apreciación significa no puede entenderse, sin más, como se entendería el juicio hecho por usuarios de otros servicios cualesquiera; porque, a los ojos de la ciudadanía, el sistema sanitario es indisoluble del modelo de sociedad que queremos; del tipo de país que somos; de nuestras conquistas y

nuestra madurez políticas; de todo el conjunto de aspiraciones y principios sobre los que se sustenta el Estado del Bienestar. Podemos afirmar, en consecuencia, que *nuestro sistema de salud refleja la salud de nuestros valores*.

Esos valores, además, se encuentran ejemplarmente representados en nuestros profesionales sanitarios. Ellos son la columna vertebral de nuestro Sistema Nacional de Salud, y tenemos motivos más que fundados para sentirnos orgullosos del trabajo que realizan.

Es necesario, pues, que la voluntad política sepa recoger el espíritu de los ciudadanos y de los profesionales para impulsar las medidas que permitan conservar y mejorar todo lo que hemos logrado en materia sanitaria. Para ello, es fundamental no perder de vista lo más básico: que el principio nuclear del Sistema Nacional de Salud reside en mejorar la salud de los ciudadanos; en prevenir y controlar sus enfermedades; en prestarles la atención sanitaria de mayor calidad; y en garantizar la equidad a través de la solidaridad individual e interterritorial.

Me siento muy honrada y afortunada de haber tenido la oportunidad de aportar mi grano de arena durante la etapa en que estuve al frente del Ministerio de Sanidad y Consumo, entre julio de 2002 y abril de 2004. Las políticas en las que nos centramos entonces apuntaban a dos objetivos claros: impulsar la modernización y consolidación del Sistema Nacional de Salud, y fomentar la participación de todos los eslabones que componen la “cadena de valor de la Sanidad”, empezando por los usuarios, que deben ser siempre la mayor prioridad.

Ahora, con la perspectiva del tiempo transcurrido, puedo decir con satisfacción que una de las aportaciones más importantes que hicimos fue la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Mis colaboradores y yo éramos conscientes de que, tras más de dieciséis años de la Ley General de Sanidad, se hacía necesario extraer conclusiones válidas y articular respuestas solventes a las nuevas necesidades de la sociedad. Había que potenciar el papel de los usuarios como decisores; implicar a los profesionales en las reformas administrativas; procurar una salud orientada a los resultados; establecer un método de toma de decisiones basado en la evidencia científica, y desarrollar mecanismos para una mejor integración de la atención sanitaria y la sociosanitaria. Todo ello, procurando garantizar el funcionamiento cohesionado del conjunto del sistema de gestión descentralizada, bajo el triple prisma de la equidad, la calidad y la participación social.

Hicimos todo lo que estuvo a nuestro alcance en pro de un nuevo modelo que fuese capaz de ofrecer instrumentos eficaces, que permitiesen a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y acceder a él en condiciones de efectiva igualdad, independientemente del lugar de residencia. Establecimos que la colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias debía abarcar seis ámbitos: las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la farmacia, los profesionales sanitarios, la investigación, el sistema de información sanitaria y la calidad del sistema sanitario.

Aquellos que me conocen bien saben que entre mis múltiples defectos no figura el de la presunción. Sin embargo, debo decir que fui la primera persona que propuso un gran pacto sanitario que garantizase la sostenibilidad del conjunto del sistema, que asegurase unos estándares de calidad homologables al de los países más avanzados, y que trabajase en pro del desarrollo de los profesionales sanitarios.

En 2003 aprobamos dos leyes largamente demandadas: el Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS).

Sentimos entonces la obligación de resolver el vacío normativo existente, teniendo en cuenta que, al tratarse de una norma predominantemente organizativa, la Ley General de Sanidad del 86 solo hacía referencia al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, sin afrontar su regulación expresa.

Así nació la LOPS, concebida para dotar al sistema de un marco legal que contemplase los recursos necesarios para conseguir la mayor integración de los profesionales en el sector sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, tanto en su vertiente pública como privada.

Desde el minuto uno procuramos prestigiar el trabajo del personal sanitario; atender al carácter vocacional de la profesión; mejorar su formación; y ofrecerle nuevas oportunidades a través del desarrollo de la carrera profesional.

Se trataba de facilitar la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando que todos los profesionales sanitarios cumplen con los necesarios niveles de competencia.

Hicimos un esfuerzo por abordar los aspectos esenciales del ejercicio de las profesiones sanitarias, esto es, la formación, el desarrollo profesional y su reconocimiento,

el ejercicio en el ámbito privado y la participación de los profesionales sanitarios en la planificación y ordenación de estas mismas profesiones. Procuramos, por otra parte, dar respuesta a asignaturas pendientes que no admitían mayor demora, como la precaria situación en la que se encontraban los MESTOS; lo que nos llevó a poner en marcha un proceso excepcional de especialización.

No obstante, es preciso seguir avanzando en una serie de proyectos u orientaciones políticas que no quisiera dejar de mencionar.

Hay que trabajar, en primer término, por conseguir un pacto para un modelo de financiación que garantice la cobertura de las necesidades reales y la igualdad de derechos, y que tenga en cuenta la edad y dispersión de la población. El envejecimiento de la población es uno de los mayores desafíos que afronta España. En el año 2050 se calcula que un 32% de sus habitantes tendrá más de 65 años, y que el 11% superará los 80.

Deben elaborarse, asimismo, un Plan Nacional para la mejora de la accesibilidad a los servicios, y un Plan de Transparencia Sanitaria que a la postre facilite a los pacientes una decisión libre e informada sobre los asuntos que afectan a su salud.

Con miras a avanzar en el reconocimiento del trabajo de los profesionales, se están sentando las bases para progresar, en colaboración con las Comunidades Autónomas, hacia un modelo de gestión por competencias, que integre un itinerario de competencias general, un sistema de evaluación y un modelo retributivo y de incentivos.

La aprobación de medidas desde el punto de vista sociosanitario permitirá una mayor interacción entre la asistencia sanitaria y la social, mejorando la capacidad de respuesta de los diferentes dispositivos asistenciales.

Se debería continuar impulsando el proyecto de *Sanidad en línea* con el objetivo de lograr la interoperabilidad de los sistemas autonómicos. Para ello es fundamental contar con tres elementos, que son: la tarjeta sanitaria individual interoperable en todo el sistema; la historia clínica digital; y la receta electrónica interoperable.

Nuestro país presenta grandes potencialidades para avanzar en el ámbito de la investigación y la tecnología. De ahí el interés en la elaboración de dos

grande estrategias: la Estrategia Nacional de Investigación Clínica y Sanitaria, y la Estrategia Nacional de Investigación de Enfermedades Raras, con el objetivo de acercar a los enfermos las innovaciones terapéuticas y farmacológicas en condiciones de equidad, y prestándoles una atención personalizada.

Aunque actualmente desempeño la honrosa función de presidir el Congreso de los Diputados, mi enfoque sobre la Sanidad en España sigue siendo deudor de mi experiencia como médico, como gestora del área y como profunda admiradora de sus profesionales. Acometimos nuestro proyecto político con la convicción de las bondades que entrañaba, y querríamos, naturalmente, que la voluntad política fuese capaz de consolidarlo, de perfeccionarlo o de mejorarlo. Siempre he sido partidaria de construir sobre lo ya construido, evitando hacer tabla rasa de todo aquello que merece la pena conservar y poner en valor. Por otra parte, existen temas de interés general que, por su extraordinaria repercusión en la vida de los ciudadanos, debieran ser considerados “asunto de Estado”, por encima de partidismos y visiones excluyentes. Y la Sanidad es uno de ellos.

Decía el Doctor Marañón que “*el medico escéptico está casi inerme en la lucha contra la enfermedad*”. Nuestros profesionales de la Sanidad van a seguir entregándose a su ciencia y a su oficio con la convicción de que existe una conciencia profunda, arraigada en la sociedad y en los poderes públicos, de que cumplen una función de primer orden, y de que ese supremo interés no puede sacrificarse a la ligereza de las parcialidades políticas. Hemos hecho de nuestro sistema de salud un importantísimo activo de la España contemporánea, que ha elevado nuestra sociedad a cotas de bienestar desconocidas en toda nuestra historia. Por ello, iniciativas como esta obra, promovida por el Círculo de la Sanidad, resultan muy necesarias para mantener nuestro compromiso con aquello en lo que hemos aprendido a creer: una Sanidad pública, universal, gratuita, eficiente, de calidad, y que pueda ser, además, económicamente sostenible.

ANA PASTOR JULIÁN

Presidenta del Congreso de los Diputados

PRESENTACIÓN

ÁNGEL PUENTE ORTES

PRESIDENTE DEL CÍRCULO DE LA SANIDAD



Fomentar el intercambio razonado de ideas, análisis y estudios con todas las autoridades, instituciones, asociaciones, organizaciones profesionales y agentes implicados en el sector sanitario con el objetivo de mejorar la calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud y por supuesto la atención que presta a los pacientes, éste ha sido uno de los principales objetivos del Círculo de la Sanidad desde su fundación.

Ese principio fundacional fue el que motivó en el año 2004 la publicación del que fuera nuestro primer Libro Azul, *El futuro de la Sanidad en España*, y el que en años sucesivos nos ha animado a continuar publicando informes, reflexiones, datos, propuestas y dando voz a algunas de las personalidades más apasionantes del mundo sanitario con el único propósito de alentar el debate sobre el sistema sanitario y poner nuestro pequeño granito de arena para su mejora.

Un ejemplo paradigmático de todo esto fue el que hasta ahora constituía el último Libro Azul del Círculo de la Sanidad. En **¿Qué hacemos con el modelo sanitario? La opinión de los expertos: 50 propuestas para el futuro**, el periodista Juan Ramón Lucas realizaba una minuciosa radiografía del sistema de salud a partir de medio centenar de conversaciones con algunas de las voces más autorizadas del panorama sanitario español y ejecutaba un extraordinario ejercicio de síntesis para convertir decenas de horas de diálogo, datos y reflexiones en 50 propuestas para encauzar el futuro del Sistema Nacional de Salud.

De algún modo, el Libro Azul que hoy sostiene entre sus manos es hijo de aquel otro volumen, que en su primera propuesta para el futuro decía: “Es necesario obtener un consenso para no utilizar la Sanidad como arma política”.

La sanidad no es moneda de cambio. No debe serlo. Un pilar del Estado del Bienestar no puede estar expuesto a la intemperie de la refriega partidista ni sujeto a los tiempos de la política, tan sensibles a cuestiones coyunturales y de oportunidad. Lo que está en juego aquí es la salud de los ciudadanos, “el mayor activo que un país puede tener”, como dijo en su día Winston Churchill, o si lo planteamos en términos políticos o de imagen de país, el que probablemente sea uno de los activos más valorados de la Marca España fuera de nuestras fronteras.

Un asunto muy serio en cualquier caso, que merece la mayor atención por parte de los gobiernos y sin duda una actitud más responsable por parte de los partidos políticos. Es por estas razones por las que el Círculo de la Sanidad viene reclamando desde hace años un gran Pacto Política y Social por la Sanidad, como el que hace no tantos años cristalizó en el Pacto de Toledo por las pensiones, para extraer la Sanidad del campo de la refriega política y centrarnos por fin en lo verdaderamente importante: la atención de los pacientes, la motivación de los profesionales y la sostenibilidad futura del sistema, una cuestión que sigue sin estar resuelta.

Es este libro una llamada al entendimiento de todos los agentes implicados en el sector sanitario para que centren –centremos– todos sus esfuerzos en esos asuntos centrales, y dejemos a un lado las cuestiones políticas.

Y en este desafío hemos contado con unos colaboradores de excepción. El doctor Joaquín Estévez, presidente de Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa); el doctor Alfonso Flórez, uno de los profesionales que mejor conoce los entresijos del Sistema Nacional de Salud desde los tiempos del Insalud hasta nuestros días; el ex conseller catalán de Salut, Boi Ruiz; e Irene Villa, cuya participación no solo aporta la perspectiva del paciente sino que supone todo un alegato a favor de la humanización de la atención sanitaria.

En este Libro Azul hemos tenido el honor de que el doctor Alfonso Flórez haya accedido a condensar tres décadas de experiencias como directivo en nueve hospitales de la red sanitaria pública y otros dos del ámbito privado en un puñado de páginas cuyo valor como panorámica del funcionamiento interno del sistema sanitario español desde la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1987 hasta hoy es incalculable.

El doctor Flórez identifica con tanta firmeza como clarividencia las principales grietas en el funcionamiento del sistema (la injerencia política, la falta de profesionalización en la gestión, el cuestionable papel de colegios profesionales y sociedades científicas, la miopía sindical, la ausencia casi total de planificación, la inexistencia de mecanismos de evaluación que guíen la toma de decisiones...) y la suma de factores demográficos, sociológicos, ideológicos, políticos y de gestión que condicionan el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud...y que convierten en urgente la actualización del actual modelo sanitario.

Y después del diagnóstico prescribe el tratamiento. El marco normativo actual ya no vale, es necesario un nuevo modelo asistencia y ello exige la reforma de la Ley General de Sanidad. La Comisión Interterritorial como órgano de coordinación de los 17 sistemas regionales de salud ha fracasado y debe ser superada. La falta de formación de los gestores sanitarios se ha convertido en un problema endémico del sistema y requiere de una apuesta decidida por la profesionalización y, por qué no, por la creación de un Cuerpo de Directivos Sanitarios. La relación de la Administración sanitaria con sus proveedores no debe basarse en la desconfianza, debe sustituirse la figura del proveedor por la del ‘partner’. La Cartera de Servicios del sistema necesita una profunda revisión. La relación entre el estamento médico, el cuerpo de enfermería y el paciente debe cambiar para dar una participación más activa al paciente. Debe haber una apuesta decidida por la investigación porque la investigación, sí, la investigación, puede convertirse en una fuente de ingresos para el sistema si se enfoca bien. Y todo esto siguiendo un principio que suena a casi revolucionario: solucionar todo esto es más cuestión de planificación y estrategia que de inyectar dinero al sistema.

La parte de Boi Ruiz tiene la virtud de trasladarnos la visión de la persona que se ha sentado en numerosas ocasiones en el Consejo Interterritorial y ha tenido que lidiar en Madrid y en Barcelona con las grandes cuestiones de política sanitaria: los presupuestos per cápita, las políticas de recursos humanos, la organización de la asistencia sanitaria, los hábitos más o menos saludables de la ciudadanía, la gestión de los servicios sanitarios y el gasto sanitario.

Ese espacio de confrontación política le ha llevado a la convicción de la necesidad de un gran Pacto Político por la Sanidad que certifique el carácter universal de Sistema Nacional de Salud, su financiación vía impuestos y, eso sí,

que determine con claridad qué es prestación sanitaria y qué es prestación social en los procesos de enfermedad. Un pacto que debería incluir, asimismo, la prioridad presupuestaria de la sanidad pública, la necesidad de reformas para ganar eficiencia, la adaptación del modelo a un nuevo contexto marcado por fenómenos como el envejecimiento de la población y la cronificación de las enfermedades y una nueva orientación de la política sanitaria hacia la salud, y no sólo a la enfermedad.

El capítulo de Joaquín Estévez arranca poniendo sobre la mesa una evidencia: si identificamos los diez temas más candentes del debate sanitario en todos ellos aparece la colaboración público-privada. Y continúa con otra: si la crisis nos ha obligado a hacer más con menos y los recursos presupuestarios públicos son limitados por definición, la tendencia nos lleva irremediamente a este tipo de fórmulas de colaboración entre lo público y lo privado como un medio –no como un fin– hacia la calidad, la eficiencia y, sobre todo, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Después se dedica a derribar algunos mitos. No es sólo que la colaboración público-privada en Sanidad conviva con el sistema sanitario público desde hace más de 30 años o que ya hace 25 años fuera identificado como una herramienta más de gestión por el Informe Abril sino que hoy día se utiliza en campos tan diversos como la gestión de la innovación terapéutica, la modernización tecnológica, la construcción de infraestructuras, la provisión de servicios clínicos o la gestión de hospitales sin que ello haya devenido en la tan temida privatización del Sistema Nacional de Salud.

Los resultados no permiten asegurar que la gestión privada de hospitales y centros sanitarios públicos garantice una mayor eficiencia, pero tampoco que determine una peor calidad asistencial. Y, del mismo modo, los datos tampoco parecen certificar que la gestión pública directa garantice una mayor calidad asistencial, pero tampoco una peor eficiencia.

Por tanto, a la vista de la experiencia y de los resultados disponibles, Estévez aboga por ver la colaboración público-privada como una forma de hacer gestión integrada que permite utilizar de la forma más eficiente posible los recursos públicos y privados disponibles. Un valor, me permito añadir, que no es

irrelevante en un sistema necesitado de equilibrio financiero y de una receta que garantice su sostenibilidad en el medio y largo plazo.

No podía falta la perspectiva del paciente y ésta la aporta Irene Villa en unas páginas muy personales que conmueven y mueven a la reflexión por igual.

Dice Irene que la calidad del sistema sanitario no se debe medir solamente por los casos de curación sino también por los cuidados que se obtienen en el proceso curativo porque el objetivo del sistema debe ser doble: curar y cuidar. Lo que nos remite a una de las líneas que también plantea el doctor Alfonso Flórez y que constituye uno de los debates más apasionantes del futuro del Sistema Nacional de Salud: el reto de poner al paciente en el centro del sistema.

Irene Villa proporciona en este Libro Azul algunas claves para abordar ese desafío de la humanización sanitaria. No basta con procurar el bien del enfermo, hay que contar con él, tenerle en cuenta, proporcionarle información veraz y asequible, entrenar las habilidades sociales y comunicativas del personal de atención sanitaria y ofrecerle una atención integral que no finalice con el alta médica sino que lo acompañe durante todo el proceso. Y también gira el foco al paciente planteando su cuota de responsabilidad en la preservación de su salud y en el mantenimiento de hábitos saludables, un objetivo para el que señala la necesidad de una mayor educación sanitaria para los ciudadanos.

Un capítulo, en definitiva, que merece mucho la lectura. No sólo por estas reflexiones sobre el sistema desde el punto de vista del paciente sino por un relato de su experiencia personal, titulado ‘El diario más triste de mi vida’, que conmueve y que además nos obliga a mirar nuestro sistema sanitario de un modo muy diferente a cómo estamos acostumbrados.

En nombre del Círculo de la Sanidad le invito a leer nuestro último Libro Azul. Esperamos que disfrute su lectura, que le sea útil y que le haga reflexionar, éstos y no otros son los objetivos de este volumen que tiene entre sus manos.

Ángel Puente Ortes
Presidente del Círculo de la Sanidad



ÍNDICE

CURRÍCULUMS DE LOS AUTORES.....	18
1 QUÉ SABEMOS DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA	
Boi Ruiz i García.....	20
2 VISIÓN CRÍTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESDE LA EXPERIENCIA DE UN GESTOR SANITARIO	
Alfonso Flórez Díaz.....	86
3 EL PACIENTE LA CLAVE DEL SISTEMA	
Irene Villa González.....	174
4 COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA	
Joaquín Estévez Lucas.....	232
AGRADECIMIENTOS.....	326

**LA
SANIDAD
NO ES
MONEDA
DE CAMBIO**

CURRÍCULUM DE LOS AUTORES

BOI RUIZ I GARCÍA

Es médico, doctor “cum laude” por la Universidad de Barcelona y Diplomado en Gestión Hospitalaria por la Escuela de Alta Dirección y Administración de Barcelona.

Tras una dilatada carrera como clínico, gestor, alto directivo en el sector sanitario y sociosanitario, profesor universitario, consultor internacional y autor de numerosos trabajos, artículos y publicaciones relacionados con políticas de salud, planificación sanitaria y gestión de centros y servicios sanitarios, fue nombrado Conseller de Salud del Govern de la Generalitat de Catalunya en diciembre del 2010, cargo que ejerció hasta enero del 2016.

Actualmente es profesor asociado de la Universidad Internacional de Catalunya, profesor consultor de la Universidad Oberta de Catalunya y profesor del Máster en Gestión Sanitaria de la Universidad de Barcelona, vocal de la Sociedad de Estudios Económicos de Barcelona y colaborador de Cataluña Radio y 8TV.

Preside la consultora internacional Know How Advisers, con sede en Barcelona.

ALFONSO FLÓREZ DÍAZ

Licenciado en Ciencias Económicas, Políticas y Comerciales por la Universidad de Santiago de Compostela, Auditor Financiero, Master en Consultoría de Desarrollo Organizacional por la Universidad de Valladolid, así como diversos estudios especializados en Gestión y Dirección de Empresas. Su actividad profesional comienza en dirección de empresas industriales y de consultoría; a partir del año 1986, se centró en el ámbito de la sanidad pública y privada, siendo Director Gerente en hospitales como, el Hospital de Cabueñes en Gijón; Complejo Hospitalario del Ferrol, Hospital Arquitecto Marcide y Hospital Novoa Santos; Hospital Universitario de Don Pío del Río Hortega de Valladolid; Hospital Universitario de La Paz en Madrid; Complejo Hospitalario de León, Hospital Reina Sofía y Hospital Virgen Blanca; Fundación Hospital Grande Covián del Oriente de Asturias; Complejo Hospitalario Universitario de Valdecilla en Santander; Hospital San Agustín de Avilés; Complejo Hospitalario de Toledo, Hospital Universitario Virgen de la Salud, Hospital Virgen del Valle y Hospital Provincial de Toledo.

En la actualidad, ya jubilado, coopera desinteresada y puntualmente con organizaciones en proyectos relacionados con la salud.

IRENE VILLA GONZÁLEZ

Licenciada en Comunicación Audiovisual, Humanidades y Psicología. Víctima del terrorismo en su infancia, ha dedicado su vida a ayudar a quienes, como ella, tienen que superar cualquier barrera.

En la actualidad, trabaja como periodista de opinión en prensa, radio y televisión, imparte conferencias centradas en transmitir valores y un mensaje de superación. Colabora con numerosas organizaciones que defienden la libertad, la paz y los derechos de los más desfavorecidos. Es autora de cinco libros (entre ellos la exitosa novela, Nunca es demasiado tarde, princesa).

Ha sido distinguida con diversos galardones, como el Premio Niños de Europa (1992) de manos de Lady Di, ha sido candidata al Premio Príncipe de Asturias de la Concordia y a los Premios de la Victoria (Washington). Obtuvo el Micrófono de Plata por su libro Saber que se puede, en 2005, y la Antena de Oro 2012, entre otros.

Desde 2007 es integrante del equipo de competición de Esquí Alpino Adaptado de la Fundación También, con el que conseguido varias medallas.

Está casada y tiene tres hijos.

JOAQUÍN ESTÉVEZ LUCAS

Actualmente desempeña su labor profesional como Secretario Técnico General de la Fundación Ad Qualitatem, es el Presidente Fundador de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) desde el año 2008. Es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca, con Máster en Dirección de Empresas por el Instituto Directivos de Empresa, Máster en Gestión de la Calidad por la Asociación para el Progreso de la Dirección, y Máster en Dirección de Instituciones Sanitarias por IESE-Fundación Lilly.

En el ámbito profesional comenzó como Médico Titular de la Seguridad Social en Ávila y Salamanca, y ha desempeñado puestos como Director Gerente del Hospital Nuestra Señora de Aránzazu de San Sebastián, de las Clínicas Quirón de San Sebastián y Bilbao y del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid.

En cuanto a su labor docente acumula 400 horas como profesor de Gestión en distintos centros oficiales, privados y Universidades. Ha publicado 30 artículos en revistas nacionales de gestión y es coautor del libro Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria. Además ha participado en 20 ponencias, 12 comunicaciones y 10 conferencias en Congresos y Jornadas Técnicas y de Gestión.

Estévez ha recibido también el Premio Nacional Arthur Andersen a la Innovación en la Gestión Sanitaria, el Premio a la Mejora Continua en Gestión Hospitalaria de la Fundación MAPFRE Medicina y el Premio V Seminario de Gestión de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

ÍNDICE

1	PRÓLOGO	23
2	EL DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA: DE LA BENEFICENCIA Y LA SEGURIDAD SOCIAL AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	27
3	LAS ASIGNATURAS PENDIENTES DEL PASO DE LA SEGURIDAD SOCIAL AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	31
4	LOS MODELOS Y SISTEMAS SANITARIOS EN EL MUNDO	39
5	LAS POLÍTICAS SOBRE LOS DETERMINANTES DE SALUD: POLÍTICA DE ESTADO	45
6	EL CÓDIGO POSTAL COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA SALUD	47
7	NUESTROS HÁBITOS	53
8	ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA, GESTIÓN Y GASTO	57
9	LA MALA SALUD DE HIERRO DE NUESTRO SISTEMA NACIONAL (DE SALUD)	67
10	LA SOSTENIBILIDAD DEL DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD	71
11	EL PACTO POLÍTICO NECESARIO	77
12	EPÍLOGO A MODO DE CONCLUSIONES	81

QUÉ SABEMOS DEL SISTEMA SANITARIO DE ESPAÑA

BOI RUIZ I GARCÍA



1



PRÓLOGO

Después de haber pasado por todos los niveles del sistema sanitario, la máxima responsabilidad política en salud del Gobierno de una CCAA y habiendo atravesado personalmente una seria enfermedad, puedo afirmar que nuestro sistema sanitario es complejo como todos los del mundo, pero está entre los mejores en equidad y resultados. Lo complejo es complicado cuando no es adecuadamente explicado por desconocimiento o por interés. Un ejercicio matemático es complicado cuando escapa su complejidad al conocimiento de quien lo debe resolver.

La asimetría que se da entre el conocimiento del médico y del paciente debe ser compensada por el primero con los valores éticos propios de su profesión, no abusando del segundo en interés propio. Éste, el paciente, debe estar bien informado para poder decidir.

En política también se da esa asimetría entre los representantes públicos y los ciudadanos. Como también ocurre con los grupos de interés presentes en el sector salud. Todos los intereses, políticos, empresariales, sindicales o profesionales, son legítimos pero su defensa debe ser lícita, no abusando de esa asimetría en el conocimiento de las cosas para obtener rédito económico o político.

Lo complejo es opaco u obscuro no solo en si mismo, sino cuando no se conoce suficientemente y no se puede entender.

Uno de los grandes retos de nuestro sistema sanitario es que sus financiadores y usuarios, que son los ciudadanos, tengan el mayor conocimiento posible del

mismo, reduciendo la asimetría de conocimiento que existe respecto a los grupos de interés para ganar aún más confianza de la que ya tienen depositada en él.

Es habitual, al referirnos a la sanidad, hablar de los servicios sanitarios, las prestaciones a las que uno tiene derecho, “lo que entra y no entra”, las recetas y lo que debemos pagar por los medicamentos y muchas otras cuestiones.

Al expresar alguna queja solemos reflejarla con aquello de “llevo toda la vida cotizando y ahora que lo necesito, fíjate...” y también expresamos de forma mayoritaria lo bien que nos sentimos tratados cuando utilizamos los servicios sanitarios de nuestro país.

Somos conscientes de disponer de una tecnología puntera, “lo que deben costar esos aparatos” decimos con frecuencia al referirnos a esa tecnología.

Pero también expresamos con pesar “como lo mío no es urgente me han dado visita para dentro de un año”. Lo que induce a pensar con facilidad “¿me tendré que hacer un seguro privado, a este paso?”

Si el que habla es el político puede, a veces, responder por el interés de partido sin distinción de colores. Cuando lo hace desde la oposición habla del derecho a la salud, la privatización, los recortes ideológicos con fines privatizadores, la defensa de la sanidad pública en peligro, etc, abundado en la desconfianza. Si lo hace desde el gobierno, habla de déficit heredado, eficiencia necesaria y de lo contrario que la oposición tratando de mantener la confianza. Cuando los sindicatos se refieren a la sanidad no distan mucho del discurso de los partidos en la oposición.

Las organizaciones de pacientes piden equidad en el acceso a la innovación terapéutica y mayor inversión en investigación introduciendo verdadera preocupación directa.

Los expertos, los gestores y las empresas del sector sanitario alertan de las necesidades de reformas para hacer sostenible el derecho a la atención sanitaria y a la protección de la salud y coinciden con los profesionales sanitarios en pedir una mejor financiación de la sanidad pública. Finalmente, la sanidad privada pone en valor su contribución indirecta a la sostenibilidad pública, pues ésta última difícilmente podría asumir económicamente el volumen de

actividades que realizan a cargo de seguros de enfermedad privados o del pago directo del paciente, descontando el colectivo de las Mutualidades de Funcionarios, que son de financiación pública.

En este contexto, los medios de comunicación deben trasladar al público en general informaciones procedentes de fuentes muy diversas, con dificultad para contrastarlas ante la ausencia de un relato desinteresado, y compartido, sobre nuestra sanidad. La confusión es alta y seguramente interesada para los que buscan rédito político o simplemente defienden un estatus quo dentro de la Administración. La confusión parece buscar la interpretación primaria del ciudadano pensando que la privatización quiere decir acabar pagando lo hasta ahora es gratis y al funcionario del sistema, que perderá todos sus derechos, pues será laboralizado y potencialmente “despedible”. Nada mas lejos de la realidad. Es poco explicable, o sí, no haber incluido la Sanidad en un pacto de Estado, como las pensiones, para no dañarla interesadamente.

En este capítulo del libro, vamos a tratar de explicar, en lenguaje llano, que es nuestra compleja sanidad, como gastamos el dinero, de qué depende su sostenibilidad en el futuro y como nos encontramos en relación a otros países de nuestro entorno. No hay en esta explicación más partidismo que el de la experiencia. Lo haremos con la ambición de hacer reflexionar al lector para que, desde su posición, sea la que sea, contribuya a que la salud sea un elemento de convención política y no un elemento de confrontación.

La mayor amenaza que gravita sobre cualquier sistema como el nuestro es que cueste más de lo que se tiene.

Pese a todo, nuestro Sistema Nacional de Salud resiste como dice el Dr. Ramón Espasa con una mala salud de hierro gracias a sus profesionales de la clínica y de la gestión y de una ciudadanía que reconoce su servicio y valora positivamente lo que tiene, pese a muchas opiniones que, desde lo particular, a veces, buscan generalizar.

2

EL DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA: DE LA BENEFICENCIA Y LA SEGURIDAD SOCIAL AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

En el año 1986 y al amparo de la Constitución, mediante la Ley General de Sanidad, abandonamos el modelo de la Seguridad Social vigente durante la dictadura. Parece mentira, ¿no? Aún hoy la mayoría de ciudadanos “van a la Seguridad Social” o se refieren a los “medicamentos a cargo de la Seguridad Social”. Como decíamos en la introducción, muchos aún se refieren al “llevar cotizando toda la vida”. Incluso aún en algunos niveles del propio sistema sanitario se utilizan estos términos.

Veamos las diferencias. En el modelo de la Seguridad Social, el de la “cartilla”, únicamente los trabajadores, sus familiares directos como beneficiarios (tal como rezaba en la cartilla) y los pensionistas tenían derecho al médico de cabecera, al especialista y al Hospital - “la Residencia”-, al medicamento y otras prestaciones. Entendiendo por trabajadores los trabajadores por cuenta ajena, es decir, los empleados por un tercero, no los autónomos.

Todos aquellos que no se encontraran en los supuestos de trabajador, beneficiario o pensionista debían disponer de recursos o de un seguro privado. Si no era así, podían acudir a los centros sanitarios de la Beneficencia habitualmente dependientes de las Diputaciones Provinciales o Ayuntamientos, de Órdenes Religiosas o de Fundaciones Benéfico-Privadas de carácter local.

Cabe resaltar que nuestro Sistema de Seguridad Social, preconstitucional, no daba cobertura a la enfermedad mental, altamente estigmatizada. Son centros sanita-

rios de tipo benéfico como los anteriormente señalados quienes daban respuesta a esa necesidad, incluyendo también alguna institución de carácter privado.

El gasto de la Seguridad Social se cubría con las cotizaciones obreras y patronales, es decir, “lo que me quitan de la nómina para la Seguridad Social” y lo que le correspondía aportar a las empresas por cada trabajador. Existían también regímenes especiales, dentro de la Seguridad Social, como en el caso de los trabajadores del mar y otros colectivos.

La financiación del actual Sistema Nacional de Salud, integrado por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, proviene de los Presupuestos de las C.C.A.A., que tienen como fuente principal los impuestos recaudados por el Estado, y no del presupuesto de la Seguridad Social. Las C.C.A.A. reciben la transferencia correspondiente para cubrir todos los gastos que de sus competencias se deriven. A estos recursos las CCAA añaden los impuestos y tasas propios. Será el Parlamento de cada C.A. quien, mediante su ley de presupuestos correspondiente, decida la parte de los recursos que destina a su Servicio Autonómico de Salud. Hay que destacar que no puede haber, por disposición normativa europea, ningún impuesto finalista ni para la sanidad.

De forma resumida, la fuente de financiación del presupuesto de nuestro Sistema Nacional de Salud son los impuestos: IRPF e IVA, impuestos de sociedades, transmisiones patrimoniales, etc., que son recaudados por el Estado, el tramo autonómico del IRPF y los impuestos de cada C.A. A día de hoy y desde hace décadas la sanidad pública de nuestro país no se financia con las retenciones hechas a trabajadores y las cotizaciones de las empresas. Estas se dedican exclusivamente a las prestaciones por incapacidad transitoria – la baja laboral – las incapacidades parciales o totales, las pensiones, la prestación por desempleo y otras como el accidente laboral o la enfermedad profesional.

Tampoco es administrada ni gestionada directamente por la Seguridad Social.

El cambio de un sistema de Seguridad Social a un modelo de Sistema Nacional de Salud, inspirado en los modelos británico y de los países nórdicos, constituye uno de los grandes logros sociales alcanzados en nuestro país con la llegada de la democracia: todos los ciudadanos tienen derecho a la atención sanitaria y a la protección de la salud (universalidad) sin distinción alguna por

renta, género o cualquier otra distinción (equidad) a cargo de los impuestos pagados por todos.

Constituye uno de los llamados pilares del Estado del Bienestar, característica de muchos de los países de la Unión Europea

En nuestro Sistema Nacional de Salud, el de la Tarjeta Sanitaria, corresponde al Estado las responsabilidades de reconocimiento del derecho, la cartera de servicios y prestaciones financiadas públicamente, lo referido a los medicamentos y la sanidad exterior.

A las Comunidades Autónomas les corresponde la financiación y la gestión de la prestación de la atención incluida en el catálogo de prestaciones públicas determinadas por el Estado. Ello incluye la planificación de los servicios, la gestión de los equipamientos necesarios, la contratación de los recursos humanos, las inversiones, la prestación farmacéutica y la salud pública.



Ello se explica desde el principio de subsidiaridad, es decir, que un asunto debe ser resuelto por la autoridad (normativa, política o económica) más cercana al problema. En nuestro caso los gobiernos de las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos.

Es uno de los principios, por ejemplo, sobre los que se sustenta la Unión Europea y la independencia de Gobierno de los Estados miembros, recogido en el Tratado de Lisboa del 2009.

La mayoría de las C.C.A.A. considera insuficiente su financiación y por tanto la dotación presupuestaria que pueden destinar a las Consejerías de Salud.

Debemos señalar que quedan fuera de la cobertura de la financiación pública los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales cuya cobertura está a cargo de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo, entidades gestoras de la Seguridad Social. Éstas se financian con las cuotas de los trabajadores y las empresas para dar cobertura tanto a la asistencia ambulatoria y la hospitalaria por causa laboral como a la prestación por incapacidad temporal y otras prestaciones.

Quedan excluidos de la sanidad pública los accidentes de tráfico que corren a cargo del aseguramiento obligatorio de los vehículos a motor. Los accidentados pueden ser tratados en centros públicos o privados. Ocurre lo mismo con los accidentes y lesiones deportivas en los deportes federados. En su conjunto es lo que se conoce por “obligado pago a terceros” cuando la demanda de atención recae en los centros de utilización pública.

También debemos hacer referencia a la figura del Mutualismo administrativo. En España existen aproximadamente unos 2,5 millones de ciudadanos, básicamente funcionarios, que pueden elegir entre el aseguramiento público y el privado a cargo de los fondos del Estado. Esta elección es reversible voluntariamente cada año. Para muchos es una vulneración de la equidad pues permite acceder a algunos centros privados de excelencia que le son vedados a los ciudadanos de cobertura pública. La fidelización de la opción privada es alta entre ese 5,5% aproximado de la población que significa un 25% del aseguramiento privado en España.

Todas las compañías aseguradoras, tanto de aseguramiento obligatorio como voluntario, están bajo el control y supervisión del Ministerio de Economía y, a nivel autonómico, de las Consejerías de Economía.

3

LAS ASIGNATURAS PENDIENTES DEL PASO DE LA SEGURIDAD SOCIAL AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A priori parece sencillo, y lo es, explicar nuestro Sistema Sanitario Nacional de Salud. Si es así y nos atenemos a lo dicho en el preámbulo ¿por qué no ha calado en el ciudadano con mayor profundidad el concepto de Sistema Nacional de Salud? Los británicos se sienten orgullosos del suyo, lo reconocen. Incluso en la ceremonia de inauguración de los Juegos Olímpicos de Londres fue citado.

En nuestro país, para muchos, la sanidad pública sigue siendo la Seguridad Social.

Creo sencillamente que ha sido porque los reglamentos que debían acompañar a la Ley General de Sanidad, no se desarrollaron suficientemente o se dieron por extensión los de la Seguridad Social.

Vamos a apoyar esta afirmación con algunos ejemplos.

En primer lugar, la acreditación del derecho se manifiesta mediante la disposición de una tarjeta sanitaria que emiten las Comunidades Autónomas, mecanismo que les permite conocer la población a atender bajo su responsabilidad asistencial y económica. Conocer la población es un elemento indispensable para la planificación.

Lógicamente con la presentación del DNI y una certificación de empadronamiento sería suficiente. Incluso me atrevo a decir que no sería necesario ni emitir una tarjeta. Bastaría con cargar en el chip del DNI la información necesaria y no disponer de más tarjetas y números, que ya tenemos suficientes.

El DNI nos permitiría ser atendidos fuera de nuestra Comunidad Autónoma cuando nos desplazamos con cargo a nuestro Servicio Autónomo de Salud sea por viajes de trabajo o lúdicos o sea por la necesidad de ser atendido en un Centro Nacional de Referencia.

Pues no, no es suficiente con acreditar ser ciudadano español y residir en una Comunidad Autónoma. Es requerida la autorización del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para ver si el ciudadano en cuestión está dado de alta a la Seguridad Social o es pensionista. De no ser así se abren diferentes procesos administrativos: para un recién nacido, un profesional que no cotiza a la Seguridad Social pues lo hace a su Mutualidad – abogados es un caso tipo-, un estudiante que alcanzada la mayoría de edad y pierde su condición de beneficiario de los padres, etc.

Aún sigue vigente el concepto de beneficiario de un titular, para hijos, pareja, etc. Es decir, que mientras la Constitución y la Ley General de Sanidad lo contempla como un derecho de ciudadanía, la Seguridad Social sigue distinguiendo entre titulares del derecho por cotizar a la Seguridad Social y beneficiarios del derecho de éstos. ¿Por qué tan complicado? El no haber realizado la reforma necesaria de la Seguridad Social, le hurta al propio Ministerio de Sanidad el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria al tiempo que las Comunidades Autónomas son meros tramitadores en un proceso administrativo.

Por cierto, y a mayor abundamiento: los trámites para obtener la Tarjeta Sanitaria Europea, se realizan en las oficinas de la Seguridad Social.

No es de extrañar que el ciudadano de a pie siga relacionando la sanidad pública con la Seguridad Social y no con un Sistema Nacional de Salud integrado por los Servicios de Salud de las CCAA.

Si no teníamos suficiente con este primer elemento de confusión, el de la emisión de la Tarjeta Sanitaria, es aún más natural que la gente diga que va a la Seguridad Social cuando va al Centro de Salud, si allí le dan la baja o el alta laboral según el caso.

Podemos encontrar aún más elementos que desdibujan a nuestro Sistema Nacional de Salud, a nuestros Servicios Autonómicos y a la conciencia de

disponer de ellos gracias a un sistema redistributivo de riqueza, a través de una fiscalidad progresiva.

Es el caso de la prestación farmacéutica, sobre la que también hay un error de concepto, aunque las consecuencias sean las mismas. Empecemos por el concepto. Los medicamentos no son gratuitos y deben ser abonados por los pacientes. El Sistema Nacional de Salud, a través de los Servicios de las Comunidades, subvenciona una parte mayor o menor del coste: desde su gratuidad hasta el 50%. No es pues un copago en sentido puro. Hasta aquí, como decíamos, es meramente conceptual. Lo que sí es una disfunción es que sea nuevamente la condición de activo o pasivo, de acuerdo con la información obrante en la Seguridad Social, la que determine el porcentaje de subvención a que el paciente tiene derecho para pagar el medicamento. Cuando no es así – ejemplo un desempleado – vuelta al trámite administrativo correspondiente.

Parecería lógico que la subvención del medicamento fuera acorde con la contribución fiscal, es decir con el poder adquisitivo del paciente. Siendo obvio que la pérdida de la renta del trabajo por jubilación disminuye el poder adquisitivo, no siempre es así. Puede ser administrativamente complejo saber en cada momento y de forma personalizada que subvención le corresponde a cada uno, pero no por ello hay que dejar de innovar en esa dirección. Sólo se trata de sustituir la complejidad actual por una menor complejidad más coherente con un Sistema Nacional de Salud.

Antes decíamos que la Seguridad Social no administraba ni gestionaba directamente la sanidad pública. Y decíamos directamente por una razón. La mayoría de los centros sanitarios de titularidad pública que gestionan los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas siguen siendo propiedad de la Seguridad Social. No fue transferida su propiedad ni al Estado ni a las CCAA. Ello comporta que la gestión patrimonial de esos establecimientos no esté en manos de los Servicios de Salud y que toda inversión en ellos o en sus terrenos sea patrimonializada por la Seguridad Social. Una asignatura más, pendiente de resolver, para hablar con solvencia de que tenemos un Sistema Nacional de Salud con un Ministerio de Salud que coordina las políticas sanitarias que gestionan los Servicios de Salud de las CCAA.

Para algunos, la transferencia de estos equipamientos al Estado serviría para saldar en buena parte la deuda contraída con éste por la Seguridad Social para hacer frente al incremento de sus gastos por la inversión de la pirámide poblacional y los dramáticos efectos del desempleo. El paso siguiente sería transferirlos a cada C.A.

Siguiendo con las asignaturas pendientes nos encontramos con los recursos humanos. Sin entrar en la cuestión de confundir empleado público con funcionario, el Sistema Nacional de Salud, es decir los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, no dispone de un régimen propio. El personal sigue siendo Personal Estatutario del Régimen de la Seguridad Social. Cabe decir que sí dispone de un Estatuto Marco propio que le es de aplicación, siempre dentro de ese especial Régimen Estatutario.

Para ver si hablamos de un tema menor, o no, vamos a ilustrarlo con una anécdota. Cuando C.C.A.A. y Ministerio de Sanidad ante el incremento de las agresiones y amenazas al personal sanitario quisieron que estas fueran tratadas como agresión a una autoridad, se encontraron con que esto solo podía darse en el caso de que el agredido o amenazado fuera funcionario. Hasta aquí iban por el buen camino hasta que los servicios jurídicos correspondientes especificaran que al Personal Estatutario no le corresponde esa condición dado que es un Régimen Especial.

Por otro lado, la prevalencia de plaza o puesto de trabajo sobre función, crea muchas disfunciones en los denominados concursos de traslado, especialmente en el ámbito de los profesionales que requieren mayor cualificación y competencia. Muchas veces se hace necesario el abuso de las plazas interinas para paliar esos efectos y otras induce la contratación precaria.

Podríamos extendernos aún más para explicar que tenemos un Sistema Nacional de Salud que se desarrolla en base a una reglamentación estructuralista de Seguridad Social nacida para servir al objetivo de atender a la enfermedad. No olvidemos el término “Seguro Obligatorio de Enfermedad” de tiempos atrás.

El Sistema Nacional de Salud, tal como lo hemos escogido requiere una identificación que permita el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria coherente con su principio de derecho universal ligado en

nuestro caso al de ciudadanía acreditable por el DNI. Pero también con sus principios de solidaridad para los residentes que lo acrediten con su empadronamiento.

Hemos escogido un sistema descentralizado bajo el principio de subsidiariedad, como hemos comentado, con excelentes resultados de salud si nos atenemos a la comparación con países del mundo desarrollado y que destinan mucho más dinero público que nosotros. Los Servicios de Salud de las CA tienen a su cargo además de la gestión de la atención, la financiación de la misma. Por lo tanto, tienen la función aseguradora completa: financiación y atención. No financian un hospital o un centro de salud, financian la atención que allí reciben los ciudadanos que lo precisan y este recibe, o debería entender que recibe, los recursos por cumplir con este fin. Si eso es así ¿porque existe tanta dificultad con el tema de los desplazados? Es sencillo deducir que, si disponemos de un documento acreditativo de que Servicio de Salud nos tiene a su cargo, los desplazamientos por trabajo, turismo o vacaciones no deberían plantear excesivos problemas. Establecer, con la finalidad de resolver el problema de los desplazados un sistema de facturación común y tarifas reguladas por el Ministerio entre los diferentes servicios de las C.A. podría ser una alternativa al actual Sistema de Fondo de Garantía, que ni tiene fondos ni ofrece garantías.

Los problemas existentes en las zonas limítrofes entre comunidades deberían también guiarse por ese doble concepto de la función aseguradora y asistencial de los Servicios de Salud.

En otras ocasiones los pacientes deben desplazarse fuera de su C.A. para acceder a servicios con mayor garantía posible de buenos resultados en la atención a su enfermedad. Ello va ligado a la masa crítica de pacientes que atiende un servicio, es decir, el número de ellos que es necesario tratar para gozar de la experiencia requerida por los equipos clínicos y también del rendimiento óptimo de determinadas técnicas y tecnologías. No todas las C.A. disponen de esa masa crítica de pacientes con un mismo problema de salud y para ello existen los llamados Centros y Servicios de Referencia acreditados por el Ministerio de Sanidad para tal fin. En estos casos sí se da un sistema de facturación para que el Centro de Referencia que atiende al paciente cargue el gasto al Servicio de Salud de la C.A. de donde el paciente procede. La atención va ligada a la petición y autorización de este último.

Se dan muchas situaciones, especialmente entre la gente mayor con enfermedades crónicas avanzadas, en que la enfermedad requiere de un entorno social y familiar de apoyo. Cuando el entorno familiar requerido se encuentra en otra C.A. se produce un traslado temporal de pacientes a estas. Se produce un cambio del empadronamiento que puede ser definitivo según los casos y que, ya sea de forma temporal o definitiva, impactará en los servicios y en el gasto de la C.A. receptora sin financiación compensadora, causando el efecto contrario en la C.A. de origen. Sería necesario contemplar esa situación como de normalidad y no hacer de ella un problema por no ser capaces de encontrar los mecanismos administrativos necesarios.

Otra situación diferente es la que se da con la población de nacionalidad extranjera cuando, atraída por la calidad de nuestros servicios públicos o por su gratuidad, buscan mecanismo de acceso. En la mayoría de los casos se produce el empadronamiento temporal en casa de parientes o amigos con residencia fija en cualquiera de nuestras C.C.A.A. Solventada la asistencia retornan a su país de origen. Este fenómeno conocido como Turismo Sanitario debería ser analizado con rigor sin por ello renunciar al valor solidario que conlleva especialmente cuando se trata de personas de escasos recursos y de países sin sistemas públicos garantes del derecho a la atención sanitaria. En lo que al Turismo Sanitario respecta, tanto la demagogia de barra libre como la de rechazo son malos consejeros. Es una cuestión de Estado y la voluntad debería expresarse en los Presupuestos en coherencia con nuestros valores y con la oportuna regulación e implicación europea. Como también debería ocurrir de forma efectiva con los refugiados, aunque ese es otro tema. La manera de que no haya refugiados es actuando en la raíz del problema, si no es como tratar sólo la fiebre de una neumonía.

Hemos visto en este primer capítulo como la decisión política de considerar la salud como un derecho trasladada a un marco legislativo determina nuestro Sistema Nacional de Salud a imagen y semejanza de otros modelos de las democracias europeas : cobertura universal, equidad en el acceso a una muy amplia cartera de prestaciones y servicios, financiación solidaria a través de los impuestos generales con fiscalidad progresiva y una descentralización de su gestión en los Servicios de Salud de las C.A. Ahí están la Constitución, la Ley General de Sanidad y los Estatutos de las CCAA.

Hemos echado en falta una legislación propia para el desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Salud que en muchos aspectos mantiene una situación de “*transitoriedad estructural*” con el extinto sistema de Seguridad Social Sanitaria que entra en contradicción con los principios inspiradores de la Ley General de Sanidad. Si hay que decir que leyes como las de Cohesión y Calidad o de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ocupan en parte ese vacío, pero también sufren las limitaciones impuestas por la “*transitoriedad estructural*”.

Como colofón a todo lo que hemos ido diciendo respecto a una gran asignatura pendiente de nuestro Sistema Nacional de Salud, veamos como la Guía Práctica para trabajadores autónomos de la OCU recoge la prestación de asistencia sanitaria:

“El Instituto Nacional de la Seguridad Social es el organismo que gestiona las prestaciones económicas y sociales a las que puede tener derecho el trabajador autónomo.”

“La prestación de la asistencia sanitaria es reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, si bien se hace efectiva por las administraciones sanitarias competentes mediante la expedición de la Tarjeta Sanitaria Individual.”

Si visitamos la web de la Seguridad Social www.seg-social.es y buscamos prestaciones, nos encontramos la Asistencia Sanitaria y podemos leer:

“La asistencia sanitaria de la Seguridad Social tiene por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos necesarios para conservar o restablecer la salud de sus beneficiarios, así como su aptitud para el trabajo. Proporciona, también, los servicios convenientes para completar las prestaciones médicas y farmacéuticas atendiendo de forma especial a la rehabilitación física precisa para lograr una completa recuperación profesional del trabajador.”

Año 2017 ¿Dónde encaja esto en el Sistema Nacional de Salud, la universalidad y la equidad. ¿La situación es resultante de un conflicto de intereses dentro de la Administración del Estado?

La respuesta la debería dar el Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales.

4

LOS MODELOS Y SISTEMAS SANITARIOS EN EL MUNDO

Nuestro Sistema Nacional de Salud podemos referenciarlo a modelos de otros países.

Dos son los tipos básicos sobre los que los sistemas sanitarios de UE han sido constituidos para dar respuesta a la atención sanitaria y a la protección de la salud.

Unos son los llamados de Seguridad Social que son financiados, básicamente, por cotizaciones sociales obligatorias y otros, los llamados sistemas nacionales de salud, financiados a través de los impuestos. Los primeros tienen su origen en la política de protección social iniciada en Alemania por el gobierno del Canciller Bismarck.

Los segundos en el informe del político y economista británico W. H. Beveridge de 1942, titulado “*Social Insurance and Allied Services.*”

Todos los sistemas priorizan proteger a los colectivos más vulnerables por situación socioeconómica, enfermedad grave, cronicidad, etc.

Tienen una cartera de servicios bien definida España, Italia, Reino Unido, Alemania, Bélgica, Francia, Luxemburgo Países Bajos.

España figura entre los países con modelo de Sistema Nacional de Salud junto a Reino Unido, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia y Portugal. El principio de solidaridad “*quien más tiene, más paga*” tiene su plasmación a través de la financiación por impuestos.

Todos los países tienen algún sistema de contribución al gasto farmacéutico de la atención primaria y con mecanismos de protección para las rentas más bajas.

En los países con modelo de Sistema Nacional de Salud, entre los que es referente Reino Unido y su National Health Service, el gasto viene cubierto por los Estados y financiado, como decimos, por los impuestos directos e indirectos. El acceso es universal, el control es gubernamental, participa en ocasiones el sector privado, mayoritariamente “non profit” y existen algunos copagos sobre los servicios por parte de los pacientes. Solo Reino Unido, España y Dinamarca tienen acceso gratuito a los servicios.

La crisis económica de Europa ha comportado, en aras de la consolidación fiscal, que algunos países hayan reducido derechos en la cobertura de la atención sanitaria. Irlanda retiró la gratuidad en Atención Primaria a los mayores de 70 años con rentas altas. España solo da cobertura a los residentes en regla más allá de sus ciudadanos. Reino Unido también ha introducido pruebas adicionales de residencia para los inmigrantes.

Pese a ello, los sistemas basados en un prepago por impuestos o cotizaciones, limitan el riesgo de las personas de arruinarse por la necesidad de recibir atención sanitaria y refuerzan la esperanza de vida

Los datos disponibles que permiten comparaciones en relación al gasto sanitario sobre el PIB, son del año 2011. El gasto promedio de todos los países de la UE, se sitúa cerca del 9% del PIB, aunque es muy variable, yendo del 12% de los Países Bajos al 6% de Rumanía. España se sitúa en décima posición con el 9,5%. Pero como argumenta el Profesor Mas-Collell, el gasto referido al PIB no tiene valor si no se correlaciona con la aportación fiscal de ese PIB. Por lo tanto, la traslación de los presupuestos valorada en gasto per cápita es un indicador más preciso.

GASTO SANITARIO, COMPARACIONES

	Gasto sanitario total (público + privado)		Gasto sanitario público	
	% sobre PIB	Per cápita (€)	% sobre PIB	Per cápita (€)
España (SNS)	9,5	3.067	7	2.260
Países con SNS (Reino Unido, Suecia)	9,8-10,0	3.487-3.744	8,2-8,5	2.918-3.052
Países con SS (Alemania, Francia)	11,6-11,8	4.218-3.978	9,1-9,0	3.309-3.034
Países con SNS “liberal” (Canadá)	11,4	4.363	8,1	3.100
Países “liberales” (Estados Unidos)	17,4	7.960	8,3	3.797

Unidades en USD ppp (ajustado por paridad de compra)
Fuente: Manuel Huerta, OCDE Health Data, 2011

Así España en el 2011 gastaba 3.067 USD equivalentes por habitante. Si nos comparamos con la UE-15, estamos en la posición 12, por encima de Italia, Grecia y Portugal. Debemos considerar que Finlandia, que nos antecede con 3.374 USD, gasta un 9% más y 8 países gastan 4.000 USD o más, lo que supone un gasto superior al nuestro, como mínimo, en un 20%.

Como veremos, en cambio, nuestros resultados en esperanza de vida son los más altos y la mortalidad por cáncer o enfermedades cardiocirculatorias es de las más bajas de la UE, así como la tasa de mortalidad general. Si nos atenemos a otro indicador relevante como la mortalidad infantil, también resulta positivo. En cambio, debemos mejorar en la prevalencia porcentual de la diabetes en los adultos en relación a la UE-15, lo mismo que en el número de fumadores y en la obesidad y en relación con el ejercicio físico.

En cuanto a los recursos profesionales disponemos de casi 4 médicos por 100.000 habitantes, situados en los primeros puestos. Por contra, no estamos a la altura en el número de enfermeras con 5,5 por 100.000 hab. en el pelotón de cola de los países europeos.

En relación al número de camas hospitalarias por 100.000 hab., cabe decir que en la actualidad es un indicador sin valor si no se correlaciona con la cirugía mayor ambulatoria o la hospitalización domiciliaria. Puede verse que, mientras Alemania lidera el número de camas, se halla en los puestos de cola de cirugía mayor ambulatoria. España se halla en una posición media de camas y alta en cirugía mayor ambulatoria en relación a países con mayor dotación de camas.

Un modelo desaparecido, excepto en algunos países de régimen comunista, es el llamado modelo Semashko o sistema centralizado, que existió mientras existió la Unión Soviética y el COMECON.

Es un sistema financiado por fondos del Estado, totalmente controlado por el Gobierno en base a un sistema de planificación central, es de acceso libre para todos los ciudadanos, todos los empleados son funcionarios y no existe sector privado.

Paradójicamente, desde el punto de vista organizativo y de gestión, tiene muchos paralelismos con el modelo inicial de Seguridad Social surgido en España desde el Instituto Nacional de Previsión.

La mayoría de los países de la órbita de la antigua Unión Soviética tienen modelos en transición hacia sistemas de seguridad social o sistemas nacionales de salud, ante la imposibilidad de mantener el sistema anterior tanto por razones económicas o de gestionabilidad como de resultados en salud.

El modelo liberal norteamericano se caracteriza por concebir socialmente la salud como una responsabilidad total del individuo y éste debe correr con la responsabilidad de sufragar los gastos derivados de su atención sanitaria. Es el mercado quien regula la provisión de servicios y el aseguramiento.

El estado se ocupa, a través de programas como Medicare y Medicaid, de pobres y jubilados con determinadas condiciones.

Se han producido intentos de aumentar el grado de cobertura de la población mediante reformas en el aseguramiento. El intento de Hilary Clinton durante la presidencia de su marido fue el prolegómeno de la Ley de Protección a Pacientes y Cuidados de Salud Asequibles conocida popularmente como Obamacare. Hay que destacar el papel de asesor en estos proyectos del que fuera Consejero de Salud del Gobierno Vasco, Rafael Bengoa.

Este modelo queda aún lejos de nuestros modelos europeos de Sistemas Nacionales de Salud, aunque nos lo parezca. La opinión superficial de algunos ha hecho parecer a otros que la reforma consistía en implementar un Sistema Nacional de Salud.

El objetivo es dar acceso a más ciudadanos norteamericanos a seguros médicos de calidad y asequibles reduciendo el gasto sanitario global.

Se fundamenta en un modelo de seguro médico público y privado con mayor protección sobre los derechos del asegurado.

El Obamacare no reemplaza al seguro médico privado, ni al Medicare ni al Medicaid, que amplían su cobertura. Regula los seguros médicos y aborda las malas prácticas que se pueden dar entre los operadores sanitarios privados.

Obamacare crea mercados de seguro federal y específicos para cada estado. Los seguros médicos se pudieron obtener accediendo al Registro Abierto hasta el 31 de Enero de 2017.

Una llamada cobertura esencial mínima debe ser ofrecida por los seguros adquiridos en esos mercados de seguros. Esa cobertura esencial mínima es extensible a los principales planes médicos privados preexistentes fuera de ese nuevo Mercado de Seguros Federal. También deben ofrecerlo el Medicare A y C, el Medicaid, el CHIP y los planes financiados por empresarios empleadores. La financiación de estos seguros, puede ser subvencionada según el nivel de renta anual llegando a ser gratuitos para el tomador o de muy bajo coste. También facilita acceso al crédito si se hace necesario para cubrir la prima. Todo ello supone un gran avance hacia la universalización de la atención sanitaria desde un modelo de aseguramiento público.

Esta reforma tiene aún hoy resistencias que solo pueden valorarse en su contexto para encontrarlas justificadas, aunque para nosotros no sea excusa. La llegada de Donald Trump a la presidencia ha supuesto el triunfo de sus opositores y su derogación. El sistema norteamericano, aún con la Obamacare, dista mucho de un modelo de Sistema Nacional de Salud y sería hoy para nosotros difícilmente aceptable cultural, social y políticamente.

Imaginemos que, en nuestro contexto, tuviéramos que hacer una reforma para avanzar en una cobertura universal evitando que un seguro médico público o privado nos excluya o nos cueste más dinero en base a nuestro estado de salud o, incluso, para evitar la discriminación de género.

Pero el fondo de la cuestión está, como decíamos, en la consideración de la salud recogida en su propia Constitución cuando la trata como un bien privado a cargo de cada uno.

5

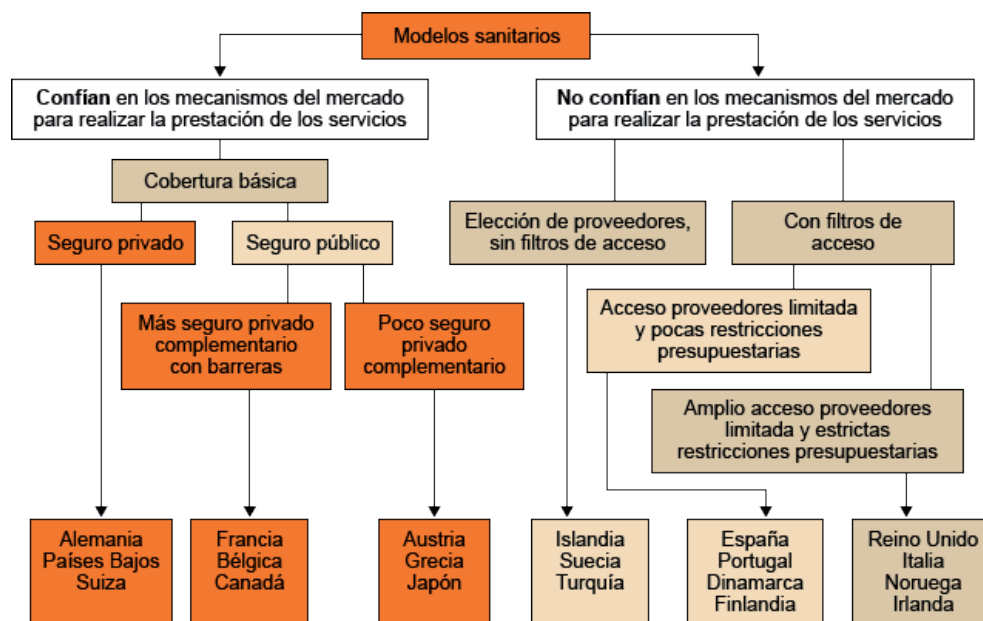
LAS POLÍTICAS SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD: POLÍTICA DE ESTADO

Una vez los ciudadanos depositan en el Estado democrático la satisfacción de su derecho individual y colectivo a la asistencia sanitaria y a la protección de la salud este debe diseñar y gestionar mediante un Gobierno y una administración pública, los proyectos y las actividades destinadas a tal fin: constituyen las llamadas políticas sanitarias públicas

Esas políticas deben tener como primer objetivo que los ciudadanos vivan el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones de salud alcanzables. Atendiendo a la definición de Dye de 2008 de las políticas públicas, vamos a ver, en relación a los proyectos y actividades, qué acciones u omisiones hemos hecho, estamos haciendo y habrá que hacer para responder a las necesidades derivadas para alcanzar ese objetivo.

Hay que hacer hincapié, en aras del rigor, en que no se puede hablar del derecho a la salud en los términos en que a veces se emplea en el debate político superficial. Nadie puede satisfacer el derecho a la salud. Si alguien pudiera hacerlo tendría en sus manos, permítanme la licencia, la inmortalidad. Como tampoco se puede invocar el derecho a la salud para defender una posición cuando se producen desacuerdos políticos en la manera de abordar los problemas. Un caso recurrente es el de la demanda de dispositivos sanitarios lo más próximos posibles de nuestro lugar de residencia. Por ello siempre debemos hablar del derecho a la atención sanitaria cuando la salud está dañada y la de protección de la misma para evitar ese daño. Los dos elementos, atender

MODELOS SANITARIOS



Fuente: Círculo de Empresario, Julio 2012

y proteger, deben ir siempre juntos en toda política sanitaria pública. Por ello nunca se debe hablar del tratamiento del infarto sin hablar de su prevención.

Las necesidades a atender para ganar en longevidad y longevidad saludable son aquellas que hacen referencia a los llamados, por los especialistas en Salud Pública, factores condicionantes de la salud: el código genético, el lugar donde nacemos, crecemos y envejecemos, nuestros hábitos y el sistema Sanitario que nos atiende. A todo ello nos referiremos en los próximos apartados.

Podemos deducir fácilmente que la presión y el tipo de presión que recibirá el sistema sanitario estarán muy condicionados a que las políticas de salud se entiendan solo como políticas de atención a la enfermedad o como políticas holísticas. Lo trataremos cuando hablemos de sostenibilidad.

La Organización Mundial de la Salud propone, en su documento estratégico para Europa “Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century” y en su documento “Health in all Policies, framework for Country Action”, una orientación sanitaria hacia esas políticas holísticas.

Si consideramos que se estima que más del 80% de los determinantes de salud se encuentran fuera del sistema sanitario, abordarlos resulta indispensable.

Los esfuerzos para mejorar la salud de una población son más efectivos cuando se dirigen tanto a los individuos como a los entornos y comunidades. Las autoridades sanitarias no pueden cambiar por si solas estos factores, por ello se requiere la implicación de todos y de todas las responsabilidades de un Gobierno, sin dejar de lado la sociedad.

En ese sentido, hay que poner en valor lo que el Instituto de Salud Urbana de la Universidad John Hopkins y las experiencias internacionales como la de California o de The King’s Foundation promueven. También el Plan Interdepartamental de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya de 2012, avalado por la OMS.

6

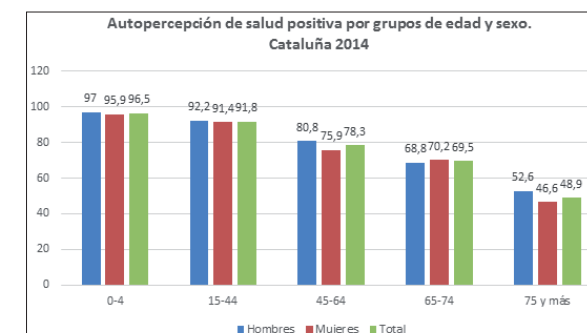
EL CÓDIGO POSTAL COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA SALUD

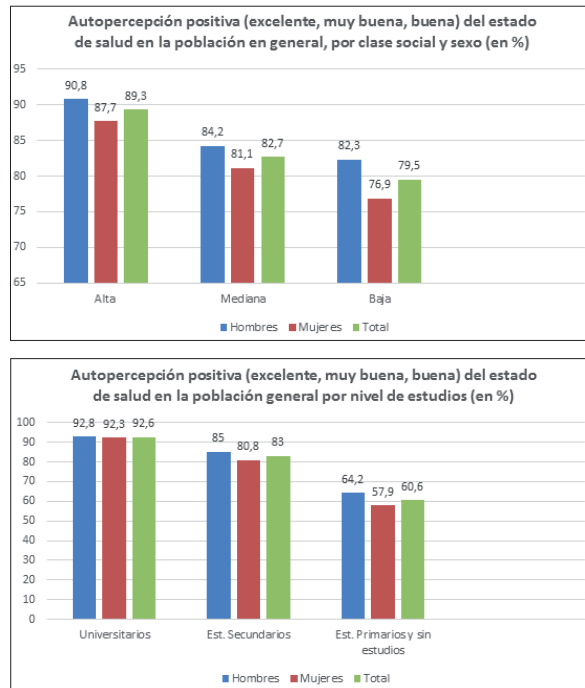
La mayor vulnerabilidad de las personas con niveles socioeconómicos bajos, no puede ser resuelta desde el Sistema Nacional de Salud y no se debe centrar en este debate.

El término “código postal” lo acuñamos hace un tiempo para simplificar la importancia que para la salud tiene el lugar donde, como decíamos, nacemos, crecemos y envejecemos.

En nuestro entorno lo primero que nos viene a colación son los factores medioambientales como la contaminación o el calentamiento global. Uno de los retos a abordar ya, y vamos con retraso, es el impacto de los cambios climáticos en la presencia e incidencia de determinadas enfermedades y las nuevas respuestas que cabe esperar desde los sistemas sanitarios.

Pero no solo los factores medioambientales influyen en nuestra salud. También lo hacen los factores socio-económicos. El nivel educativo, las desigualdades en la renta sin una adecuada redistribución e incluso el género son condicionantes, como podemos ver en los siguientes gráficos.





Fuente: Encuesta de Salud de Cataluña 2014. Departament de Salut

Podemos decir con rotundidad que el desempleo es uno de los primeros problemas de salud pública de nuestro país y por lo tanto las políticas de empleo y de desarrollo económico lo son también de salud.

Las políticas educativas tienen un doble efecto. En primer lugar, permiten disponer de un capital humano más formado con mayores posibilidades de progreso económico y social a través del empleo, especialmente cuando no solo ponen el acento en la formación universitaria. Después pueden y deben tener gran influencia en la construcción de nuestros hábitos saludables. Es frecuente ver cómo nuestros hijos son capaces de desguazar un ordenador pieza a pieza o un motor. Saben de su mantenimiento, le cambian el ventilador o el aceite según el caso. Pero saben mucho menos de la máquina más compleja que existe y sobre todo de cómo cuidarla, que es nuestro cuerpo. Las ciencias de la salud no tienen aún el peso necesario para condicionar de manera significativa nuestros hábitos. Nuestra posición en el informe Pisa no es buena y

por lo tanto el factor nivel educativo debe mejorar por su correlación demostrada con el nivel socio-económico y éste con la salud.

Si buscamos un ejemplo en cada uno de los ámbitos en que habitualmente se organizan los gobiernos lo podemos ver con mayor claridad. Son ejemplos a título enunciativo y no limitativo claro está.

En el ámbito de Justicia la Sanidad Penitenciaria, excepto en alguna C.A., se halla fuera del Servicio de Salud. Es uno de los aspectos por resolver para que las mismas políticas sanitarias lleguen a todos los ciudadanos, también a la población reclusa que se pueden encontrar saliendo y entrando del sistema en función de estar en prisión o en libertad una vez cumplida la pena. También la integración de los profesionales sanitarios de prisiones en los Servicios de Salud supondría un valor añadido.

También Cultura y Deporte tiene mucho que decir en su ámbito de responsabilidad. La asistencia a actividades culturales se asocia a una mayor supervivencia de las personas. Ya en 1996 Bygren publicaba en el British Medical Journal un trabajo que reflejaba una mortalidad un 37% inferior, ajustada por 8 factores de riesgo, entre aquellos que



participaban en actividades culturales en relación a los que no y tras un seguimiento de 8 años. Una revisión de más de 385 artículos y estudios muestra que la práctica cultural (música, artes visuales, etc.) aporta beneficios a pacientes oncológicos o cardiovasculares, así como alivio del dolor o mejorías en personas con problemas de salud mental (Staricoff 2004).

La actividad cultural ayuda a aumentar y mantener las capacidades cognitivas y ayuda a mejorar las capacidades de análisis y crítica con lo que ayuda a muchas personas a desconsiderar mitos y estereotipos sociales relacionados

con hábitos que pueden perjudicar a la salud. Podemos tomar como ejemplo el fumar o el beber alcohol. También ayuda a la liberación o control de las emociones, al bienestar emocional y a la autoestima a través de la satisfacción percibida al participar directamente en actividades artísticas o espectáculos. Quien no se siente bien después de la lectura relajada de un buen libro o la visión de una buena película. Muchas veces la canalización de emociones la podemos ver entre los espectadores de acontecimientos deportivos. En comunidades con bajos recursos socioeconómicos se puede constatar su contribución a la disminución de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (Renton 2012, Camic 2013, Fernández 2005, Fiedli 2009). Existen experiencias concretas en marcha en países como Reino Unido y Canadá.

La promoción de la actividad física y el deporte, huelga decir la importancia en relación al sobrepeso y la obesidad que comporta.

Si nos referimos a Obras Públicas el diseño de una carretera con mayor o menor número de curvas o el trazado de estas va a suponer una mayor o menor siniestralidad, con el consiguiente impacto en el indicador de muertes evitables. Los aspectos de seguridad deberían tener un tratamiento prioritario en las licitaciones. Un menor coste a corto plazo de una inversión puede suponer un coste en capital humano y en atención sanitaria recurrente. La seguridad vial es salud.

Las regulaciones de Industria en relación a la obligatoriedad de instalar airbags en los vehículos supone una disminución de las lesiones en caso de accidente y el etiquetado de los alimentos y fecha de caducidad regulados por Comercio reducen los riesgos de intolerancias o de intoxicación alimentaria.

La contribución de Agricultura, Ganadería y Pesca incide en la seguridad de la cadena alimentaria frente a las enfermedades transmisibles por los alimentos de origen animal o los peligros químicos de los aditivos y pesticidas. El fomento de la dieta mediterránea y la protección de la producción de sus integrantes es uno de los puntos fuertes para nuestra mejor esperanza de vida.

Interior, a través de los Cuerpos de Seguridad, vela por nuestra integridad física, nuestro patrimonio propio o nuestro patrimonio colectivo. Cuando

un vehículo es inmovilizado por el riesgo que el estado ético o de consumo de estupefacientes de su conductor puede suponer para su seguridad, está actuando en favor de su salud y la de terceros en caso de provocar un accidente.

Como hemos dicho anteriormente el desempleo además de ser un problema económico y social es un problema de salud de enorme magnitud por ser un factor de gran impacto en la salud mental de las personas. Las políticas de empleo que Trabajo pueda desarrollar son también políticas de Salud. Como también lo es la prevención de riesgos laborales. En relación a los accidentes laborales y las enfermedades profesionales también nos encontramos con un subsistema, ya descrito con anterioridad, fuera del Sistema Nacional de Salud y bajo la tutela de la Seguridad Social que trata a los pacientes a través de las llamadas Mutuas Patronales que entran en la cualificación de las llamadas Entidades Gestoras de la Seguridad Social. Su integración sería también deseable desde la eficiencia clínica y sanitaria.

Desde hace décadas sabemos de la relación existente entre las condiciones de la vivienda y la salud. Constituye este uno de los campos mejor estudiados. La regulación de la vivienda en los aspectos que recogen las cédulas de habitabilidad también es una política de salud, tanto como las políticas sociales que favorezcan el acceso a la vivienda de los más desfavorecidos.

El inadecuado suministro de agua, la sobreocupación, la humedad o la climatización inadecuada incrementan los riesgos para la salud. El ruido en el interior, de sobrepasar los 35dB, puede provocar alteraciones del sueño y estrés con la consecuente afectación física y emocional. Atender a la insonorización de la vivienda y en ventilación al tiempo que a pacificar el ruido del tránsito rodado son políticas de salud. La temperatura adecuada de las viviendas ayuda a reducir los problemas respiratorios especialmente en la infancia. En Escocia, Portugal y España la mortalidad es superior en invierno que en Escandinavia donde las temperaturas bajas son más rigurosas. Esto es atribuido a las temperaturas interiores. Favorecer la construcción de edificios con escaleras seguras, visibles y cómodas de utilizar, es una medida fácil y sostenible de proteger la salud llegando así a toda la población. Solo se necesita subir dos tramos de

escalera al día para evitar ganar 2,6 kilos de peso cada año. Está demostrado su beneficio en la protección cardiovascular y tenemos arquitectos magníficos capaces de relanzar la escalera como un elemento de diseño y modernidad. Huelga decir el ahorro energético que el uso de la escalera conlleva y vamos viendo cómo una señalización provocadora estimula su utilización.

La Atención a la Dependencia no es más que la consecuencia de la pérdida de la autonomía personal y el fallo o ausencia de un entorno comunitario de soporte. No se pueden disociar Salud y Dependencia.

A todas estas políticas les ocurre como le ocurría a aquel que escribía en prosa sin saberlo. Son altamente influyentes en la esperanza de vida y en la longevidad saludable. Además, contribuyen a hacer más sostenible el sistema sanitario por su impacto en la reducción de la morbilidad y la prevalencia de muchas enfermedades.

7

NUESTROS HÁBITOS

Es cierto que el nivel sociocultural influye en nuestros hábitos, pero cada vez es más alta la sensibilización de las personas sobre aquello que no es bueno para su salud. Desde las campañas institucionales de salud pública hasta la propia publicidad sobre bienes y productos que resaltan como valor añadido propiedades beneficiosas para la salud. Lo vemos con los alimentos, pero también con los colchones o el material deportivo. Aunque la sensibilización a veces solo sea para predicar, sin el ejemplo.

La evidencia científica existente sobre la correlación que se produce entre el sedentarismo – aquello que se llamó en un tiempo el “sillón-bol” – y muchas enfermedades, ha hecho que en los últimos años se acreciente la preocupación sobre cómo promover la actividad física especialmente entre los más jóvenes. Se ha catalogado de forma muy acertada al sedentarismo como un problema de salud pública y combatirlo es un objetivo de salud como lo fue, y sigue siéndolo, la lucha contra el tabaquismo. Muchas iniciativas especialmente de las administraciones locales, han ido en el sentido de dotarse de infraestructuras o de adecuaciones de los espacios públicos para practicar ejercicio físico, como itinerarios adecuados para caminar o la promoción del uso de la bicicleta. Se ha promocionado también el acceso en fin de semana a los patios de algunas escuelas para que los niños puedan volver a “jugar en la calle” de una manera más acorde con los tiempos.

El sedentarismo acompañado de dietas ricas en calorías y grasas y pobres en proteínas, nos llevan al sobrepeso y a la obesidad, también muy relacionados con la aparición de determinadas enfermedades y el aumento de su prevalencia. Hoy se califican el sedentarismo y la obesidad como epidemias por parte de los expertos en salud pública y los organismos sanitarios internacionales.



El consumo de tabaco sigue siendo aún preocupante, especialmente entre las mujeres quienes presentan un incremento significativo en la aparición de cáncer de pulmón. Socialmente se ha producido una menor aceptación del tabaquismo desde la aplicación de la Ley del Tabaco en 2011 y también una mayor sensibilidad por parte de los fumadores en relación a los fumadores pasivos.

La adicción al alcohol y las drogas sigue siendo una de las mayores preocupaciones para todos los responsables de la salud pública, aunque tengan un menor tratamiento en los medios, sin dejar de lado el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, estas últimas en aumento en los últimos años pese a la mayor accesibilidad al preservativo.

Pero, por mucho que hagamos en poner los medios, el factor humano es esencial. No hay concienciación colectiva sin concienciación individual. Y la concienciación individual de nada sirve sin la voluntad de llevar a la práctica lo que sabemos que más nos conviene. La escuela es el elemento básico de

concienciación y la familia y el entorno social más próximo los elementos básicos de aplicación.

Llevando todas estas reflexiones al terreno de la práctica, si tomamos como ejemplo la diabetes podemos ver con claridad cómo puede evolucionar su pronóstico en una persona en función de sus hábitos. Aquellas personas diabéticas que siguen una dieta adecuada y practican ejercicio físico requieren menos medicación y se hallan menos expuestos a sufrir infartos de miocardio, retinopatías o insuficiencia renal.

La ingesta adecuada de fruta y verdura va a ser un elemento de protección ante cánceres como el del colon. El hábito alimenticio tiene su génesis en la escuela y en casa. Uno de los factores de bajo consumo de fruta entre la población joven es la necesidad de pelarla, por ello el plátano es la fruta de elección. Servir la fruta pelada, siendo un buen método para la introducción en su consumo para los niños, puede tener el efecto paradójico en la edad adulta cuando es uno quien debe pelarla. La opción de algo más cómodo para comer que la fruta, suele ser la más escogida. De ahí el éxito de los llamados postres de cuchara.



Hemos visto hasta aquí como la buena salud es dependiente de múltiples factores y cómo está también de implicada en su conservación la propia persona, sin menoscabo de recibir la asistencia sanitaria pública que precise, aunque su enfermedad sea atribuible a unos malos hábitos. Ese es uno de los grandes valores del Sistema Nacional de Salud. No por ello debe eludirse el debate ético del deber de cuidar de la propia salud como bien privado en el marco de la libertad individual y también como bien público cuando las consecuencias de la enfermedad pueden afectar a terceros.

Este segundo aspecto nos lleva a la responsabilidad de las autoridades públicas y también del individuo en la prevención primaria que supone la vacunación. Aquellos que eluden las vacunas se benefician de aquellos que no lo hacen. Los primeros, al ser una pequeña minoría, no ponen en riesgo a los demás. Un ejemplo es el desgraciado caso de la muerte de un niño no vacunado afectado por la difteria en el año 2015 en Olot (Girona). Toda la población de su entorno más próximo pese a ser contagiada no desarrolló afortunadamente la enfermedad, aunque debió permanecer en cuarentena. La vacunación tiene pues efecto sobre la salud como bien público desde el beneficio individual.

Nos hemos referido también con anterioridad al SIDA y a las enfermedades de transmisión sexual como problema permanente de salud pública. En estos casos sí que el factor humano es determinante en su propagación sin las medidas de protección adecuadas y nada excusable el no tomarlas.

En el caso del SIDA los avances científicos han permitido disminuir su mortalidad y conseguir tratamientos que frenando su progresión en los afectados tenga hoy un comportamiento de enfermedad crónica. Los expertos advierten que ello ha hecho cambiar el patrón de comportamiento y rebajar las precauciones en las relaciones sexuales y que deben seguir con carácter permanente las campañas de concienciación e información.

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud también depende en buena manera de nuestros hábitos, al igual que ocurre, como decíamos, con el conjunto de políticas de cualquier gobierno democrático.

La salud, su protección y su atención, son responsabilidades públicas y es un derecho sin contrapartidas de obligaciones. Pero los valores éticos de una sociedad deben fomentar los hábitos saludables y reconocerlos.

8

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA, GESTIÓN Y GASTO

Bajo el modelo de Sistema Nacional de Salud nuestra sanidad pública se organiza en dos grandes líneas de atención: la Atención Primaria y la Atención Especializada. La primera, como es bien sabido, la constituyen los Centros de Salud y la segunda los Hospitales. De forma general, el presupuesto en las C.C.A.A. destinado a la Sanidad Pública sigue la matriz del modelo de Seguridad Social, y de su organismo para la atención sanitaria que fue el Insalud. Va muy ligado y circunscrito a estos dos ámbitos de atención y al de Farmacia.

Las C.C.A.A., de acuerdo con criterios de planificación a veces sesgado por la presión de las administraciones locales, determinan los centros sanitarios necesarios, su ubicación de acuerdo a distancias, tiempos de acceso y concentración de población. También su equipamiento en función de los servicios a prestar y nivel de resolución a alcanzar, así como otros aspectos como los recursos humanos necesarios.

En España, a diferencia de otros países, los centros de la Seguridad Social se integraron en el Sistema Nacional de Salud y fueron claves para su desarrollo inmediato. Pasaron a ser gestionados directamente por las C.C.A.A., junto a otros centros existentes en éstas de diferente naturaleza jurídica, como los de beneficencia de las Diputaciones, los Hospitales Clínicos Universitarios o los Hospitales de la Cruz Roja. Posteriormente se han construido nuevos centros o reformado otros existentes, especialmente en aquellas comunidades que recibieron las transferencias entre las primeras como Euskadi, Cataluña o Andalucía.

En muchos países latinoamericanos el paso de un sistema de Seguridad Social a un modelo de Sistema Nacional de Salud no supuso una sola organización como en España. Siguen manteniendo el Sistema de Seguridad Social para los trabajadores y sus familias financiado con sus cotizaciones y manteniendo una red propia de Centros donde son atendidos. Otra red financiada por impuestos presta servicio a las que no disponen de afiliación a la Seguridad Social y que depende de los Ministerios de Salud. No podemos hablar en este caso de un sistema universal equitativo en sentido estricto.

LA GESTIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS

Los centros sanitarios de la red pública en España son gestionados directamente por el Servicio de Salud de las Comunidades Autónomas con personal del Régimen Estatutario de la Seguridad Social o, indirectamente, por medio de otras figuras jurídicas como empresas o consorcios públicos. Los centros pueden ser gestionados también por entidades privadas, preferiblemente sin ánimo de lucro, con quienes los servicios de las C.C.A.A. establecen convenios o conciertos.

En el supuesto de la gestión indirecta, los centros sanitarios disponen de un cierto margen de autonomía de gestión aunque funcionalmente dependen de los Servicios de Salud de la Comunidades Autónomas.

La separación entre financiador, asignador de los recursos y proveedor de los servicios, no está muy marcada en nuestra sanidad pública, aunque diferentes estudios de eficiencia de los centros públicos relacionan mayor eficiencia con mayor autonomía de gestión.

Cualquier avance en la gestión pública mediante instrumentos jurídicos como empresas públicas, consorcios o fundaciones, es etiquetado de privatización por unos, de huida del control administrativo por otros. No se dan posiciones claras de oposición basadas en los resultados. Para muchos aún un servicio público lo es cuando la propiedad de los medios es pública, preferentemente del Estado, el empleado es funcionario y la gestión se realiza bajo el derecho administrativo y la contabilidad presupuestaria.

Estos planteamientos se refuerzan con el argumento de una mayor transparencia y control como garantía ante la corrupción pero huyen del debate de la eficiencia en la gestión de los recursos públicos y de que no se pueda ejercer el control de los servicios públicos sin su posesión directa.

Huelga citar ejemplos de corrupción en instituciones totalmente públicas, no precisamente del ámbito sanitario en nuestra reciente historia.

En cuanto a las inversiones, han sido puestos en cuestión e incluso revertidos algunos modelos en que un proveedor realiza a su cargo la inversión que recupera mediante una concesión administrativa que finaliza con la reversión de la propiedad en el sector público a su finalización.

La cuestión fundamental en estos casos, a nuestro entender, radica en el control a efectuar por la administración concesionaria. No nos parece que la cuestión fundamental sea el excedente a obtener para retribuir la gestión o recuperar la inversión, si este se obtiene superando los controles y obteniendo los resultados de accesibilidad, de equidad y asistenciales marcados.

Si en lugar de un operador privado, quien corre con la inversión es la administración pública directamente, pero con los recursos a través de una entidad financiera, esta última también obtendrá un rédito para sus accionistas.

Se trata de decidir, no solo pros y contras con finalidad de rédito político, sino de mayor o menor eficiencia contrastable.

EL GASTO SANITARIO, EL COSTE DE LAS PRESTACIONES Y LA CRISIS

La atención sanitaria tiene tres determinantes básicos que determinan el gasto. Son la población cubierta, el catálogo de prestaciones a que tienen derecho los ciudadanos y el coste de cada una de esas prestaciones.

El primer elemento, viene determinado por el modelo de Sistema Nacional de Salud escogido: la cobertura es universal. No tiene discusión.

El catálogo de prestaciones es de los más amplios de Europa. La introducción de cualquier nueva prestación acarrea siempre un incremento del gasto como ha ocurrido por ejemplo con los nuevos tratamientos de la Hepatitis C, de las que debe financiarse su coste.

El coste de las prestaciones viene determinado por los costes de personal, el coste de los medicamentos y el del material sanitario. Suponen casi el 75% del gasto total. Del resto del gasto debemos destacar las inversiones.

La financiación, por lo tanto, debería ser suficiente para cubrir el gasto generado por el coste de las prestaciones que los ciudadanos reciben.

¿Qué debemos abordar para obtener los mejores resultados con los recursos disponibles?

Sea cual sea la disponibilidad de recursos económicos, cualquier política sanitaria debe abordar la gestión de la demanda basada en los estudios pertinentes. Debe mirar de contener la complejidad mediante diagnósticos precoces e intervenciones terapéuticas lo más anticipativas posibles al desarrollo de la enfermedad y políticas de vida y entornos saludables. La eficacia en el control de enfermedades crónicas que son factores de riesgo para padecer enfermedades agudas y graves, como la diabetes, la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia, para poner un ejemplo, son altamente positivas respecto a la cantidad y calidad de la demanda y para los resultados en salud. Es el cambio de paradigma del que venimos hablando y que se puede resumir con una pregunta retórica: el infarto, ¿es una enfermedad del corazón o una enfermedad que se manifiesta en el corazón? La respuesta necesita, pues, de nuevas políticas añadidas a las que venimos practicando.

En relación a las prestaciones, debe ser muy riguroso el análisis de su coste/efectividad a la vez que convenido con las sociedades científicas.

Según John Weenberg en su documento Tracking Medicine de 2010, un 60% del gasto sanitario es sensible a la oferta. Se produce por la frecuencia con que los médicos prescriben una determinada intervención de la que no hay certidumbre sobre su beneficio, influidos por la idea de que más es mejor también para el paciente.

Debe promoverse una medicina basada en la evidencia, alcanzar cambios en la práctica clínica e involucrar a médicos y enfermeras en ese proceso, sin dejar de evaluar las recomendaciones.

A título de ejemplo: sabemos que, en mujeres postmenopáusicas con bajo riesgo de fracturas, el tratamiento de larga duración con bifosfonados supone un riesgo que no compensa el beneficio. Supone un gasto en Cataluña de 5 millones de equivalente al presupuesto anual de dos centros de Atención Primaria.

Proyectos como el de Choosing Wisely en EEUU, el del NICE británico o del Departamento de Salud del Gobierno Australiano avanzan en esta dirección. También el proyecto Essencial de la Agencia de Evaluación y Calidad del Departamento de Salud de Cataluña va en la misma dirección en colaboración con la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. En la web del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales podemos encontrar también recomendaciones de actuaciones médicas y sanitarias y su coste-beneficio.

Los factores de coste directo como los recursos humanos y la farmacia, deben disponer de la financiación adecuada de acuerdo con las necesidades asistenciales a cubrir. De no disponer de la dotación presupuestaria suficiente, cualquier incremento de la demanda se verá afectado por esperas pues la atención dependerá del aumento necesario en recursos humanos y en gasto de material sanitario y fármacos principalmente. Ésa es la explicación de las listas de espera.

Se pueden dar listas de espera también por un incremento de los costes no soportados por incrementos presupuestarios compensatorios: en la subidas importantes de la inflación, de los salarios o la aparición de nuevos medicamentos o tecnologías diagnósticas de mayor coste.

Los Sistemas Nacionales de Salud siempre se hallan sometidos a esas tensiones: incremento de la demanda y/o incremento de los costes superiores a las disponibilidades presupuestarias. En minimizar la diferencia está el reto de las políticas presupuestarias basadas en prioridades bien explicadas a los ciudadanos y de las decisiones de coste oportunidad a tomar en la gestión de los servicios.

Las listas de espera son, pues, un mecanismo de “racionamiento” ante la imposibilidad de cubrir el coste de un servicio a todo el mundo en un determinado

plazo de tiempo. Tiene como consecuencia la desocupación de camas existentes y la menor utilización de instalaciones como quirófanos, ante la imposibilidad de asumir los costes laborales, diagnósticos y de medicación que supone la atención, cuando los recursos económicos disponibles no son suficientes. Es una constante mayor o menor en todos los sistemas públicos. Como decíamos, las disponibilidades van por detrás de las necesidades en todos los sistemas.

A estas tensiones se añade la grave crisis económica de los últimos años en la que no solo no se puede responder a los incrementos de la demanda y de los costes sino que no se pueden financiar la demanda existente al coste existente. Al déficit crónico y la deuda acumulada se añade, pues, una mayor insuficiencia financiera aguda producida por la disminución de los ingresos públicos y de acceso al crédito con el que se venía sosteniendo la subfinanciación.

De no tomarse medida alguna, el Sistema Nacional de Salud no hubiera tenido viabilidad. Siendo un elemento clave de cohesión social debía priorizarse por encima de todo su sostenibilidad para evitar añadir a la exclusión social, fruto de la crisis, a ciudadanos por no poder sufragar su gasto sanitario. Por lo tanto, hacer prevalecer universalidad, equidad y calidad, era el reto. La disminución del gasto suponía rebajar el coste de las prestaciones. Éste, como hemos dicho, se centra en los recursos humanos y la farmacia, además de las inversiones. La disminución de los salarios, los ajustes en suplencias, cobertura de vacantes, etc. y la reducción del precio de los medicamentos con alguna modificación en los copagos, fueron las medidas de actuación para equilibrar la ecuación del gasto y la financiación. Lo fueron también las congelaciones en inversiones en nuevos centros sanitarios.

Algunos han etiquetado también de ideológica la reducción del gasto, atribuyéndolo a la presión de grupos de interés privado para dismantelar el sistema público en su favor. Tal afirmación entra en el ámbito del rédito político o social de quien lo afirma. Ya hemos dicho que el mayor peligro para cualquier servicio público es que cueste más de lo que dispone para su funcionamiento. Fácil es decir “que se saque de otro sitio” sin decir de cual. No hay suficiente con eliminar o reducir determinados gastos suntuosos o de representación que se han dado o estructuras administrativas exageradas. Pero, aunque supongan el chocolate del loro del problema, no por ello hay que dejar de abordarlas, ni

mucho menos. Sí condenables son las prácticas de malversación de fondos públicos, más aún en beneficio propio.

Pero no siendo el problema de fondo económico son el problema de fondo moral, como lo es endeudarse sin miramiento para obtener rédito electoral ofreciendo bienes o servicios necesarios pero no prioritarios en una situación de crisis, dejando para generaciones futuras la deuda.

Hemos visto carreteras, aeropuertos o líneas ferroviarias de difícil justificación prioritaria, en detrimento de la política sanitaria.

Ciertamente la ideología aplicada según el contexto a veces se convierte en pretexto. Aquellos que etiquetaban de ideológicas las medidas de contención del gasto, una vez llegados a la responsabilidad de gobierno, no las han revertido más allá de lo que el incipiente crecimiento económico les ha permitido.

Las medidas tomadas a corto plazo para hacer viable el sistema de salud por parte de los gestores, tenían como finalidad hacer viable el sistema ante la amenaza de su quiebra. Si el ritmo de gasto se hubiera mantenido, no se hubiera podido finalizar el año 2011. Exactamente lo mismo que nos puede haber ocurrido a cualquier persona o familia que, como consecuencia de la crisis, trabajador público o no, ha visto reducidos sus ingresos. Mantener el mismo ritmo de gasto nos llevaría a no llegar a fin de mes, con las consecuencias que ello tendría. Por lo tanto, la reducción del gasto se impone. No se nos ocurriría, no sabiendo cómo ni cuándo recuperaríamos nuestro nivel de ingresos, seguir viviendo con el mismo gasto a cuenta de la tarjeta de crédito. Es más, llegado el momento, nuestra entidad financiera dejaría de darnos crédito, o nos lo reduciría para que no fuéramos aumentando la deuda. Cualquier economía doméstica revisa, pues, el gasto y prioriza aquello que es imprescindible como la vivienda y mira de gastar de otra manera. Lástima que no se hubiera hecho antes de “llegado el momento” en relación al gasto público.

Eso es lo que le ha ocurrido a la Administración del Estado y a las Comunidades Autónomas.

Cierto es que el impacto de la crisis económica y financiera no fue el mismo en las diferentes C.C.A.A., fruto de un sistema de financiación de estas merecedor de una profunda revisión, como podemos ver en el siguiente cuadro.

PRESUPUESTOS INICIALES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CIFRA EN MILLONES DE EUROS CORRIENTES; MM€)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
C.C.A.A.	52.328.839	56.518.611	58.909.680	59.767.615	57.360.289	56.491.330	53.164.176
Andalucía	8.730.590	9.565.458	9.826.539	9.827.380	9.379.092	9.420.021	8.474.981
Aragón	1.635.880	1.746.825	1.879.305	1.907.634	1.849.152	1.856.717	1.620.361
Asturias	1.338.673	1.368.387	1.559.042	1.639.961	1.551.686	1.551.686	1.486.030
Baleares	1.086.683	1.197.301	1.257.526	1.176.349	1.176.349	1.222.481	1.174.188
Canarias	2.522.347	2.803.522	2.929.877	2.857.009	2.540.923	2.605.948	2.578.065
Cantabria	721.331	754.779	793.574	795.926	729.379	753.697	773.156
Castilla y León	3.048.015	3.333.440	3.408.749	3.518.637	3.461.605	3.429.864	3.246.743
Castilla-La Mancha	2.406.306	2.634.185	2.852.557	2.918.501	2.814.097	2.606.714	2.443.160
Cataluña	8.683.930	9.159.636	9.426.529	9.888.282	9.200.862	8.760.892	8.291.791
Valencia	5.089.957	5.455.613	5.659.738	5.720.255	5.515.299	5.492.485	4.964.006
Extremadura	1.459.767	1.599.915	1.717.678	1.694.261	1.572.092	1.513.429	1.311.006
Galicia	3.388.135	3.639.001	3.767.119	3.728.814	3.547.323	3.530.927	3.419.362
Madrid	6.500.450	6.953.825	7.122.468	7.081.232	7.134.380	7.172.498	7.111.512
Murcia	1.571.200	1.765.535	1.853.664	1.984.828	2.023.453	1.803.524	1.567.002
Navarra	807.269	873.248	906.935	986.761	971.926	914.609	856.596
País Vasco	2.925.456	3.267.864	3.546.438	3.630.279	3.506.229	3.489.750	3.498.839
La Rioja	412.851	400.078	401.942	411.505	386.440	366.087	347.377

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI), 2014

Pero las medidas de contención de los costes únicamente no permitían absorber el incremento de la demanda que se sumaba a las listas de espera estructurales. No era posible trasladar más el impacto de la crisis sobre los profesionales que veían injustamente reducidos sus salarios y aumentadas sus cargas de trabajo en el mejor de los casos.

Tampoco era posible reducir ni precio ni cofinanciación pública de los medicamentos ni impedir el acceso a los nuevos.

Llegados al límite posible de reducción de costes, el impacto sobre el gasto había que situarlo en la organización del sistema y en la oferta de servicios que trataremos seguidamente.

Pese al conocimiento de las causas de la crisis y la dimensión de ésta, ante las medidas tomadas para hacer viables los Servicios de Salud de las .C.A.A. y por tanto el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, la búsqueda del rédito político no se hizo esperar por parte de nadie. Una vez más muchos sucumbieron a la tentación de la inocencia.

Ello no quiere decir que la ejecución de algunas medidas no fuera la mejor posible, pero no era excusa para poner en cuestión la finalidad de las mismas.

Incluso medidas habituales, fruto de la tensión crónica entre financiación y gasto o de organización estival de los servicios, se elevó a categoría de ataque ideológico al Sistema Nacional de Salud, con independencia del color del gobierno o de la oposición.

LAS REFORMAS DE LA ATENCIÓN SANITARIA DESDE POLÍTICAS SANITARIAS EFICIENTES

Con independencia del momento económico, no se debe gastar nunca mal.

La reforma organizativa en la atención sanitaria debe responder a las políticas necesarias en respuesta a los cambios de la demanda. En la gestión sanitaria no se halla la génesis de las políticas, pero sí la percepción de las necesidades de cambios. La organización en que “centro de Salud” es “médico de cabecera” y “hospital” es “especialista”, va quedando arrinconada ante la necesidad de responder de manera más interdisciplinaria a los problemas de salud, especialmente de las patologías crónicas. Le queda a las Administraciones la responsabilidad de hacer un presupuesto que atienda a esa necesidad y no seguir en el presupuesto divisional de atención primaria y especializada aún con mimetismos de los presupuestos de la Seguridad Social.

En relación a la atención altamente especializada, debemos revertir la cultura políticamente activa de la equidad entendida como de acceso geográfico especialmente desde las administraciones locales. El número de pacientes, la denominada también masa crítica, es lo que debe ser garantizada por su relación directamente proporcional con la calidad de los resultados. Cirugía cardíaca, neurocirugía, cirugía oncológica y enfermedades minoritarias son un ejemplo. Para garantizar esa masa crítica,

debemos acudir a modelos territoriales en red. Es decir, pasar de hospitales con servicios a servicios con hospitales. Cuesta, a veces, entender la intolerancia política partidista y localista de mejoras en resultados y seguridad. La atención sanitaria no es monumentalismo hospitalario, sino el capital conocimiento y experiencia que los centros sanitarios pueden albergar.

La orientación de los servicios asistenciales deberá seguir una dinámica cada vez más protectora en relación a la anticipación a la enfermedad y a su progreso. Para ello, para responder a los diferentes episodios de la enfermedad, hay que sumar al hospital y al centro de atención primaria también el domicilio y la comunidad como escenarios de la atención sanitaria.

Hemos dicho muchas veces que el objeto de una política sanitaria no debe ser ocupar el primer lugar del mundo en trasplantar, sino en tener la menor necesidad y la mejor accesibilidad al trasplante. Somos de los países con mayor esperanza de vida tras sufrir un infarto, pero debemos aspirar a ser el país en que las personas sufran menos infartos. Para ello, domicilio, comunidad, centros de salud y hospitales deben ser escenario de un único guion sanitario. Las TIC nos van a ayudar.

La atención a la cronicidad es el reto consecuencia de un éxito asistencial ante la enfermedad. La pluripatología va a poner a prueba también la formación de nuestros profesionales como pone a prueba la manera interdisciplinar de relacionarse, pero también interprofesional.

Todas las C.C.A.A. coinciden en sus estrategias en todos los aspectos que comentamos. Más allá del pobre papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como foro de debate de políticas sanitarias y de convergencia de iniciativas, la relación multilateral entre las administraciones de las Comunidades Autónomas, los espacios de encuentro en foros, congresos y cursos y la globalización del conocimiento, nos hacen ser optimistas ante las reformas en la atención sanitaria que nos van a venir gestadas desde los propios Servicios de Salud. Menos optimistas somos ante las adaptaciones administrativas necesarias para hacerlas trasladables con facilidad a la norma y al presupuesto.

Todo ello requiere una alineación entre profesionales (clínicos y gestores), pacientes y administración. El espacio de encuentro se puede dar en la llamada gestión clínica. En esa relación tridimensional está la respuesta ética a la petición de cualquiera de nosotros: que nos curen o nos alivien, lo más rápido posible, lo más cerca de casa y que la atención médica y sanitaria no nos cause un perjuicio económico irremediable o no sea accesible a nuestra economía personal.

9

LA MALA SALUD DE HIERRO DE NUESTRO SISTEMA NACIONAL DE SALUD

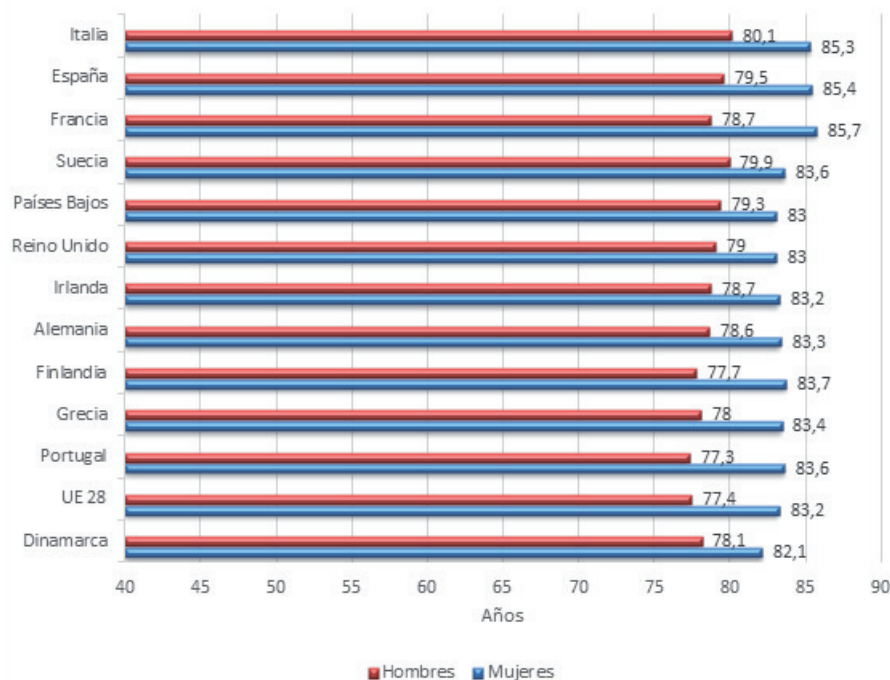
Falta un verdadero mecanismo de valoración en indicadores de salud de nuestro Sistema Nacional de Salud,

Los resultados de nuestro sistema sanitario, como las memorias de muchos de nuestros centros, reflejan mayoritariamente datos de actividad. Cuantas urgencias son atendidas o cuantas intervenciones quirúrgicas han sido practicadas. El número de camas o quirófanos, así como otros indicadores de estructura tienden a confundirse con los resultados. Los indicadores de calidad asistencial compensan en parte la poca utilización de indicadores de salud obtenidos por las intervenciones sanitarias.

La atención a la enfermedad aporta resultados intermedios y de doble lectura. Es el caso de los trasplantes, como antes decíamos.

De acuerdo con el informe OECD Health Statistics 2015 lideramos esperanza de vida, por delante de países de mayor riqueza y consiguiente mejor financiación de su sanidad.

Esperanza de vida al nacer



Fuente: Eurostat 2011-2012 y INE 2012

TASA DE MORTALIDAD POR PATOLOGÍAS SELECCIONADAS

HOMBRES	Cáncer de pulmón	Cardiopatía isquémica	Enfermedad cerebrovascular
Dinamarca	69,4	96,0	60,8
Finlandia	51,0	216,3	72,7
Alemania	62,1	157,9	55,2
Italia	71,1	114,2	72,8
Países Bajos	74,6	70,0	52,0
Portugal	515,7	69,4	102,5
España	72,8	81,4	49,1
Suecia	33,9	142,8	57,7
Reino Unido	60,7	138,1	53,5

Fuente: OCDE, 2013

MUJERES	Cáncer de pulmón	Cáncer de mama	Cardiopatía isquémica	Enfermedad cerebrovascular
Dinamarca	51,8	32,6	51,2	49,0
Finlandia	18,7	23,5	109,6	58,0
Alemania	25,9	29,5	84,5	48,8
Italia	19,1	26,7	62,6	62,7
Países Bajos	39,7	30,6	34,6	49,3
Portugal	11,5	22,2	36,7	77,8
España	14,1	21,0	36,1	41,1
Suecia	28,5	23,6	75,1	51,7
Reino Unido	39,9	29,1	65,6	51,0

Fuente: OCDE, 2013

Si comparamos la calidad de nuestros servicios con indicadores como la mortalidad por infarto agudo de miocardio en mayores de 45 años y en los primeros 30 días de hospitalización, estamos entre los 3 primeros en supervivencia.

En relación a los pacientes crónicos y en relación a los ingresos evitables por complicaciones, nos encontramos por encima de la media europea en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Asma y complicaciones agudas de la Diabetes.

Estos resultados ponen en evidencia la necesidad de establecer las medidas organizativas necesarias para dar respuesta al reto de la cronicidad, para alcanzar una mayor atención integral e integrada de los pacientes crónicos. Las limitaciones administrativas, que a veces priorizan un proceso sobre los resultados, no pueden ser limitadoras: la autonomía de gestión, la gestión clínica y la participación directa de los pacientes, requieren un sistema más adhocrático, como decíamos al principio de este capítulo. No puede ocurrir que la integración de los profesionales de salud pública y los de atención primaria no se pueda realizar por la diferente cualificación de funcionarios que tienen como ocurrió en una Comunidad Autónoma.

Nuestra mortalidad en cáncer de pulmón no se encuentra entre los mejores puestos como sí ocurre con el cáncer de mama y el infarto.

Pese a una tendencia de incremento, seguimos en las posiciones más bajas en tasa de suicidio.

En cuanto a la percepción de buena salud, nos hallamos en una posición media.

Pero nos encontramos en los puestos de cabeza como fumadores y también en personas con obesidad.

Los ciudadanos españoles consideran, en un 70%, igual o mejor la calidad de la sanidad de nuestro Sistema Nacional de Salud que la de cualquier otro país europeo.

Destaca el alto porcentaje, 18%, que no tiene opinión al respecto.

Podemos afirmar, como dice el Dr. Ramón Espasa, Consejero de Sanidad de la Generalitat provisional de Josep Tarradellas, que nuestra sanidad goza de una mala salud de hierro.

10

LA SOSTENIBILIDAD DEL DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Hace más de dos décadas que la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud es una cuestión recurrente.

El diagnóstico y tratamiento propuesto por múltiples informes tiene como referencia el documento pionero de 1991 conocido como “Informe Abril” y solicitado por la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados y dirigido por Fernando Abril Martorell.

El informe sobre la salud en el mundo publicado por la OMS fue dedicado a la Financiación de los Sistemas de Salud y la cobertura universal.

Analizando el punto de partida en el que en 2010 se encontraban los sistemas de salud y con el objetivo de mantener los logros alcanzados en muchos países y de continuar progresando, del informe destacan algunos mensajes importantes de aplicación en nuestro país:

Mejorar la salud es fundamental para el bienestar humano y esencial para el desarrollo económico y social sostenible.

En cuanto a la bondad de un sistema de financiación mancomunado como el nuestro, dice:

La mancomunación de los fondos resultantes (impuestos o cuotas) facilita el acceso (universal) a los servicios necesarios sin que las personas que los utilizan sufran dificultades financieras o se empobrecan (si tuvieran que pagarlos).

Y añada, atención:

Los fondos mancomunados nunca podrán cubrir el 100% de los costes y el 100% de los servicios que necesite el 100% de la población. Los países deberán tomar decisiones difíciles sobre la utilización óptima de estos fondos.

En el citado informe, el capítulo titulado “Más dinero para la salud” nos sirve para la reflexión.

La salud es, aparentemente, el bien máspreciado. Reza el refrán: “Quien salud no tiene, de todo bien carece”. El “saludo” proviene del deseo de salud para todo aquel con quien iniciamos contacto. Salud es el deseo de la mayoría de los brindis. Hasta la canción pone por delante la salud en “Tres cosas hay en la vida”. Ello resulta paradójico si tenemos en cuenta la estructura presupuestaria. Si un servicio público es altamente eficiente de manera objetiva hoy, es el servicio sanitario público. En momentos de recesión económica no debería ser tratado en igualdad de condiciones que otros servicios no esenciales u otros ámbitos de la economía. Ciertamente hay que ganar eficiencia, pero clínica. Hacer la asistencia y la prevención con los mismos recursos, mejor empleados clínicamente, con una reforma del modelo asistencial. Pero con los mismos recursos. Potenciando, y vuelvo al refranero, aquello que “más vale prevenir que curar”. No debemos confundir eficiencia con ahorro porque todo recurso que se libera desde la innovación tecnológica u organizativa es necesario para cubrir otra necesidad, ya que como indica el informe de la OMS, nunca llegaremos al 100% del 100%.

Y priorizar las políticas de salud en un momento de crecimiento “0” o negativo de los ingresos fiscales, debe reflejarse en los presupuestos. Anteriormente, el crecimiento del gasto no debió ser a expensas del crédito financiero. También los saneamientos del déficit debieron consolidarse. Cuando la sanidad pública llegaba a tener un alto déficit, el Estado aportaba a las Comunidades los recursos para sanearla, pero seguidamente mantenía la insuficiencia financiera que le había generado el déficit y la deuda. Y vuelta a empezar.

Insistimos en que el mayor enemigo de la sanidad pública es el déficit. Para ello los costes de las prestaciones, más que los de mercado, deben ser los admisibles de acuerdo con la riqueza disponible.

Otras políticas deben ser revisadas tomando las decisiones oportunas sobre qué hay que dejar de hacer fuera del ámbito sanitario para blindar este en la medida de lo posible. Aunque también vale el dicho de que “uno no sabe lo que es la salud hasta que la pierde”.

La OMS en ese sentido y en el referido capítulo “Más dinero para la Salud”, vuelve a insistir:

Ningún país ha sido capaz todavía de garantizar el acceso inmediato de todas las personas a todos los servicios que podrían mantener o mejorar su salud. Todos se enfrentan a las limitaciones de recursos de uno u otro tipo, si bien esto es más crítico en los países de ingresos bajos.

Ese mensaje de la OMS evidencia una realidad que hace que un servicio público como el sanitario, sometido a permanentes cambios demográficos, tecnológicos, del patrón de las enfermedades, etc. requiera de una búsqueda permanente de la eficiencia fuera del rigor administrativo y deba tomar decisiones al respecto. Algunos hacen política, aprovechando esa dinámica, con la vista puesta en su rédito partidista en lugar de aportar haciendo una falsa analogía entre derecho administrativo y sistema público.

Sigue diciendo la OMS en su informe:

Las opciones (de una mejor financiación) incluyen que los gobiernos den mayor prioridad a la salud en sus asignaciones presupuestarias, recauden los impuestos o cotizaciones de manera más eficiente y reciban fondos adicionales a través de los distintos tipos innovadores de financiación.

Este mensaje de la OMS contrasta con prácticas presupuestarias tanto en reparto de los crecimientos como en el de las restricciones. La política lineal, a veces aplicada, no va en la dirección de la prioridad presupuestaria de la salud.

Afirma también el informe de la OMS:

Los impuestos sobre productos perjudiciales para la salud, como el tabaco o el alcohol, son una de esas opciones: reducen el consumo, mejoran la salud y aumentan los recursos que los gobiernos gastan en la salud.

En España los impuestos, al no poder tener carácter finalista de acuerdo con la normativa de la U.E., no pueden formalmente destinarse al presupuesto sanitario. Vimos lo que ocurrió con el céntimo de tasa sobre el litro de carburante que fue anulado por los tribunales europeos.

Ideas aplicadas en otros países y que podrían ser consideradas en nuestro país, como un céntimo por llamada o mensaje de telefonía móvil, no pueden prosperar aquí por la limitación de la normativa europea.

Pero la OMS también hace referencia al gastar mejor lo que se dispone:

Todos los países pueden hacer algo, muchos de ellos mucho, para mejorar la eficiencia de su sistema sanitario, liberando así los recursos que se podrían emplear en cubrir más gente, más servicios y/o más gastos.

Esto refuerza el argumento de que la eficiencia en la gestión pública no es ahorro, sino sostenibilidad. Y es tan exigible en la gestión institucional pública como en la gestión empresarial pública. Sin rubor.

Alguna de estas acciones tendría como objetivo la mejora en un área concreta del sistema sanitario como los medicamentos. Otras se podrían dirigir a los incentivos inherentes al sistema de financiación sanitaria, en particular a como se compran los servicios y como se paga a los proveedores.

Huelga decir la transformación que la relación entre la industria farmacéutica y los financiadores se va a ir produciendo poco a poco, bajo el principio de que el financiador no paga medicamentos sino su efecto. Además, no debe recaer sobre el precio del medicamento la financiación de la innovación y la investigación. La aportación medida y comparada en beneficios de salud y en eficiencia debería ser, en el inmediato futuro, tenida en cuenta por financiador e industria. Pero en España cualquier innovación en la gestión del medicamento encuentra limitaciones en normas basadas en volumen, en precio y en plazo de pago. Ello va a dificultar pasar de acuerdos únicamente financieros a acuerdos complementados con resultados clínicos y de innovación.

Por otro lado, la gestión directa, es decir, sin separación de funciones entre financiador, comprador / adjudicador de los recursos y proveedor, limita el ganar más eficiencia.

Todos los países pueden reflexionar para mejorar su eficiencia, mediante la adopción de una propuesta más estratégica en la prestación o compra de los servicios sanitarios. Por ejemplo, decidir qué servicios comprar en función de la información que se tenga sobre las necesidades sanitarias y vincular los pagos a los profesionales sanitarios a su rendimiento y a la información sobre los costes del servicio, la calidad y el impacto en salud.

Este mensaje de la OMS choca con nuestro modelo organizativo y de gestión administrativa pues los recursos son adjudicados mayoritariamente para cubrir el gasto de funcionamiento de los centros, en base histórica, a cambio, principalmente, de volúmenes de actividad asistencial sin tener en cuenta los resultados. Respecto a la retribución de los profesionales, ésta se halla mayoritariamente anclada en un modelo igualitarista con un difícil encaje en un futuro crecimiento salarial en el sentido que la OMS apunta. Ello no parece aceptable por los sindicatos de clase, pero tampoco por los sindicatos de los profesionales.

Siguiendo con los mensajes de la OMS, encontramos:

Reducir la fragmentación del flujo y de la mancomunación de los fondos para la salud, así como la prestación de los servicios, también aumenta la eficiencia.

Ello da pie a repensar el mantenimiento de la separación de los fondos en relación a MUFACE, el Accidente Laboral y la Enfermedad Profesional. Por otro lado, desde la prestación de los servicios orienta más a asignaciones capitativa y de resultados que a asignaciones divisionales, estructurales y de actividad.

Debemos hacer notar iniciativas, con enormes dificultades de implementación, como las de integración de servicios o niveles en un ámbito territorial con modelos como el de gerencias únicas. La consolidación presupuestaria real entre Atención Primaria y Atención Especializada aún presenta dificultades y resistencias administrativas añadidas a las sindicales. Eso sí, les pedimos a los niveles que se coordinen y se integren, pero no lo hacemos con los presupuestos.

Actualmente nos encontramos en la defensa, por parte de la mayoría de los agentes, de la profesionalización de la gestión y su protección de la politización. En el informe de la OMS que estamos comentando, aparece este mensaje:

La clave para mejorar la eficiencia y la igualdad, radica en una gestión eficaz, que establezca unas normas y se asegure de que éstas se cumplan.

Podemos también añadir que la profesionalización de la gestión perderá eficacia si no se la dota de la suficiente autonomía de gestión para establecer esas normas y de autoridad para hacerlas cumplir desde las estructuras de gobierno en los diferentes niveles del SNS.

Nuestro Sistema Nacional de Salud es sostenible, pero en condicional. No debemos pensar tampoco que somos un sistema eficiente por ser más barato que otros de nuestro entorno. El tratamiento para su sostenibilidad está más que prescrito por propios y ajenos. Parece que quien deba aplicarlo no asuma que debe explicar que, para ganar todos, deben perder unos pocos. Pero todo ello con buen fin. Los médicos y las enfermeras lo hacen. Cuando acompañan la prescripción y la administración de un tratamiento con la información sobre el beneficio que comportará y no se llevan, en la mayoría de los casos, reproches pues lo explican muy bien. Lo hacen desde la autoridad que les da el conocimiento y el bien del paciente desde el consenso científico y la autorregulación.

¿Tienen los políticos la misma autoridad que el médico y la enfermera a la hora de proponer remedios? ¿Persiguen todos el beneficio general de los ciudadanos? ¿Prima el hacer fracasar al rival para ocupar su puesto? ¿Prima el no actuar para evitar los ataques del rival?

Un informe de la Fundación Canadiense para la Investigación en Servicios de Salud titulado *Despolitizar el Sistema de Salud: ¿Es realizable o incluso deseable?*, entre otras conclusiones defiende "un lugar para la política y la política en su lugar".

Si después de más de dos décadas disponiendo de informes y recetas aún no hemos actuado en las reformas fundamentales, la respuesta es evidente.

Pese a todo, la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario pasa por hacer más Política Sanitaria y menos política con la Sanidad.

11

EL PACTO POLÍTICO NECESARIO

Con reiteración, los diferentes grupos de interés, excepto los partidos políticos y los sindicatos, han pedido un pacto sobre la sanidad similar al Pacto de Toledo, para neutralizar el abuso moral sobre la asimetría en el conocimiento del Sistema Nacional de Salud entre los ciudadanos y su utilización política

No es difícil ver donde se deben dar los aspectos de no discrepancia especialmente aquellos que, desde la evidencia científica y la experiencia, aportan beneficios al contribuyente, al paciente y al profesional.

No debería ser motivo de discordia interesada tampoco, el carácter universal de nuestro sistema nacional de salud para todos los residentes.

Tampoco su financiación mayoritaria mediante los impuestos generales.

El determinar con claridad qué es prestación sanitaria y qué es prestación social derivada de la enfermedad, permitiría una mayor equidad en relación a su financiación.

Los criterios de seguridad, evidencia científica, coste efectividad y de impacto en el gasto han de regir la configuración del catálogo público de prestaciones asistenciales al mismo nivel que las intervenciones comunitarias a través de la validación de un órgano público independiente.

Pero la parte esencial del pacto debe ser apartar del interés partidista al Sistema Nacional de Salud. Las energías de los partidos políticos deben canalizarse mediante una política constructiva al servicio de una verdadera prioridad en el ejercicio de la responsabilidad de gobierno o cuando son elegidos para ello. La traslación veraz del discurso político solo se produce a través de los presupuestos.



Volviendo al informe del 2012 de la Sociedad Canadiense, a la que en el apartado anterior nos referíamos, podemos leer “lo que es políticamente eficaz es a menudo incompatible con lo que es eficaz en el plano organizativo en el sistema de salud”. Esa afirmación ilustra los ejemplos de frustración causados por la política en los sistemas de salud.

Si realmente la sanidad pública y su alimento imprescindible que es la investigación son prioridades y no solo retórica, hay que tomar decisiones de coste oportunidad, es decir, qué hay que dejar de hacer en otros ámbitos. Sin tapujos. Lo que no hay que hacer es aprovechar la oportunidad para que no suponga un coste para el adversario político, si me permiten el juego de palabras. Ello solo conduce a una parálisis ante decisiones importantes en clave de futuro. Las hemerotecas están llenas de contradicciones cuando se valoran las posiciones políticas según se haya estado en el gobierno o en la oposición.

Qué debería ser motivo de acuerdo a nuestro entender:

- La prioridad presupuestaria de la sanidad pública “More money for health”.
- Las reformas largamente propuestas por los expertos independientes para utilizar mejor el dinero disponible “More health for money”.
- Superar la excusa de las ideologías, el blanco y el negro, para trasladarlas a ideas en beneficio de todos.
- Tomar conciencia de los retos de la atención a la salud y a la protección de la misma en el siglo XXI: globalización, interculturalidad e inmigración, cambio climático y medio ambiente, innovación tecnológica y el envejecimiento de la población, cambio profundo de la estructura social y familiar.
- Orientar las políticas sanitarias a la salud y no solo a la enfermedad por razones éticas y de sostenibilidad.
- Considerar la importancia fundamental de la salud como causa de la pérdida de autonomía personal y por tanto de dependencia.
- Valorar la importancia del sector salud como sector económico.

Bajo la soberanía plena del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Asuntos Sociales y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas sobre todo lo que atañe a la sanidad, conlleva enmarcar los pactos en 10 ámbitos:

1. La financiación y la cobertura universal con equidad de acceso.
2. Las prestaciones y la cartera de servicios de acuerdo con criterios de coste efectividad.
3. La gestión de la prestación de los servicios profesionalizada, monitorizada y con autonomía.
4. La evaluación, el rendimiento de cuentas y la transparencia a todos los niveles del sistema.
5. El papel del ciudadano y paciente.
6. Los profesionales sanitarios y su consideración de decisores por su capital conocimiento.
7. La investigación y la innovación como motor de progreso y mejora en los resultados.

8. Un Gobierno del Sistema centrípeto con participación de las C.C.A.A. y separación real en éstas, de funciones entre financiador, asignador de recursos y proveedor
9. La salud como política social de cohesión
10. La salud como política económica por su impacto en mejora del capital humano, su capacidad empleadora directa e indirecta y su efecto arrastre sobre otros sectores

Ninguna política es buena o es mala a priori. Ninguna ideología es buena o mala a priori. Son sus resultados para el interés general los que la hacen buena o mala. Dos y dos siempre son cuatro, los sumemos de izquierda a derecha o de derecha a izquierda.

12

EPÍLOGO A MODO DE CONCLUSIONES

Hemos afirmado que la responsabilidad de cualquier gobernante en relación a la salud de sus conciudadanos es promover aquellas políticas que permitan una mayor esperanza de vida lo más saludable posible. Para determinar esas políticas se debe valer del conocimiento al respecto de los profesionales en cada una de las disciplinas de las ciencias de la salud, incluida la economía de la misma, y de la participación informada de los ciudadanos para tomar las decisiones de coste oportunidad. De todos es sabido que siempre los recursos públicos disponibles serán insuficientes para desarrollar todas las políticas deseadas y por tanto habrá que priorizar.

El acierto o no de las políticas sanitarias debe ser valorado con los oportunos resultados mediante indicadores fiables y conocidos por todos que muestren el beneficio obtenido por pacientes, contribuyentes y profesionales, huyendo de cualquier tentación propagandística.

La oposición debe estar a la altura de contribuir a las políticas de las que algún día tomará el relevo de la responsabilidad. Ello quiere decir cuestionar aquello que es cuestionable con argumentos de pronóstico bien formulados y evitar la demagogia con el objetivo de obtener fácil rédito político coyuntural frente a sus adversarios. Ese “pan para hoy”, practicado hace demasiado tiempo, nos ha traído la hambruna de hoy del permanente y deseado, por algunos, desencuentro ante cualquier movimiento en nuestro Sistema Nacional de Salud cuyo primer grupo de interés es la política de partido.

El Sistema Nacional de Salud español, pese a todo, se encuentra entre los mejores del mundo.

Ha sobrevivido a una subfinanciación crónica, a la crisis económica y a la batalla política. Pero está algo exhausto. Sin mejor financiación y sin implementación fácil de las reformas necesarias a causa del desencuentro político permanente, sobrevivirá seguramente como organización, pero difícilmente podrá mejorar sus resultados i mantenerse en puestos de liderazgo. No debemos cometer tampoco el error de pensar que una mayor financiación todo lo arregla, sin reflexionar si gastamos como debemos gastar y maximizando únicamente la eficiencia en la gestión de los centros sanitarios.

Es cuestión de permanente controversia el grado de cohesión de nuestro Sistema Nacional de Salud, como lo es el de su equidad. Si las prestaciones de atención sanitaria y de protección a la salud son a cargo del presupuesto de las C.C.A.A. y tenemos una financiación de estas no equitativa algunos aspectos de la equidad quedan afectados, como la accesibilidad a título de ejemplo. Hay que ser también sinceros y hablar de la mayor equidad territorial posible ya que la equidad absoluta no parece existir ni en modelos fuertemente centralizados ni en modelos muy descentralizados.

Superado el modelo de Seguridad Social excluyente, nos dotamos de un Sistema Nacional de Salud con sus atributos de cobertura universal, equidad y financiación a cargo de los impuestos y no de las cotizaciones a la Seguridad Social. Pese a ello aún hoy, después de tres décadas, algunos aspectos esenciales de nuestro Sistema Nacional de Salud parecen más el modelo de Seguridad Social del INP, pero con cobertura universal. Nada más hay que ver el procedimiento para la obtención de la tarjeta sanitaria, como ejemplo simple y contradictorio con el reconocimiento de un derecho de ciudadanía.

Sin duda, nuestro sistema descentralizado ha permitido encontrar soluciones locales a problemas generales que la buena relación entre las C.C.A.A. ha permitido en algunos casos generalizar, especialmente en instrumentos de gestión.

Sigue siendo asignatura pendiente el papel del Ministerio y del CISNS, acorazados en el derecho administrativo inspirado en la antigua Seguridad Social, como también acorazados en gran medida y, en consecuencia, se encuentran los Servicios de Salud de las C.C.A.A.

Del gobierno del Sistema Nacional de Salud, de fuerte carácter administrativo, debemos progresar en la dirección del gobierno participativo, la transparencia en los procesos y la rendición de cuentas en resultados.

La gestión de los recursos humanos o la autonomía de gestión de los centros responsabilidad de esos Servicios de Salud son una muestra de las limitaciones que ello comporta. La ausencia de pacto político al respecto, pese a las recomendaciones de la gran mayoría de los informes de expertos de las últimas décadas, hace de nuestro Sistema Nacional de Salud, paradójicamente, un sistema altamente conservador desplazando en realidad al ciudadano y al paciente del centro del mismo que es donde dice situarlo.

Nuestro modelo ganará en cohesión, eficiencia y calidad si nos creemos un modelo descentralizado de Servicios de Salud que, trabajando en red tienen como punto de encuentro el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), donde ejercer la gobernanza participativa, transparente y legitimada por los resultados. Punto de encuentro para compartir políticas, promover soluciones “button up” y avanzarse a las nuevas necesidades, con independencia de las mayorías políticas que en su seno se den. Avanzar en políticas de salud y no solo de atención sanitaria, establecer de forma compartida las prestaciones de acuerdo a su coste-efectividad y su materialización en la comunidad, el domicilio o los centros sanitarios. Debatir con qué medios deberemos contar en el futuro ante el reto del envejecimiento y la cronicidad: capital humano de conocimiento, tecnologías, organización, etc. Emplazarnos a avanzar en más resolución de la enfermedad o por contra en más anticipación a su desarrollo es el dilema del siglo XXI. Hasta ahora una sanidad de éxito es la que está en los primeros lugares del trasplante de órganos acompañada o no de en una menor patología renal o la que tiene una mayor supervivencia al infarto de miocardio, pero sin valorar si va acompañada de una menor prevalencia de éste.

Todo esto parece inalcanzable sin pacto político sincero, si no hemos sido capaces de dar solución a algunas cuestiones que mencionaré. Sería un punto de inflexión que desde propuestas nacidas del conocimiento de la realidad y el buen hacer de las C.C.A.A. el CISNS fuera capaz de, en coherencia con la universalidad del sistema, resolver de una vez por todas la cobertura de todos los

ciudadanos sin cortapisas fuera de su C.A. de residencia. Parece fácil pensar que la solución puede pasar por dotar un fondo de garantía entre todos y hacer del DNI también el documento acreditativo del derecho a la atención sanitaria pública. Aún perdura el atavismo de la Cartilla de la Seguridad Social cuando se hacía necesario tenerla pues solo tenían derecho los cotizantes. ¿Para qué ahora, si constitucionalmente tenemos derecho todos y la financiación procede de los impuestos de todos, es necesario un documento acreditativo más?

Sería bueno, también, disponer de una Central de Resultados que pusiera al sistema, y a sus agentes, en valor de forma objetiva ante ciudadanos, pacientes, profesionales y administraciones y lo blindara de la demagogia, haciendo de las evidencias el objeto de la discusión.

Las políticas también se deben a los resultados y no valen apriorismos ideológicos de signo alguno como garantía. La política ajena al contexto, es pretexto, reiteramos.

Tarjeta Sanitaria, Fondo de Cohesión y Central de Resultado son aspectos que siguen sin resolverse y sirven para ilustrar la necesidad de un acuerdo político para impulsar las reformas normativas necesarias. Algunos plantean la necesidad de una nueva Ley General de Sanidad. Solo después de acordar desarrollar plenamente la vigente con toda su capacidad reformadora del modelo de la Seguridad Social cabría tal afirmación. Porque, ¿a quién beneficia la falta de acuerdo? ¿o hemos de preguntarnos si nos perjudica a todos?

Pero las políticas de salud van mucho más allá del Ministerio de Sanidad. Competen a todo un Gobierno. La Organización Mundial de la Salud en su documento Health in All Policies señala que la esperanza de vida y su calidad no dependen únicamente de los sistemas sanitarios. Todas y cada una de las acciones de un gobierno pueden ser valoradas en términos de impacto en salud. Por ello y como muchas veces hemos reiterado, al código genético como factor condicionante de la salud, debemos añadirle el código postal. De todas las políticas de los gobiernos de allá donde vivamos depende también nuestra esperanza de vida.



ÍNDICE

1	PRÓLOGO. PRIMERO LA SALUD Diego Carcedo.....	89
2	TREINTA AÑOS NO SON NADA.....	93
3	ESTRENANDO LA LEY GENERAL DE SANIDAD	95
4	CONSTITUCIÓN DEL INSALUD	97
5	EL INSALUD COMO ELEMENTO DE COHESIÓN.....	103
6	LA REALIDAD TRANSFERIDA.....	115
7	EXPERIENCIA ORGANIZATIVA.....	139
8	LAS MEDIDAS QUE SE ADOPTAN.....	147
	ANEXO I.....	157
	ANEXO II.....	169
	BIBLIOGRAFÍA.....	173

“Solo el que ensaya lo absurdo es capaz de conquistar lo imposible”

Miguel de Unamuno

VISIÓN CRÍTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESDE LA EXPERIENCIA DE UN GESTOR SANITARIO

ALFONSO FLÓREZ DÍAZ



1

PRÓLOGO **PRIMERO LA SALUD**

DIEGO CARCEDO

Periodista

Nada interesa y preocupa tanto como la salud. Aunque a veces parezca que el dinero, el amor y hasta los goles de Ronaldo nada interesa más a las personas que la salud, primero la propia sin duda, y la de los allegados enseguida. “La salud es lo primero”, se escucha y se repite con mucha frecuencia. Y posiblemente sea lo más cierto que tenemos en nuestras mentes, descontado el futuro ineludible que nos espera. Ninguna preocupación es tan lógica y universal, y a menudo reparable, como la de nuestra salud. Es más que dudoso imaginar a alguien a quien en algún momento no le inquiete.

En las sociedades modernas bien es verdad que en diferentes medidas – -, la atención a la salud ha sido prioritaria, aunque a menudo bastante menos de lo que cabría esperar. Quizás llegado a este punto haya que recordar la incidencia que las diferencias económicas han impuesto en la atención que la salud reclama. Con todo, en muchos países, incluido España, se han vencido intereses y se ha venido imponiendo la necesidad ineludible de crear y mantener un servicio público de salud que garantiza asistencia para todos.

Pero al margen de la convicción compartida de esta necesidad, y en el caso español de la realidad en que se ha convertido, los servicios públicos de salud suelen enfrentar serios problemas que ni los poderes públicos ni la propia sociedad se plantea abordar con la prioridad y responsabilidad que su función exige. El caso español no es ni mucho menos una excepción y tanto en su conjunto nacional como en sus casos pormenorizados, requiere un análisis urgente.

Ese análisis es lo que ofrece con claridad y profundo conocimiento de la situación, Alfonso Flórez en este trabajo. Flórez es una autoridad en la materia. A lo largo de treinta y dos años de experiencia en la gestión hospitalaria (ha sido director de nueve hospitales públicos y dos privados) ha acumulado muchos elementos para que sus reflexiones, críticas rigurosas y propuestas pragmáticas ofrezcan un interés extraordinario. Alfonso Flórez parte de una sólida formación universitaria como economista y una firme convicción sobre la función de la sanidad pública.

En el trabajo aporta, y sorprende con ellos, abundantes datos históricos y presentes que avalan sus imprescindibles conclusiones. Y lo expone con una argumentación y exposición sencilla, rica en datos y ejemplos y, algo muy importante, desde unos criterios estrictamente profesionales. Uno de los problemas con que se ha enfrentado y se enfrenta el servicio público de salud en España, actualmente fragmentado y en muchos aspectos para mal, es la interferencia de los poderes públicos en la gestión. Bien podría añadirse que siempre la ha habido pero ahora multiplicada por diecisiete.

Hay políticos que no saben distinguir entre su importante función social y unas actuaciones concretas que más allá de unas líneas generales y presupuestarias deben ser encomendadas por entero a los profesionales. Pero no es e único problema al que las conclusiones muchas de ellas de simple sentido común llega Alfonso Flórez en su exposición. No voy a incurrir en el mismo fallo que critico en otros: no soy experto en nada de cuanto en el trabajo se aborda en profundidad y nada más lejos de pretender juzgar sus argumentos.

Pero su lectura me ha interesado y me ha animado a invitar a otros, no sólo profesionales del ramo, a que lo lean, lo analicen y, a quien corresponda, que en el fondo somos todos por cuanto nos va en ello, a que lo mismo las reflexiones, que los datos que las propician como las conclusiones se valoren, se debatan y se tengan en cuenta. Este ensayo tiene mucho de análisis profesional pero también incorpora elementos que sobrepasan la condición de un informe para convertirse en un instrumento excelente como punto de partida para entrar a fondo en esa revisión general que el servicio de salud reclama.

Hay en las páginas que siguen razones para pensar, para interpretar y para actuar cada cual en su ámbito, desde el que tiene las más altas responsabi-

lidades en la gestión de la salud pública hasta quien contribuye con su voto a que esas responsabilidades las asuman quienes mejor saben y prometen defenderla. Aunque la salud de todos es lo primero y aunque sea tan evidente que un sistema público de salud es su principal garantía y el mejor activo social con que una sociedad moderna cuenta, protegerlo, cuidarlo y mejorarlo es una obligación constante.

El que el servicio público de salud sobreviva y continúe mal cumpliendo sus objetivos no es suficiente. Mejorar empezando por corregir fallos y sacar el mejor partido a sus recursos debe ser una constante en su existencia. Nunca hay que olvidar que siempre tendrá que competir con intereses que en alguna medida lo rechazan, intentan arrinconarlo y convierten las críticas justas a sus insuficiencias y fallos cronificados en ataques a su propia existencia.

2

TREINTA AÑOS NO SON NADA

Adquirí el compromiso de escribir este breve documento con El Círculo de la Sanidad, con el fin de que aportase mi visión sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) basada en mi experiencia después de haber estado cerca de 32 años dedicado a la gerencia en nueve hospitales de la red pública y en dos privados concertados.

En los hospitales donde ejercí de directivo, a pesar de que fui cesado en algunas ocasiones, por unos y por otros, siempre me consideré trabajador de la misma empresa, la Pública, incluso en los privados, pues estaban concertados con el INSALUD atendiendo a pacientes de otras entidades, MUFACE, ISFAS y MUGEJU, dándoseles el mismo trato y atención a todos por igual.

Mi formación académica como licenciado en ciencias económicas, políticas y comerciales, así como posteriores estudios como auditor financiero y master en consultoría en Desarrollo Organizacional (DO), y otros encaminados a la dirección de empresas, me han condicionado para tener una visión de las organizaciones y de su entorno, y cuestionarme cuáles eran los motivos por los cuales esa Organización existe y si las personas que trabajaban en ella lo hacían por motivos compartidos con el sentir de un Todo (entorno social, misión, visión de la empresa, papel que cada individuo jugaba dentro de ella, sensaciones de pertenencia, etc.).

Por otra parte, no puedo dejar de advertir mi predisposición personal a revertir lo poco que sé para que la sociedad en la que vivo mejore, defendiendo la equidad y la calidad de la Sanidad Pública, evitando cualquier deterioro que provoque la desincronización del Sistema, induciendo a que la Organización Pública cumpla modélicamente, frente a los ataques constantes e insolda-

rios que corroen su funcionalidad, credibilidad, reputación, y con ello falta de profesionalidad; ataques que en muchas ocasiones provenían y provienen del interior de la organización.

Me centraré fundamentalmente en hacer un análisis de la organización, en llamar la atención sobre alguna de las causas que, a mi juicio, agravan la situación que está socavando al Sistema Nacional de Sanidad, despojándolo de su naturaleza primigenia de ser un sistema garantista, es decir, que convierte las prestaciones en derechos subjetivos exigibles por todos los ciudadanos que están afectos. Para ello describo algunas de las acciones que hoy ya nos pasan hasta inadvertidas, por ser desgraciadamente tan habituales, y otras que son muy llamativas. Primero hablaré de los comienzos de la puesta en marcha de la Ley General de Sanidad (L.G.S.), seguidamente enunciaré algunos de las pérdidas de instrumentos de gestión que tenía consolidados el INSALUD, pasando posteriormente a analizar las condiciones organizativas, y finalmente a focalizar donde está el ahorro incrementando la calidad.

3

ESTRENANDO LA LEY GENERAL DE SANIDAD

Cuando a principios del año 1987 comienza mi labor en la sanidad como gerente de un hospital, un entorno totalmente nuevo para mí, pronto me di cuenta de que el entorno laboral, altamente sindicalizado y politizado, era de una franca hostilidad a lo que significaba un cuerpo directivo. Los sindicatos, las asociaciones profesionales, estaban en un marco novedoso para ellas, tratando de encontrar su espacio y, en su caso, de ganar terreno baldío. Todo ello llevaba a una situación caótica, pero que a mi entender estaba comprendida, asimilada y consentida por los que tenían la responsabilidad de dirigir, de confeccionar las normas, de legislar, de mantener el equilibrio en el impulso de salida; momentos siempre complicados cuando de sanidad se trata, de hacer cambios tajantes, máxime cuando se estaba estrenando la Ley General de Sanidad de 1986, una ley socializadora donde el Estado, es decir Todos, aportábamos el capital necesario para que ese Todo tuviese una Sanidad accesible.

Nuestra cultura parece no ser proclive a desarrollar el concepto “es de todos”, desarrollarlo, y menos a inculcarlo. Quizás por estar presente la figura del amo, del patrono que ostenta el férreo poder de la propiedad con nula participación del trabajador y de la sociedad. Con lo que el concepto *empresa pública* como *bien de todos* era conjugado con los restos de la sociedad feudal. A esto se unía una rancia burocracia con reglas absurdas y métodos anticuados por el efecto de un Estado centralizador con una legislación y un control presupuestario que atendía más a los soportes documentales, con la exigencia tramitada correctamente, que al cómo se empleaba la adquisición del bien o servicio adquirido.

A esa concepción de bien común respondía el que normalmente he tenido el hábito de visitar regularmente a varios pacientes escogidos al azar, conversando con ellos y sus familias. Sus pareceres siempre me fueron de gran ayuda. Nunca percibí la más mínima resistencia por parte de los profesionales que los atendían. Pero en algunas ocasiones los sindicatos me expresaban su molestia por mis visitas constantes a las instalaciones, es decir, el problema no estaba en la visita en sí, sino en andar por el centro viendo y escuchando. Me decían “si me creía que el hospital era mío”, mi respuesta a esta actitud comprensiblemente les chocaba, en el ambiente cultural que había. Pero lo que más molestaba era que el equipo directivo atendiese puntualmente a todas las reclamaciones y las pusiesen en común con los que intervenían en ellas.

Por otra parte, era y es comprensible, pues el Estado es el propietario de los bienes de producción, en el sentido Taylorista de la acepción, de tal manera que el tópico del “*es de todos y no es de nadie*”, era una realidad palpable en el ambiente social sanitario.

4

CONSTITUCIÓN DEL INSALUD

Por ello la necesidad de comprender el devenir histórico, de revisar de dónde venía esta organización tanto en la visión macro, de todo el Sistema, como en la visión micro, en el hospital en concreto. El Instituto Nacional de Previsión (INP) en 1978 había desaparecido, dividiéndose en las siguientes instituciones: Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), Instituto Social de la Marina (ISM), Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que atiende las prestaciones económicas y que, a su modo, realizó una selección del personal administrativo del INP poniendo en marcha una reorganización extraordinaria, un cambio importantísimo que hizo, entre otras muchos aspectos, que el personal fuera amable y que las pensiones de jubilación, que con anterioridad se comenzaban a cobrar con gran retraso, pasasen a tramitarse con gran rapidez. Esto entre otras medidas.

Esta importantísima aportación del INSS a la Administración Pública fue y es señera. Se efectuó un Cambio Organizacional con la intervención de consultoría externa, la implicación política, la aportación informática y la docencia que se impartió al personal. Este importante hito, pilotado con la implicación directa del entonces Director General Constantino Méndez Martínez, con el gobierno del Partido Socialista y que después se amplió a la TGSS, a mi entender, fue una demostración del **Cambio** que sí se puede hacer, pero claro está, tiene que contar con el interés del poder político para llevarlo a cabo.

No ocurrió lo mismo con el INSALUD, la sanidad tenía una dimensión mucho más compleja, poco comparable a la del INSS: simplemente el planteamiento de *sanidad para todos*, de universalidad, era un concepto difícil de comprender, pero muy fácil de usar. El esfuerzo político y la conquista social que significaba

la apuesta de poner en marcha LA LEY, era de enorme trascendencia y la responsabilidad de todos los actores era crucial. De ahí la necesidad incluso de entender y comprender el grave problema de la resistencia al cambio, incluidos los que veían mermadas sus posibilidades de que creciese la oferta privada, y que con ello se desbaratasen sus proyectos de seguir trabajando simultáneamente en los dos ámbitos, e incluso en más de dos instituciones públicas.

Recuerdo el caso de un médico que en el mismo horario laboral atendía pacientes en el ISM, una institución sanitaria de la Diputación, regentaba un Dispensario de una orden religiosa, trabajaba en el Hospital por las mañanas, y en el horario de tarde atendía su clínica privada: cuando le explique la exigencia de la incompatibilidad no lo quería comprender.

A diferencia de lo que ocurrió con el INSS y la TGSS, la organización INSALUD discurrió por otros derroteros, su complejidad no abarcaba tan solo el área administrativa sino que su aspecto técnico y de servicio a los ciudadanos era más complejo y tenía otras implicaciones socioeconómicas, políticas en definitiva. La organización que observaba se asemejaba a la que estaba perfectamente descrita por Max Weber en el marco de la sociología política, respondía a todos los parámetros de sus comparativos analíticos. Era una organización tradicional, que como dice Nicos P. Mouzeleis en su obra “Organización y Burocracia” (donde analiza la obra de M. Weber), estaba legitimada en un poder que procede de la creencia en el pasado eterno, en el acierto e idoneidad de la manera tradicional de hacer las cosas. Con la instrumentalización del dominio legal de lo que siempre se había hecho, la novedad de las nuevas leyes era sinónimo de incompreensión. Pero ya se encontraba en un proceso de burocratización racional que, por el efecto de la concentración centralizadora del Estado, imponía ciertos atributos de racionalidad a los procesos de la burocracia. Entendiendo por racionalidad la adecuación de los medios a los fines, las organizaciones serán más racionales cuando funcionen con los medios más adecuados para la consecución de ellos (solo a los fines colectivos de la organización y no a los fines individuales de sus miembros), que en su evolución da lugar a lo que Henry Sumner denomina “*tipo espontáneo*” de organización, con fines, reglas que emergen espontáneamente en el curso de las relaciones de acuerdo con el sistema de valores de cada uno.

Con este entorno el compromiso era claramente ilusionante, de entusiasmo, era de una envergadura novedosa en este País, y con esa voluntad me impliqué y comprometí, sintiendo la compañía en ese compromiso de muchas personas que perseguíamos el mismo objetivo: consolidar la gestión de la Sanidad Pública por encima de cualquier interés personal, y no sin advertir que las dificultades y los sinsabores eran diarios, y que en aquel entonces el captar profesionales que se involucrasen en esta tarea tenía muchas dificultades por diversos motivos. Eramos todos nuevos, la experiencia era novedosa y los conocimientos en organizaciones eran escasos (algunos habían hecho unos cursos de unas horas en Gestión y Dirección de servicios sanitarios), tampoco los salarios estaban acordes con el mercado. Dificultades normales que con el paso del tiempo se fueron solventando, adaptándonos y aprendiendo, y lo que fue muy importante adecuando la terminología, el contenido del lenguaje, máxime cuando procedíamos de diferentes disciplinas (si no recuerdo mal éramos tres o cuatro directores gerentes no médicos, “rara avis” en toda España). Recuerdo que a los pocos meses de estrenarme en sanidad, se celebraba en Vigo la inauguración del Hospital do Mexoeiro, y me invitaron a que hablase sobre la Comunicación Sanitaria a los Ciudadanos, el auditorio estaba compuesto mayoritariamente por médicos y enfermeras, recientemente había finalizado la lectura, que me había resultado muy interesante y estimuladora, de “Acción comunicativa” del filósofo Jürgen Habermas, Entre que mi oratoria no era muy fluida y que el tema no interesaba nada desde el punto de vista y terminología con que lo expuse, a pesar de mi entusiasmo por haber descubierto aquella lectura, noté un abominable aburrimiento en el público que me ayudó a reflexionar, a resituarme en mi nuevo ambiente de organización.

La aplicación de la Ley General de Sanidad tuvo una contestación muy violenta por determinadas instituciones, entre las que se encontraba el Consejo General de Colegios de Médicos. Los sindicatos de clase que representaban a los médicos ofrecían una resistencia frontal al cambio, y las personas de este colectivo que apoyaban la renovación eran conscientes del serio compromiso que adquirirían a costa de ser considerados “contaminantes” dentro de su estamento. Por norma general, eran y son profesionales que normalmente se dedicaban de forma exclusiva al sector público, y de tener actividad privada,

respetaban la legalidad sin interferencias entre lo público y lo privado, siendo modélicos con su cumplimiento laboral.

Las fuerzas sindicales de otros estamentos, con el papel fundamental de la enfermería, administración, y fundamentalmente pequeñas organizaciones sindicales locales, apreciaban el logro social que significaba la implantación del nuevo Sistema Sanitario Público, pero el que fuese de todos tendía a no ser de nadie, en pocas ocasiones se centraban acciones sociales responsables, que se alejasen de criterios clientelares.

Valga un ejemplo de conflicto como anécdota: “corría el año 1987 y el pago de las nóminas se hacía en sobres, largas colas de trabajadores en diferentes ventanillas, compañeros recogiendo la firma del perceptor y entregando el sobre. En el equipo directivo vimos la oportunidad de ganar terreno contra la burocracia absurda, de lanzar un mensaje significativo, y con el visto bueno de la Dirección Provincial y la Tesorería, nos aceptan la propuesta de que se hubiera mediante transferencia bancaria a cada trabajador, hicimos una reunión con la Junta de Personal para informarles y el conflicto fue frontal. El esfuerzo de autocontrol en las reuniones con los sindicatos, por parte de los directivos fue un ejercicio didáctico importante.

La repercusión social, el impacto de opinión que aporta la sanidad, y en general lo público, favorece la seguridad con la que se presiona desde las plataformas reivindicativas, que era y sigue siendo una deuda cultural. Es preciso que se responsabilice a los agentes sociales para la denuncia de la razón, y no siempre se utiliza para tal fin, anteponiendo otros intereses ajenos a la idea de que el SNS es de todos y cada uno de los ciudadanos. He de mencionar el haber conocido y compartido vivencias y colaboración entrañable con líderes y representantes sindicales e instituciones sociales que son y fueron celosos protectores del patrimonio único que es nuestro Sistema de Sanidad Pública, que por desgracia no abundan. Sin duda no hemos sabido participar, en general, a la sociedad y los trabajadores el concepto de lo “público”, que lo que es de interés común es un privilegio el poder cuidarlo y respetarlo, cuestión ésta que necesita ser de reciprocidad.

Y esto lo comento desde la confrontación, desde la crisis que me tocó vivir. En mis traslados de hospital me fueron encomendadas tareas de “arreglar situaciones” de conflictos laborales, lo que requería largas negociaciones,

escuchar, templar, comprender y tomar decisiones, que en algunas ocasiones supuso zanjarlas con el uso de mi autoridad, tratando de que los problemas no se enquistasen en la organización.

Todo ello se daba en un momento donde tanto las infraestructuras de los centros de salud como de los hospitales eran claramente insuficientes para cumplir de inmediato con la Ley del 86 recién aprobada. Y poco a poco tanto la sociedad como los estamentos profesionales, fueron haciéndose conscientes de que el esfuerzo tenía que ser continuado y los plazos más dilatados de lo que se esperaba.

Los presupuestos para hacer frente a las grandes inversiones fueron materializándose y la contratación de personal fue paliando en gran medida las necesidades que se advertían. El Sistema empezó a crecer, con grandes polémicas en todos los medios y convirtiéndose en “moneda política” de ataque y confrontación parlamentaria. Esto es lo que, a mi juicio, hizo y hace un gran daño a su evolución; nunca hubo, salvo con el fallido intento del Informe Abril, una voluntad política de consenso, de encontrar un punto de equilibrio entre todas las fuerzas políticas, sindicales y demás instituciones, para que el Sistema Nacional de Salud (SNS) no fuese el sobresalto diario en todo el territorio nacional. Cada cambio político, con su repercusión en las autonomías, era y es un devenir de ceses y de cambios en cadena que desestabilizaban a la organización, y ello tiene una gran repercusión, no solo en lo asistencial, sino también en lo económico; sus presupuestos acaparaban, en líneas generales, nunca menos del cuarenta por ciento de cada comunidad (ahora está por debajo del treinta y cinco).

El interés que teníamos los diferentes equipos directivos con los que participé gestionando hospitales, y tras largas jornadas de formación para unificar criterios, estilos de formación, líneas de trabajo, tareas de cada uno y responsabilidad de equipo, impregnándonos de los valores a defender, el saber pedir ayuda (cuestión que en nuestra cultura cuesta tanto), desterrar el engaño, el gestionar con transparencia, el respeto a las personas, a los sindicatos y a la organización, etc., significaron muchas horas dedicadas en tardes y fines de semana. No sé si supe agradecer suficientemente el esfuerzo que todo ello significó y lo mucho que me aportaron mis compañeros.

Como anécdota recuerdo que en el año 1994, aproximadamente, programamos un curso de “Organizaciones que Aprenden” con compañeros con los que colaboramos de la Universidad de Valladolid, reuniéndonos un fin de semana en unas instalaciones que Caja Madrid nos cedió sin coste alguno, al igual que el profesorado, en El Escorial (no teníamos presupuesto para la formación de directivos). El titular de un periódico de tirada nacional decía, *“los directivos del Hospital de La Paz despilfarran el dinero público”*. Saber encajar en silencio es otro aprendizaje.

Tras esta somera introducción trato de establecer la complejidad y la fragilidad de una gran y vital organización, donde toda la población está implicada y que es un derecho adquirido, al que hoy por hoy esta sociedad no está dispuesta a renunciar, y donde miles de trabajadores se esfuerzan en el trabajo diario y esperan que con su buen hacer y su esfuerzo de cuidar, comprender, dar soluciones al paciente y a sus familiares, con ese mismo respeto, los respeten y se les considere.

De alguna forma, queda establecido que el entramado a nivel nacional es complejo, y que en otro orden lo es en cada comunidad autónoma, en cada centro de salud, en cada hospital.

5

EL INSALUD COMO ELEMENTO DE COHESIÓN

Todo este complejo conglomerado antes era regido por el INSALUD, a excepción de la Comunidad Catalana a la que se le otorgaron las transferencias en el año 1980. Fue un organismo que ejerció y gobernó logrando estabilizar el SNS, y en la perspectiva que dan los años brillan más los éxitos de la gestión que se hizo durante su mandato que los errores, que por naturaleza la memoria tiende a olvidar. Expondré algunos ejemplos que me parece interesante mencionar, pues en ellos encontraremos pérdidas que han creado grandes vacíos, hoy por hoy imposibles de sustituir.

A continuación expongo una relación de apartados que hacían de este Ente un elemento coordinador y de cohesión, acciones que ahora ya no hay quien las ejerza y que, a mi juicio, siguen siendo indispensables.

1. POLÍTICA DE PERSONAL.

En todo lo concerniente a este apartado, el INSALUD mantenía un criterio único que abarcaba desde el aspecto salarial, pasando por los concursos de traslados, permisos, vacaciones, promoción, formación, guardias, absentismo, y aplicación de los conceptos de exclusividad. Se realizaban reuniones periódicas con los representantes nacionales de cada sindicato, y se concretaban acuerdos que se trasladaban a cada uno de los responsables provinciales.

Cuestión no menos importante eran los criterios de homogeneidad, de equilibrio, de quién hacía qué, entre otras cuestiones: dotación de personal en los

quirófanos de una y otra especialidad, dotación por sala de endoscopias, y número de enfermeras y auxiliares por planta de hospitalización y especialidad médica de que tratase. La recopilación de datos era exhaustiva, la comparación entre centros y la casuística de cada uno, aunque parezca imposible, era contemplada; aquellas reuniones más que de control, que lo eran y mucho, ejercían una labor didáctica difícilmente sustituible.

En estas reuniones se establecían las tareas de los profesionales y se marcaban, en líneas generales, las acciones concretas y la asignación de profesionales por las características de cada unida. De tal manera que la plantilla orgánica de cada centro era negociada y justificada y, posteriormente, era dotada de presupuesto. Esto se realizaba año a año con todos los responsables directos de cada centro, en presencia del responsable provincial.

El control del **presupuesto de cada centro de gasto era un instrumento de gestión real**. Y desde el punto de vista cuantitativo y cualitativamente. Los números estaban respaldados por una explicación del funcionamiento del centro que se tratase, que iban desde el nivel de absentismo, pasando por la estancia media de pacientes, hasta el análisis de las listas de espera. Asimismo, se aportaban los problemas con el personal, se hacían informes, se leían, se proponían soluciones que se trasladaban en las diferentes reuniones a los responsables de cada centro.

Sin duda se pudo mejorar esta gestión, imprescindible, y con unos resultados, a mi juicio, extraordinarios. Actualmente ésto ya no existe, el Consejo Interterritorial (CI) no tiene este capítulo como algo primordial, los diecisiete consejeros legislan, decretan según su entender y necesidad, muchas veces a golpe de presión sindical, de conflicto local. Así, por ejemplo, se convocan concursos de traslados sin ninguna coordinación entre las diferentes autonomías, o se conceden días de permiso sin medir la repercusión asistencial, organizativa y, por supuesto, económica. ¿Cuántas veces hemos tenido que disponer de una plétora de administrativos/as para desconvocar citas de pacientes y contratar personal para cubrir las carencias que provocaban estas medidas no planificadas? (Anexo II).

Y evidentemente los agravios comparativos en políticas de personal con el INSALUD, de existir, podrían darse con Catalunya. Con las transferencias los agravios comparativos entre comunidades autónomas son extraordinariamente lesivos (el “y tú más”).

Hoy los sindicatos con implantación nacional tienen la capacidad de observar los agravios comparativos, no solo entre comunidades, incluso también entre los diferentes centros de la misma comunidad autónoma, que aunque parezca inaudito ocurren. Esto les capacita como agentes reguladores en alza.

En mi andadura por diferentes comunidades he podido observar la diversidad en las formas de retribuciones por tareas realizadas fuera del horario laboral, sin control de la actividad de la jornada normal, niveles de absentismo más allá de lo comprensible, permisos, cobros irregulares del complemento de exclusividad ejerciendo la actividad privada, selección de personal con dudosa transparencia, dotaciones de personal para hacer alguna tarea que eran tantos que se molestaban unos a otros, etc. Situaciones, en fin, de difícil gobierno y que contravienen cualquier principio de “organización racional”. Es lo que se puede denominar *quiebra del principio básico de coherencia organizacional, de disciplina, de respeto*.

Es necesario citar la utilización ocasional del Cuerpo de Inspectores Médicos, ocupado en determinadas circunstancias para realizar informaciones previas y expedientes disciplinarios que pueden, según la conveniencia y desidia del poderoso de turno, ser guardados en un cajón a la espera de su caducidad. Estas negligencias corroen el principio de coherencia de cualquier organización, máxime cuando la denuncia es evidenciada por los mismos miembros de la organización.

2. INFRAESTRUCTURAS, CONSTRUCCIÓN Y RENOVACIÓN DE EDIFICIOS Y OTRAS INSTALACIONES.

El INSALUD disponía de un departamento dedicado únicamente a esta importante labor, lo que denota la importancia que a este capítulo se le prestaba. En una primera época estas funciones de gestión de infraestructuras fueron asumidas por la Gerencia de Obras, Infraestructuras y Suministros (GOIS) para posteriormente hacerse cargo de las mismas la Subdirección General de Obras, Instalaciones y Suministros (SGOIS), que se dedicaba desde el estudio de las necesidades de la dotación de ese nuevo centro, o de su renovación, pasando por el encargo a un estudio de arquitectura, de los varios especializados que habían formalizado un contrato de prestación y distribuidos por

grupos (solían ser arquitectos que tenían concertados, cuestión ésta muy controvertida), de la redacción del oportuno proyecto, concurso público para la adjudicación de obras y dirección, y su correspondiente seguimiento y certificación de la ejecución.

El proceso era relativamente complicado, y en gran medida estaba basado en la pericia del Director Provincial, en la realización de los informes de necesidad, y en la oportunidad para la provisión presupuestaria. Todo ello sometido al criterio de prioridad según las necesidades de cada provincia, de cada área de salud, supervisado por una Dirección General y sometido a que el Consejo de Dirección del INSALUD lo aprobase para que, posteriormente, se sometiese a la posible aprobación del Ministerio. No es ningún secreto que los grandes hospitales de Madrid, quizás por su cercanía y accesibilidad al órgano de decisión y en los que se centraba la referencia nacional de muchas patologías (por ejemplo en el Hospital Universitario de La Paz se trataba a todos los pacientes hemofílicos del Estado), acaparaban un porcentaje significativo de la distribución de los créditos de inversiones.

Se tenían unos presupuestos muy ajustados y los edificios que se habían recibido del extinto Instituto Nacional de Previsión (INP) necesitaban reparaciones importantes, que en la mayoría de las veces había que realizar por el “trámite de urgencia”, es decir, que la previsión presupuestaria en muchos casos, y por estas circunstancias, se veía seriamente alterada.

Los gerentes, los equipos directivos, conjuntamente con los responsables de los servicios, jugaban una parte fundamental en el Diseño del Plan Funcional, así como en el seguimiento, a distancia, de la obra. Confieso que esto, con mis compañeros de dirección, lo utilizamos para realizar cambios en la organización de mucho calado, donde crear espacios laborales confortables que favorecían el entorno de tratamiento de los pacientes fue muy gratificante. El hacer partícipes a los responsables de los servicios y el mantener informada a toda la plantilla del centro, así como a la población, brinda la oportunidad de mantener una relación directa a través de elementos tangibles; los interlocutores son conscientes de la necesidad de hacer estos cambios organizativos y de planificar las obras cuidando según qué aspectos, para que la calidad asistencial no se vea deteriorada. Para ello siempre

contamos con los equipos de Medicina Preventiva que fueron, en muchas ocasiones, auténticos agentes de cambio, a ellos mi reconocimiento por la implicación y el interés que pusieron.

También hay que tener en cuenta que la construcción de un nuevo hospital no era ni mucho menos un asunto baladí, se estudiaba y discutía hasta tener las actuaciones bien planificadas conjuntamente con la suficiencia presupuestaria, no solo para su construcción sino también para las anualidades correspondientes que suponían la dotación de todas las instalaciones y las consecutivas partidas presupuestarias para su funcionamiento futuro, esto es el importante Capítulo II de Presupuesto de Gastos. Los intereses localistas y autonómicos quedaban en eso, en intereses que eran dirimidos en el Consejo de Dirección del INSALUD.

3. DOTACIONES DE ALTA TECNOLOGÍA.

La incorporación de alta tecnología con equipos muy costosos y sofisticados, que acarrearán cuotas periódicas de mantenimiento y que requieren personal muy especializado así como obras, instalaciones singulares para albergarlos, fueron objeto de estudios muy pormenorizados, buscando lugares estratégicos donde los pacientes pudiesen acudir con cierta comodidad.

Estos equipos eran adquiridos centralizada y directamente por los servicios centrales del propio INSALUD, a través del GOIS (Subdirección de Obras, Instalaciones y Suministros), a los que ya he aludido anteriormente. Hay que tener en cuenta el alto coste y sofisticación técnica de este equipamiento, que justificaban plenamente la intervención directa de los órganos gestores superiores del INSALUD, lo que suponía, entre otras ventajas, la utilización de unos mismos criterios en todo el proceso de adquisición, independientemente de las ventajas competitivas, al tratarse de grandes volúmenes de compra.

Las escasas dotaciones económicas que en un principio había fueron creciendo de forma espectacular, y la cooperación de proveedores con el INSALUD fue una experiencia que marcó un hito en la política de adquisiciones. Los acuerdos que desde el comienzo se fueron regularizando, como por ejemplo

los equipos de hemodiálisis, radiología y aceleradores lineales, se hicieron a través de concursos públicos en los que la coordinación con los especialistas, tanto para elegir lugar geográfico, como para la formación de personal, o la población crítica a asistir, fue crucial para empezar a desplegar una gran red tecnológica asistencial, donde se concentraban equipos humanos con experiencia, y las instalaciones tenían una programación de actividad intensiva en la mayoría de los casos.

Con ello nacen equipos de referencia, que generan conocimiento y escuela de formación. Quien más se favorecía era Madrid, pues en los años ochenta y hasta mediados de los noventa, por la concentración de equipos de especialistas e infraestructuras hospitalarias, entre otras razones, tuvo una atracción especial en las inversiones.

Cuántas conversaciones y enseñanzas me proporcionaron el Dr. José Luis Ortega y la Dra. María Luisa Olivares, conocedores y expertos de su ámbito de responsabilidad.

4. POLÍTICA DE ADQUISICIONES.

Una gran y compleja organización como la que gobernaba el INSALUD, tardó, y con muchas dificultades, en encontrar un espacio donde pudiese desarrollar políticas de compras coordinadas con las necesidades de todo el territorio, y ello con la precariedad de los sistemas informáticos y el celo de los centros por no quedar desabastecidos en momentos puntuales. Parecía una barrera infranqueable, máxime teniendo en cuenta que la implantación de la informática empieza a tener cierta estructura a finales de los años 90.

La complejidad de las dificultades que se encontraban era múltiple. Una de ellas, que no era baladí, fue el cómo se denominaba a cada producto, cómo se medían las unidades, cuál era el volumen de cada unidad. Así, por ejemplo, en algún centro me encontré más de treinta y cinco mil productos diferentes, y en muchas ocasiones el mismo producto tenía cinco o más denominaciones.

En los últimos años del INSALUD ya estaba a punto de totalizar la confección de un catálogo de productos, así como de efectuar los primeros concursos

de “denominación de tipo”. Esta clase de concursos, donde se especificaba mediante pliegos técnicos las calidades, especificaciones muy concretas, así como las condiciones administrativas, cerraban las posibilidades a cualquier ocurrencia y forma peculiar de sacar el concurso, siendo el formato general para todo el territorio INSALUD. Ahorraba tiempo y dinero, y así se contó con el beneplácito de todos los proveedores serios que tenía la sanidad. Estos participaban de forma leal y consciente, facilitándoles las previsiones de suministro anuales y los márgenes de negociación y elección de productos a cada centro.

Este papel tan importante, que en los últimos años logró encauzar el INSALUD, y hecho realidad gracias al entusiasmo de un grupo de excelencia formado por D^a Concepción Roch, D. Jesús Azuara y D. Javier Guijarro, se perdió, y con ello una extraordinaria base de datos conjunta de catálogos de productos y precios, al llegar justo el momento de las transferencias sanitarias.

En esta década de los noventa, y más acusadamente en su segunda mitad, el INSALUD apostó de forma decidida por la homologación de productos en todo el territorio gestionado por él, a excepción de Catalunya. Para ello y siempre dentro del marco jurídico de la legislación de contratos administrativos que regía en cada momento, impulsó los contratos de “denominación de tipo”, que posteriormente fueron sustituidos por “adopciones de tipo” y finalmente “acuerdos marco”. La idea común de todos ellos era la de homologar artículos agrupados por familias de productos de gran consumo y por periodos de tiempo entre dos y seis años, según la naturaleza de los mismos. De esta forma todos los centros sanitarios de la red adquirirían unos productos homologados desde el punto de vista técnico, con unas características igualmente homologadas, y a precios de máximo de referencia fijados de antemano a través del correspondiente expediente administrativo convocado y resuelto por el INSALUD. Es importante destacar que, además de las ventajas citadas, los centros veían disminuir considerablemente la carga administrativa que supone el proceso de adquisición de productos sanitarios, por lo que esta iniciativa fue muy bien acogida en todos los centros. También hay que mencionar la colaboración de los grandes y medianos proveedores a estas iniciativas, que a la postre gozaron de un alto grado de consenso, incluidos, como no podía ser de otra forma, los distintos grupos de profesionales (expertos), sanitarios y no sanitarios, especialmente conocedores y usuarios de los productos.

5. CUADRO DE MANDOS.

La existencia de un Cuadro de Mandos (C.M.) que se había puesto en marcha, con grandes esfuerzos en la época en que estaba de Director General el Dr. Adolfo Marqués (lo llamábamos el “*libro del Marqués*”), era el registro de toda la actividad clínica que tenía cada centro, una extraordinaria información con toda la actividad pormenorizada. Contemplaba desde la actividad por quirófano, número de pacientes atendidos por especialidad, consultas de enfermería, número de camas activas, medias de cada uno de los conceptos, entradas y salidas de pacientes ingresados, hasta la actividad de cada local por patologías y especialidad.

Era un compendio que, a final de cada año, agrupaba la información de la actividad de todos los centros hospitalarios, y que permitía ir desde la información más general a la más minuciosa. Medía, comparaba y, lo que era más importante, constituía una fuente de información clínica especialmente relevante. Aportaba datos históricos del conjunto general del territorio, marcaba tendencias, necesidades de la población en todas y cada una de las áreas del territorio INSALUD y que, conjuntamente con la explotación de la codificación (CIE 9), ofrecía datos esenciales, tanto desde el punto de vista epidemiológico como de salud pública. Evidenciaba la calidad sanitaria que se estaba proporcionando a los ciudadanos, y ofrecía conocimiento a nivel estadístico y aportaba criterio en la **toma de decisiones**. La importancia de la acumulación de estos datos a nivel de todo el Estado, como aporte a **la investigación más seria y rigurosa**, es importantísima.

Otro archivo que se había completado era el concerniente a todo el consumo y gasto de los productos farmacéuticos de cada centro, así como el número de determinaciones, reactivos consumidos, equipos de laboratorio, sistemas informáticos implantados por empresas privadas en cada centro, etc. Esta fue una labor admirablemente realizada desde los servicios centrales por la Dra. Guillermina Barbera.

El cruce de toda esta información, conjuntamente con el número de analíticas, pruebas de laboratorio, fármacos dispensados, tipos y número de pruebas de anatomía patológica, inmunología, radiología, genética, pruebas derivadas a

laboratorios privados, etc., era un logro de información que en la perspectiva de todo el territorio INSALUD daba una visión estratégica de gestión, en calidad y gasto, que abarcaba un porcentaje muy importante del capítulo II de gastos generales.

Otra pérdida, secundaria respecto a la anterior, pero también irreparable, fue la del C.M. de gestión económica, que permitía conocer en qué se gastaba el dinero y los resultados que daba ese gasto. El abanico de información iba desde el importe presupuestario por epígrafe, hasta el número de kilos de ropa lavada, toneladas por cada tipo de basura, gasto energético, etc. Se perdió la oportunidad de hacer un convenio marco general para el consumo energético.

Otro de los avances en la gestión fue el estudio e implantación de los Grupos Relacionados por Diagnósticos (GRD), sistema por el cual se pueden agrupar pacientes por patologías y de esa forma establecer los costes de acuerdo a la casuística de la agrupación. Tarea que, gracias al tesón y conocimiento del Dr. Josep Esteban y sus colaboradores, permitió, entre otras muchas aplicaciones, poner precio a las actuaciones médico-quirúrgicas que eran la base para la concurrencia pública de clínicas privadas que optaban a los concursos, para intervenir a pacientes con determinadas patologías.

Todo ello componía un panel de información que capacitaba a este Instituto para disponer de conocimiento compartido, importantísimo y modélico en el panorama de la gestión del Estado. Con toda esta información, hablar de la calidad asistencial no era tan solo una entelequia, era coadyuvar a la cohesión del Sistema.

6. – TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC).

Con muchas, con demasiadas dificultades, la carrera de la informática en el SNS fue creciendo con decisiones más y menos afortunadas, con engaños de proveedores voraces por acaparar un mercado extraordinario que se dibujaba, y se dibuja aún hoy, con la esperanza de tener un cliente cautivo, con unos presupuestos millonarios y con la fuerza crítica y estratégica que supone tener dominio en este sector.

Las complicaciones son de una repercusión trascendental en una organización tan amplia, tan sumamente compleja, donde no es tan solo la informática de gestión administrativa y clínica, donde está directamente involucrada la informática de “las cosas”. Así, cada fabricante desarrolla su software (desde el software de un aparato de RX, angiógrafo, analizadores, hasta los sistemas de control de aires acondicionado). Además, el universo de usuarios está compuesto por personas habituadas al papel y al bolígrafo (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de mantenimiento, administración...). Fue un cambio muy costoso, de una repercusión sociolaboral y asistencial muy importante. Lo que pudo ser el inicio, un eslabón, una palanca importante para el cambio organizacional con la intervención de consultoría de procesos, por ejemplo, quedó en una implantación frente a la resistencia, en un “no tengo tiempo para estas historias”, que me lo haga la enfermera o el médico residente que es más joven y entiende de esto. Ello, unido a la escasez de aula abierta de aprendizaje continuo, fue una sangría económica por la pérdida incalculable del tiempo de los clínicos.

Esta situación fue soportada por toda la organización sanitaria, por todas las personas que imprescindiblemente, a diario, lo tenían que utilizar, a pesar de los diferentes proveedores, que actualmente continúan materializando un descontrol del que sacan importantes beneficios, y les da un dominio de la situación. Ello acreditado por decisiones políticas faltas de rigor y desoyendo muchas veces los consejos de los expertos informáticos que forman parte de la plantilla y que no tienen intereses fuera del sistema. También es cierto que con la acumulación de desafortunadas decisiones que históricamente se fueron cometiendo, en ocasiones, se ven abocados a seguir siendo cómplices del calvario desatado.

He tenido que ser testigo, y cómplice en la medida que me correspondía, así como víctima de disgustos serios, y en alguna ocasión me consta que el denunciar el contrato con la empresa provocó mi cese. Empresas sin experiencia en el campo sanitario llegaron a adquirir un poder omnímodo. Algunas de ellas se implantaron en nuestro sector sin tener conocimiento de nuestras necesidades, sin manejar conceptos básicos, y trasladando experiencias ajenas a nuestro peculiar ámbito sanitario, en donde no se perseguía la facturación a los clientes de cada acto sanitario. Eran empresas extranjeras que acu-

mularon información utilizando personal ajeno al mundo sanitario; tras unos cursos de disciplina, donde se les inculcaba no condescender con los usuarios, y con unos sueldos precarios, los recién licenciados tomaban nota de los criterios que se les daban, (terminología totalmente novedosa para ellos). En el proceso de las sucesivas y reiteradas reuniones con los profesionales sanitarios, de admisiones, de administración, clínicos, acabaron aprendiendo la diversidad de procesos interdependientes, tejido con flujos de información sumamente complejos. Se les transmitió una valiosa experiencia acumulada por los profesionales, expertos, de la sanidad pública. El tiempo que estos expertos invirtieron en estas reuniones es el coste más elevado de la implantación informática, aspecto que lamentablemente nunca se ha valorado.

El Ministerio de Sanidad ha sido correa de transmisión para conseguir más y más créditos y subvenciones de la Unión Europea (UE), para alimentar en muchas ocasiones los consejos de administración de estas multinacionales.

De todas las aplicaciones que se iniciaron con el Plan DIAS puestas en marcha por el INSALUD, lo fundamental fue la experiencia adquirida, que propició un gran cambio tecnológico. No obstante, el hecho de que generalmente los proveedores no facilitasen la conectividad entre los diferentes lenguajes informáticos implicó que esta laguna fuera suplida por el ingenio y conocimiento del personal del sistema sanitario, la propia plantilla realizó desarrollos informáticos independientes genuinos. La negativa a que diferentes programas se comunicasen, como por ejemplo los de farmacia, laboratorios y radiología, mantuvo a jirones la historia clínica, obligando al facultativo a revisar diferentes archivos, perdiendo tiempo y advirtiendo la posibilidad de errores. La conectividad de las plataformas informáticas fue un grave problema.

Asimismo, la amenaza que representaba el 1 de enero del 2000, “Efecto 2000”, en nuestro ámbito sanitario fue un éxito, sirvió para demostrar la complejidad de la organización sanitaria, así como la disciplina organizativa existente. A este respecto, el INSALUD lideró este cambio de forma ejemplar. Y dicho sea de paso, muchas Administraciones empezaron a enterarse que la informática sanitaria, aparte de ser delicadamente confidencial, es la más compleja en cuanto al número de actores y de información de todo el Estado.

En esta exposición he tratado de describir algunas de las múltiples funciones ejercidas por el INSALUD, y sin duda faltan muchas tareas que desarrollaba este organismo centralizador y de cohesión. En el 2001, con las transferencias sanitarias, comienza el desmantelamiento del INSALUD y con ello se pierde toda la valiosa información y la experiencia acumulada durante décadas, dando paso – permítanme la ironía – al pensamiento innovador que brillaba en cada Comunidad Autónoma.

En este sentido, recuerdo cómo una consejería de Administración Pública se impone con un “¡ahora os vais a enterar quién manda aquí!”, dictando la orden de “no contratar a ninguna persona sin su autorización”. Se respondió con un escrito al inmediato superior para preguntar cuestiones como quién estaría encargado de autorizar o desautorizar la contratación durante los fines de semana si alguien se ponía enferma/o en alguno de los turnos. Poco a poco fueron concedores del funcionamiento de esta organización y fueron comprendiendo que ni eran formas ni estaban capacitados para gobernar con “manu militari”. Lo mismo ocurrió con las autorizaciones para pagos o compras menores. Este simple ejemplo denota las capacidades asistémicas que se fueron imponiendo, estilos que caracterizaban otras decisiones importantes que tienen más calado, y de consecuencias adversas, aunque hay que reconocer que en este neocentralismo no todo fue negativo.

6

LA REALIDAD TRANSFERIDA

En un principio, los equipos directivos de los centros pasaron a tener continuas injerencias y desautorizaciones, aquello de “*Madrid no lo autoriza*” se terminaba, y desde la proximidad fueron creciendo las actitudes del “*ésto lo arreglo yo*”, “*de lo mío qué*”, “*ponme o nómbrame a fulanito*”, “*compra este aparato que el cardiólogo de mi padre dice que es imprescindible*”. Situaciones que se fueron aminorando según se advertían las imposibilidades de complacer mezquinos deseos que estaban más cerca de un dominio feudal que de necesidades de una organización inteligente. Algunas de estas autoridades que se dejaban aconsejar se daban cuenta de que quienes les “*calentaban los oídos*” no eran más que pescadores de aguas turbulentas. Este proceder lo describe perfectamente Max Weber (1954) en su definición general de la organización como relación entre gobernantes y gobernados.

Y en esa turbulenta situación, y producto de la disposición política de transferir las competencias en esta materia con el afán de librarse claramente de los problemas políticos que ocasiona la Sanidad, tras negociaciones con cada una de las Comunidades Autónomas, se les otorga presupuesto, que no se consigna como finalista, es decir, que cabe la posibilidad de ser utilizado para otros gastos. El resultado fue de descontento general, ante una financiación insuficiente que había sido calculada sobre la consolidación presupuestaria de los dos ejercicios anteriores. Esto inducía a que la financiación dependiera en gran medida de la capacidad financiera de cada autonomía, sumando o restando a los porcentajes que aportaba el Estado, marcado por la Ley Presupuestaria de cada ejercicio (Anexo I).

ALGUNAS GRIETAS EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

A pesar de los continuos ataques a su sostenibilidad, a continuación trataré de exponer las que, a mi juicio, son las brechas del Sistema, a pesar de las cuales la Organización Sanitaria sigue funcionando.

- El **miedo a los conflictos**, la inexperiencia, el desconocimiento de la gestión sanitaria, el afán de los dirigentes autonómicos por gestionar lo que no conocen y, en muchos casos, a los dictados de políticas cortoplacistas, huyendo de enfrentamientos con propuestas de futuros prometedores envueltas del buenismo y lo “*orgulloso que estoy de todos vosotros*”, generan que decisiones obvias y muy necesarias, de trascendencia vital para la organización, se circunvalen, se parcheen, produciéndose una falsa solución, dejando al verdadero problema pudriéndose en las agendas políticas. Los pacientes asisten temerosos esperando un diagnóstico, una terapia, escuchando las acusaciones de los adversarios políticos que hacen de la sanidad instrumento de erosión y desgaste del partido que ostenta el poder, dando como resultado la desautorización a la razón de criterios organizativos básicos, aumentando el deterioro paulatino del SNS. Sin embargo, algunas decisiones adoptadas desde la cercanía geográfica, ajustándose a la realidad de las necesidades de la población, fueron muy buenas. Así, por ejemplo, ajustar isócronas de los pacientes en terapia de hemodiálisis, rebajando los tiempos de desplazamientos.
- Con esta orquestación, como dice el Dr. Pedro Sabando Suárez (2005), “*los Colegios Profesionales y las Sociedades Científicas, más allá de cualquier responsabilidad, imputan únicamente a los gobiernos todos los problemas. Podría decirse que los principales agentes del Sistema Sanitario público tienen una fuerte desafección respecto al mismo que contrasta con la posición estratégica de la que gozan a la hora de colaborar en su gobierno y mejora*”. La interlocución con estas instituciones en sobradas ocasiones es interesada y de intercambio, induciendo y obteniendo concesiones que acaban perjudicando a la organización sanitaria, y que con la correa de transmisión del sindicato médico adquiere un protagonismo de fuerte influencia en las decisiones de cada Consejería de Sanidad.
- Si los sindicatos tienen un papel estratégico, como pilar de control, no interiorizan los problemas que se pueden resolver fuera de la amenaza y el conflicto permanente. Desde el pedestal de la empresa pública y con la legislación existente, dan cabida en algunas ocasiones a la sinrazón, como decía anteriormente. Un ejemplo es la Carrera Profesional, que se vilipendió a causa de la presión sindical y pasó de ser una retribución por el reconocimiento a la dedicación por persona, al conocimiento, a la responsabilidad, y a los méritos reconocidos singular y objetivamente, a ser una retribución que se aplicara de forma generalizada a todos los miembros de cada estamento, pasando a ser una subida salarial sin más. Este fue un logro sindical que frustró a los profesionales que esperaban ese reconocimiento por su buen hacer, a la responsabilidad, a la dedicación, no tanto por su aspecto económico sino por la consideración que conllevaba el saberse reconocido.
- La dejación de la planificación, poniendo el foco en otros asuntos, es una recurrente justificación en la toma de decisiones que no ataja los problemas frontalmente. Los problemas que acarrea la improvisación no se notan en el hoy, en el ahora. **Cuando no se planifica, se está planificando el error**, se está dejando y creando conflictos al que venga detrás, y cuantos más años pasan más se acumulan, más desbordantes se hacen.
- Cabe destacar, en este sentido, la falta de datos para establecer el número de profesionales por habitante comparado entre comunidades, o el número de especialistas que se necesitarán, así como otra serie de datos de fuente fiable, que me hacen recurrir a generalidades, basadas en datos históricos, que en sanidad más de un año nos indica tendencias, pero no lo que está ocurriendo en el momento que se precise. Y sin estos datos es imposible planificar, hacer previsiones de la demanda de especialidades médicas, de enfermería y de otras profesiones, para poder ofertar formación a los futuros profesionales en función de necesidades inminentes. Actualmente, con las tecnologías que poseemos se podría saber perfectamente la cantidad de especialistas que cada comunidad demanda; de médicos, de enfermeras, o de informáticos (aunque en sanidad **aún** no se reconoce ninguna especialidad no sanitaria). Existe el Real Decreto 640/2014 por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios que está paralizado, que no se ha puesto en marcha, y lo que hay no está actualizado.

- La relevancia ministerial en este aspecto es escasa, y el interés de los últimos gobiernos por la sanidad solo aflora cuando hay algún desastre. De no ser así, parece que la consigna es no actuar, dilatar cualquier asunto concerniente a este ámbito.
- Cada Comunidad Autónoma observará con estupor el censo de profesionales por edades, viendo la avalancha de jubilaciones que se le vienen encima y sin haber previsto el número de especialistas que se necesitarán. Los habrá que piensen que con el “Brexit” igual pueden sacarnos del apuro los jóvenes especialistas que formamos y se han visto forzados a emigrar.
- La falta de coordinación, de acuerdos, entre las 17 comunidades autónomas, implica la existencia de diferencias sustanciales en lo que respecta a la jornada laboral, entre lo que dice el BOE y lo que se aplica en cada una de las comunidades autónomas. Entre los días de libre disposición, los libres por antigüedad, descansos de guardia, días por traslado, etc., deberían de poder computarse 1.635 h/año, teniendo en cuenta que este es bisiestro. Hacer un análisis comparativo entre las diferentes Consejerías es tarea imposible que está fuera de mi alcance, pues ya lo es calcular el tiempo real trabajado entre los diferentes centros de una sola comunidad (Anexo II). Esto significa una sangría económica muy importante, a la par de generar agravios comparativos entre personas y organizaciones de la misma sociedad, causando un descrédito muy lesivo. Todo ello, unido a la discontinuidad en las tareas que realizan, la sustitución en caso de que asuma otro profesional la tarea, es también tremendamente disfuncional para la organización y para el paciente.
- La **falta de criterios organizativos**, de establecimiento de procesos para el Gobierno Clínico, es una fuente de despilfarro de tiempos, que acarrear disfunciones en la atención al paciente y, en muchas ocasiones, desespera a los profesionales que perseveran en su responsabilidad, observando cómo se resiente la calidad asistencial, repercutiendo directamente en la atención al paciente, elevando considerablemente los costes de los procesos. La desconexión entre médicos y servicios genera tensiones y descontrol, pero en el caso de las especialidades hospitalarias y atención primaria, en la mayoría de los casos, es una constante lamentable, más aún cuando se

percibe como algo natural, una causa perdida, inherente al modelo organizativo. Con mucha frecuencia los servicios centrales, radiología, anatomía patológica, rehabilitación, laboratorios en general, etc., son servicios que en demasiadas ocasiones se ven colapsados, bien por tener una mala organización interna, o bien, y lo que es también muy importante, por las peticiones que deberían objetivarse y ser consideradas como innecesarias, casos de radiología y análisis clínicos entre los más destacados.

- Junto a lo anterior, está el dimensionamiento de estos servicios así como su concentración en los hospitales, los servicios de Atención Primaria, que están desprovistos, por regla general, de equipamiento diagnóstico, que ahorraría tiempo, dinero y molestias a los pacientes y a la organización.
- Otro ejemplo de pérdidas es la desprogramación de quirófanos, pacientes que no comparecen a la hora de ser intervenidos, olvidos de avisar a tiempo, la falta de previsión estratégica para sustituir ausencias por otro paciente, equipos de profesionales con tiempos baldíos, no operar al paciente citado supone no intervenir a otro y tendrán que operar al paciente olvidado/olvidadizo. Esto supone unos costes nada despreciables, como también lo suponen los pacientes que no acuden a la cita de sus consultas. Según mi experiencia esta casuística puede llegar como mínimo a un 11% de la actividad.
- A mi entender, también estos apartados son la causa de **fugas presupuestarias** muy significativas en el SNS.
- Otros servicios, no propiamente sanitarios pero que cada vez cobran una importancia mayor, son los que realiza el departamento de trabajo social, la conexión con todos los dispositivos sociales comunitarios se hace esencial. Pacientes que son dados de alta y se remiten a su domicilio en el que no existe la compañía necesaria para continuar con los cuidados necesarios propios del hogar, alimentación, aseo, dispensación de la medicación, etc., acarrea reingresos simplemente por la falta de compañía y atención adecuada. Los mecanismos existen, pero son insuficientes. Las Consejerías de Bienestar Social alertan continuamente sobre las carencias que detectan en toda esta demanda, y los facultativos y enfermeras saben que determinados pacientes cuando son alta hospitalaria difícilmente recibirán la atención necesaria en su domicilio.

- La organización hospitalaria es consciente de que la estancia de un paciente es para tratar dolencias, para curar, para cuidar, pero existen límites que están difuminados, y la derivación de pacientes con dependencias a sus domicilios, en no pocas ocasiones, queda a expensas del factor humano, que debe actuar necesariamente. El equipo asistencial y el trabajador social en muchas ocasiones carecen de medios para asegurar los cuidados necesarios en el lugar adecuado.
- La **innovación** en fármacos, en tecnologías, en medicina predictiva, es imparable y de obligada aceptación dentro del SNS, **previo estudio de coste-efectividad** efectuado por profesionales acreditados. La simple disminución de los precios por decreto no es la solución para controlar el gasto, máxime cuando se obvia el análisis sobre la utilización adecuada de estos fármacos y se carece, en general, de protocolos de uso y órganos de control.
- La necesidad de establecer protocolos de uso racional del medicamento, de evidenciar el uso de tratamientos efectivos distinguiéndolos de los que no lo son, bajo la revisión y vigilancia de su aplicación, es imprescindible para salvaguardar la calidad terapéutica a los pacientes. Evitar los tratamientos iatrogénicos y revisar la polimedicación debe de ser un hábito que redunde en la calidad asistencial y por añadidura en el ahorro sanitario.
- En este apartado no puedo dejar de evidenciar la importancia que tiene la **historia clínica**. La calidad, el buen hacer médico, sanitario, se fundamenta en gran medida en este soporte. La implantación de los programas informáticos, sin duda, ha sido un avance importantísimo, pero el que su accesibilidad sea clara, ágil y ofrezca un extracto de los diferentes cursos clínicos es otro asunto que en muchos casos está pendiente de resolver, y que es otra sangría de tiempos y dinero.
- La utilización **de técnicas diagnósticas y terapéuticas** es una continua deuda clínica que siempre estará pendiente de un debate de alternativas a definir por las profesiones afectadas. Se comenta, pero se aborda con dictámenes que ni orientan, ni dan seguridad al clínico, son ineficaces. Menciono como ejemplo cuestiones que algunos especialistas ponen en duda, como son la radiología preoperatoria rutinaria, la edad del cribado de mama, los cribados de cáncer colorrectal que cada comunidad ha puesto

en marcha, la reiteración de estudios analíticos, determinaciones como la PSA que se ha demostrado que informa dudosamente sobre el cáncer de próstata, son ejemplos que ponen en evidencia la disparidad de criterios y, sobre todo, la variabilidad de la práctica clínica en asuntos que cuentan con sobrada evidencia científica.

- Otra fuente de deslegitimación del Sistema se encuentra en **la legislación** (y su aplicación a la práctica administrativa), fundamentalmente laboral, incorporada por cada una de las Comunidades Autónomas, obligando a que en muchas ocasiones los juzgados ocupen un espacio demasiado amplio en la regulación de la gestión sanitaria, a consecuencia de los errores en la aplicación de las normas.
- Como es natural, los cambios habidos en nuestra sociedad desde la desaparición del INSALUD han sido notables; entre ellos se encuentran los siguientes:
 1. El **descenso de la natalidad**, suplido en parte con el incremento de la población emigrante, población con costumbres y hábitos culturales diferentes.
 2. El **incremento de la esperanza de vida**, que incorpora una nueva población, el paciente crónico, con unas exigencias, demandas y nuevas expectativas de atención sanitaria. La utilización de los sistemas informáticos de comunicación y seguimiento se hacen indispensables de cara a conseguir una atención de calidad a esta población, en la que el riesgo de la polimedicación es notorio, dadas las diversas patologías crónicas que padece. La demanda asistencial crece año a año entre un cuatro y un cinco por ciento.
 3. Los **hábitos alimentarios** poco saludables que amenazan a la población infantil, con la aparición de nuevas patologías, así como las alérgicas y todas las derivadas de un medio ambiente nocivo en ausencia de **políticas no saludables** (patologías emergentes).
 4. La **estructura de la familia** ha cambiado, incrementándose la demanda de la atención geriátrica, y en ausencia de dispositivos sociales seguirá la inadecuada demanda de cuidados a la Sanidad Pública, no siendo la hospitalización el ámbito adecuado, pudiendo ser incluso adverso en consonancia con la atención que requiere este colectivo.

5. Con las transferencias se esperaba una organización racional en las funciones entre Consejerías de Sanidad y Asuntos Sociales. Las medidas tomadas son escasas y de baja efectividad, estando aún la **coordinación sociosanitaria** pendiente de desarrollar.
6. La demanda de **Seguros Privados** sigue aumentando año a año, y con ello se incrementa el riesgo del sostenimiento de la Sanidad Pública, perdiendo el interés por defenderla fundamentalmente por las clases de rentas altas.
7. Cada vez se agudiza más la carencia de ciertas especialidades médicas, así como de enfermería. La **precariedad en el empleo** (contratos parciales, por guardias, vacaciones, sustituciones por enfermedad), incentiva la emigración de nuestros profesionales.
8. Las fundaciones, **institutos de investigación**, que cada Comunidad Autónoma ha creado a su libre albedrío, no sin cierta supervisión del Instituto de Salud Carlos III, ¿son la solución?
9. El **marco docente**, por un lado las facultades de medicina, por otro lado los programas MIR, FIR, PIR.... Comparativamente con otros países éramos un referente en esta formación, el tiempo pasa y la dejación en la actualización formativa es un hecho. El ambiente de estudio y de prácticas en los centros sanitarios está falto de entusiasmo; el desinterés y la falta de incentivos parece lo normal.
10. Los proveedores de servicios y de productos sanitarios se acercan a la organización con desconfianza, muchos ven en los concursos públicos el temor a que sus ofertas se vean postergadas, por mejoras pactadas con su competencia de antemano, que bordean los límites de la Ley de Contratos de la Administración Pública. El **proveedor tiene que ir integrándose**, en la medida que sea posible, en la cooperación organizativa, incluso **compartir el riesgo** en el éxito o fracaso de la utilización de sus productos.
11. La **medicina de familia** sigue estando postergada, solo está considerada con palabras grandilocuentes. Hoy se le exige al facultativo y a la enfermera unos roles que por sí solos tienen muchas dificultades para desarrollar, máxime con la grieta que se acrecienta entre el especialista

del Centro de Salud y el Hospital. La gerencia única de área es “un parche”, que por sí sola es inoperante. Donde no los hubiese deben regularse medidas de control y evaluación asistencial.

12. La **Salud Mental**, sigue siendo un barco a la deriva, cada comunidad apunta maneras diferentes de abordar los tratamientos. Considero este un asunto de calado especial, en tanto que habla de la preocupación o despreocupación social por asumirla, donde la opción está marcada por la ideología imperante en cada Comunidad. Unas optan por tener al paciente fuertemente medicado y aislado, en otras existe la preocupación por integrar al paciente en la sociedad con terapias de integración social. Este aspecto lo trataré pormenorizadamente más adelante, es muy relevante en cuanto que en él afloran los rasgos de interés por la forma de concebir a la persona en su entorno social.
13. El **gasto directo en sanidad** de los hogares españoles aumenta espectacularmente. En el año 2009 era ya de 18.907 millones de euros, pasando en 2014 a ser de 23.323 millones, (fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad): el incremento es del 23,36%. Con la aprobación del sistema de participación farmacéutica, mediante el Real Decreto Ley de 16/2012, la ciudadanía ha contribuido entre los años 2012-2014 con 4.281 millones de euros. Más que el ahorro aparente de este decreto parece, conjuntamente con otras medidas, que el copago ha comenzado.
14. Los **servicios de urgencias**, siguen aumentando su actividad de forma espectacular, son la principal entrada de pacientes a los hospitales. Las programaciones de actividad de los centros cada vez se ven más alteradas, lo cual evidencia la necesidad de programas de cambio en las formas de atención, y que evidencien calidad. Debe de estudiarse el aislar las urgencias en centros especialmente diseñados para esta atención, según volúmenes de población.
15. Los **conciertos con entidades privadas** en estos últimos años se han estabilizado por el efecto de la crisis, provocando un incremento en las listas de espera. En el año 2014 del presupuesto de la Sanidad Pública se ha dedicado a conciertos con entidades privadas 5.568.266.000

euros. Hay comunidades que han reducido las asignaciones en este capítulo, pero aún sigue siendo muy lesivo para la sanidad pública. Así, Catalunya pasó del 35% sobre el gasto total en el año 2004 a un 24,84% en el 2014. Conjuntamente con las comunidades autónomas de Illes Balears 11,68%, Madrid 11,66%, Canarias 10,39%, son las cuatro comunidades que dedican a la concertación privada más del 10% de su presupuesto (Fuente: *Estadística de Gasto Sanitario Público 2014*, M.S.S.I., publicada en 2016). Este sector se resiente por los bandazos en la oferta de cada ejercicio.

16. Surge la modalidad de **construcción de centros hospitalarios**, e incluso alguno de ellos incluye la gestión parcial de servicios (hostelería, mantenimiento, etc.) por contratación de obra pública, y también por contratación de servicio público en su totalidad, concesiones en un principio por 30 años. De esta forma se facilita la penetración de capital privado en las inversiones de edificios y en la gestión de los centros. También hubo intentos de privatizar la gestión de centros públicos a cambio de pagar cantidades muy superiores por habitante de lo que costaba la sanidad pública (no prosperó).

NUEVA SITUACIÓN. NECESIDAD DE ACTUALIZAR EL MODELO

La organización sanitaria pública tiene una historia consolidada y la más reciente, ineludiblemente, inserta en una sociedad que evoluciona con rapidez, a sobresaltos, y que incorpora necesidades de tipo asistencial, sociológico (el paro laboral, por ejemplo), técnico, farmacológico y tecnológico. Todo ello la impulsa a evolucionar, y sin duda lo está haciendo. Es patente que es una organización que evoluciona.

Esta evolución en sí misma necesita cambios que se efectúan en lo cotidiano, adaptaciones que generalmente son de “tipo espontáneo”, como las define Henry Sumner, que dan respuesta al problema que surge, a eventos que, tanto si están medianamente previstos como si no, dan lugar a la improvisación, no

tienen una acogida planificada. Las “soluciones espontáneas” en la organización, lo normal es que en su conjunto, a medio largo plazo, desestabilicen.

La línea de flotación del Servicio Público de Salud, a pesar de toda la experiencia y conocimiento acumulado, está lanzando alarmas continuas con registros agónicos. Aunque la organización sigue funcionando lo que antes eran críticas serias, desoídas, no atendidas (y no porque el interlocutor fuese torpe, sino por intereses de otro tipo, ajenos al procomún), ahora es falta de entusiasmo. En el seno de la organización, los profesionales se han encallecido, no responden a estímulos, la evidencia puede contra las ilusiones. Hay quien piensa que esto es solamente cuestión de dinero, sin duda ayuda, pero se confunden, estamos en otra época, el **inyectar sin sentido dinero en el sistema** no arregla nada sino que empeora. Como ejemplo más reciente el cómo se está aplicando el complemento salarial de la Carrera Profesional.

A continuación quiero expresar, sin lamentos, y con ánimo constructivo, y orgulloso del Sistema Público de Salud, lo que otros muchos observadores y con más autoridad que yo, han estudiado profundamente, y se han dedicado desde plataformas más amplias, como la universidad, la política, y sociedades científicas, a analizar desde un espectro más amplio. Haciendo un símil con las aves, ellos son aves de altura, y yo un simple gorrión que madrugaba para estar en el Hospital a las 7,45 h. y llegaba a casa a las 9 de la tarde a más tardar, con más problemas en la cabeza que los que había tratado de solucionar, y no por ello me arredro en expresarme.

¿POR DÓNDE EMPEZAR?, ¿por el paciente?, sí, por y para el paciente que, por ejemplo, está desde hace meses con una sonda, pendiente de una intervención quirúrgica, y su Médico de Familia lo manda al hospital a que reclame. Pues sí, por éste es por el que hay que empezar, y para ello necesariamente tenemos que bajar al basamento, al enunciado tan manido de problemas que padece el SNS, para que el ciudadano sienta realmente que le tratan en una organización que **trasmite valores, que le da seguridad, que se sienta cuidado y respetado**. Por ello creo necesario exponer los problemas y las posibles soluciones, sin olvidar el cometido esencial, el ciudadano y la sociedad.

En algunas ocasiones, miembros que componíamos el equipo de dirección salíamos por los ayuntamientos, previa convocatoria pública, a explicar lo que estábamos haciendo en el Hospital. Exponíamos las cifras, tanto económicas como de actividad asistencial, número de reclamaciones, personas que trabajábamos, etc., así como los problemas más comunes que existían, entre los que se encontraba la afluencia a urgencias, actividades que se desarrollaban, políticas sanitarias, docencia, que iban desde promover cooperativas de trabajo adaptadas para personas que padecen alguna incapacidad, dependientes, de salud mental con empresas colaboradoras que contratan a estas personas, a acciones de ahorro energético, o selección de residuos. Actos que discurrían en tono coloquial y donde se hacían todo tipo de preguntas. En todos ellos asistían personas de diferentes ideologías, ante la exposición del acontecer sanitario se mostraban perplejos y no comprendían la dinámica política de la denuncia pública, escandalosa e insensible, y sugerían la pregunta **“¿pero no se dan cuenta que la sanidad la queremos todos y que esa no es la forma de arreglarla?”** La pregunta no es ingenua, teniendo en cuenta el foro donde se desarrollaba, con personas que se molestaban en ir hasta un salón de actos, a última hora de la tarde, ciudadanos implicados, interesados en la situación **de nuestro hospital**. Los directivos les dejábamos bien claro que era nuestro lugar de trabajo y que todas las decisiones estaban dirigidas a una empresa que era de todos. Establecidos estos términos, las preguntas iban más allá de la experiencia personal “del a mí me pasó esto o lo otro”, éstas eran las menos. La preocupación por el futuro de la sanidad en la población es real, la inseguridad existe y no es baladí, no se comprende cómo no hay acuerdos para que evolucione y se asegure su viabilidad, su sostenibilidad. En una de estas alocuciones un asistente lanzó un “sí se puede”, poniendo como ejemplo el Pacto de Toledo sobre las pensiones.

Ya es un hecho contrastado que a estas alturas de nuestra historia se sabe que *“la sanidad no da votos”*. ¿Habrà algún consejero de sanidad al que no le hubiesen dicho sus superiores, de esta u otra forma, “no nos metas en líos”, “cierra ese conflicto como puedas, pero rápido”?

Y es que la situación requiere con urgencia una **renovación de la Ley General de Sanidad**, hay que definir de nuevo un modelo asistencial, hacer otro planteamiento es andar con rodeos, y para ello cito textualmente a una perso-

nalidad excepcional, testigo del desarrollo de los acontecimientos dentro del SNS, estudioso observador de nuestra sociedad y un entusiasta en materializar dicha Ley, el Dr. Sabando Suárez, (el Anexo I reproduce la entrevista que me concedió en el verano de 2016); afirma:

“Las características que se consideran más importantes del proceso de descentralización sanitaria que ha tenido lugar en España de cara al mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad de la protección sanitaria son fundamentalmente dos:

Por una parte hay una base constitucional que me permitiría denominar como de abigarrada en cuanto que en la Constitución Española no hay un tratamiento unívoco del hecho sanitario, ya que en un capítulo se refiere a la sanidad e higiene (salud pública) y en otro hace referencia a la Seguridad Social en la cual se encontraba incluida la asistencia sanitaria cuando se aprobó la Constitución. Unas y otras materias han seguido caminos diferentes para su descentralización hasta completarla con el traspaso en diciembre del 2001 a las 17 comunidades autónomas.

Por otra parte, hemos abierto un proceso sin un modelo final definido, ni siquiera en la Ley General de Sanidad se estableció un diseño acabado del Sistema Sanitario Español en condiciones de descentralización completa, ya que a esa descentralización le falta el otro capítulo que es la forma de coordinación.

La actual situación se caracteriza por una definición ambigua de las responsabilidades y competencias de las administraciones centrales y autonómicas. Esa definición se ha ido deslizando en muchos capítulos, de tal manera que se han ido consolidando responsabilidades, incluso en materias de coordinación que tenía legalmente fijadas el Gobierno Central.

Una segunda característica es la falta de definición de los instrumentos de coordinación adecuados y necesarios para intervenir en una situación de descentralización completa de la gestión de los servicios sanitarios públicos, y un tercer aspecto es la reducción hasta casi su

desaparición de la participación estatal en la financiación de los servicios sanitarios en general y de instrumentos financieros específicos para intervenir en el mantenimiento de la universalidad y equidad de la protección sanitaria.”

Si hace unos años ya se vaticinaba que esta falta de coordinación podría desembocar en una situación de marasmo generalizado, ahora se constata de forma alarmante. El soporte ideológico de los gobernantes de cada Comunidad Autónoma amalgamado con el ambiente de crisis económica, da como resultado un “*que todo vale*”, donde la única respuesta aparente es la de los escasos brotes reivindicativos de movimientos ciudadanos ante el aparente adormecimiento sindical. La “Marea Blanca”, la “Verde” parece que ya son historia, y es que el acoso de las actuales **políticas neoliberales**, laminan con otros acontecimientos más llamativos, si cabe, lo que son reivindicaciones vitales de la sociedad, servicios que se consideran imprescindibles, que entrelazan a la sociedad con los valores que de ellos emanan, que generan bienestar, futuro para cada ciudadano, redistribuyen rentas, cultura, etc. Pero la Educación y la Sanidad cada vez se erosionan más y más, por el efecto del “chorro abrasivo” que ejercen la aprobación de leyes, decretos y actitudes del interés por no querer, por no atender, y no por el no saber, o por las presiones de poderes que interpretan lo económico con un “toque de campana” especial.

El fracaso de la Comisión Interterritorial es el máximo exponente de desacuerdos, de rivalidades políticas y de desmembración del SNS. Desafortunadamente, y con gesto de frustración, algunos consejeros me comentaban la pérdida de tiempo y de dinero que es el viajar a Madrid (salvo en algunas ocasiones que se reunieron en las comunidades) para la manifestación de desaires y desacuerdos. La influencia neoliberal hace que todo se argumente en un estado general de crisis, que los razonamientos que se difunden vayan calando con la amenaza de los temores, miedos que desnaturalizan los elementos primigenios. Es la naturaleza cansina de estas políticas de profesionales de siembra de la confusión, para que la sociedad cada vez más se desinhiba por lo público. Por eso creo que hay que repetir, seguir enunciando los problemas, aún a riesgo de que insistir en lo obvio sea cansino.

Por esto insisto en la necesidad de abordar una coordinación que se hace evidente, y debe contar con un amplio respaldo de todas las instituciones involucradas directamente. Revisar, reformar la Ley de Sanidad para salvaguardar los criterios de equidad y universalidad, se sobreentiende. Son derechos constitucionales que hay que respetar, ya no sirven evasivas de momentos políticos adecuados, aunque también lo tienen que ser para el éxito de su plasmación en la reforma de la actual Ley.

De esa reforma tiene que surgir un órgano coordinador con los instrumentos necesarios de disciplina, que con seguridad tendrán que ir ligados a condicionantes, incentivos económicos, fórmulas que incentiven acuerdos que relacionen lealtad con necesidad, que eviten promesas electorales, los miedos escénicos de las presiones locales que conducen a esperpénticas cesiones que desarrollan la sinrazón organizativa, que termina mermando la calidad del Sistema Público, el malestar entre profesionales y, en definitiva, la atención a la población.

Ejemplo de lo anterior, es la exhibición en campaña electoral de mega proyectos de hospitales, cuya arquitectura obliga a contemplar puestos de trabajo, mantenimientos, limpieza diaria, y gastos energéticos de difícil sostenimiento, a los que hay que añadir intereses de créditos portentosos que tendrán que seguir pagando las generaciones futuras. Endeudamientos inauditos que merman la capacidad de los capítulos de personal y gastos corrientes (v.g. nóminas, productos farmacéuticos, material sanitario y nuevas tecnologías). También es cierto que el banal rédito político se dilata con continuas inauguraciones, portadas de prensa, entrevistas, críticas ya preparadas de antemano con sabias respuesta, como: “*ese problema que me apunta ya no lo es, esas grandes distancias las cubriremos mediante robots*”, sistemas sofisticados con mantenimientos exclusivos, que hacen reo al cliente de facturas que crearían varios puestos de trabajo y ni eso, si los proyectos fuesen cabales y ajustados a las necesidades asistenciales. También hay que contemplar la desmembración de servicios para complacer demandas locales que acarrear baja calidad y altos costes.

Las actuaciones que se transmiten con este sistema de desdén instaurado, embauca durante muy poco tiempo a la población asistida, a los votantes, que

hoy ya empiezan a apreciar estos desmanes. Máxime cuando sea el caso de que esos edificios los construya una entidad financiera que cobra unas cuotas millonarias por su utilización, con una desviación evidente del presupuesto de la Sanidad Pública, al supuesto beneficio de corporaciones financieras. Y con frecuencia la revisión de los incrementos de precios que abocan a una situación obvia, negociar y pagar.

El noble oficio de cuidar a las personas, la noble tarea de dar salud a la salud, se ve envilecida por demasiadas acciones que empañan los valores de todas las personas que trabajan en la Sanidad Pública, organización señera dentro de nuestra sociedad. Por ello apunto a la necesidad de un órgano o varios, que coordinen, que controlen, que obliguen a cumplir sus decisiones, y que la sociedad capte de forma unívoca que se gestiona un *bien común*: con las premisas de la responsabilidad de los dignatarios se potenciará el fortalecimiento de valores tales como la honradez y el entusiasmo por hacer las cosas bien a la primera.

¿LA CRONIFICACIÓN DE PROBLEMAS TIENE SOLUCIÓN?

Cuando escribo estas letras, noto que sigo teniendo entusiasmo, sigo creyendo en las personas, en la nobleza de la organización del Sistema Público. ¿es una ilusión?... Puede ser.

La crisis que estamos padeciendo, producida por la especulación financiera, favorece que los intereses financieros vean en la sanidad una oportunidad de negocio, por otra parte lícita, pero que lamentablemente puede ir en detrimento del SNS, cuyo objetivo fundamental es el bienestar social. El SNS manejaba, ya en el año 2014, 66.634,2 millones de euros, cantidad que tiene una repercusión importante en la economía del país. Este volumen requiere una regeneración organizativa también impulsada por la situación de crisis. La dinámica económica que genera de por sí es importantísima, pero ha de ir dirigida a hacer el sistema rentable, más efectivo en sus dinámicas organizativas, y sin perder el norte de su finalidad social, donde el coste efectividad sea una constante de eficacia.

Crisis que está dejando al descubierto errores, que para algunos son invisibles – como en el cuento, la inmensa mayoría veía al Rey desnudo, pero los gentiles estaban en que no-, o miran para otro lado, desvían la atención capsulando los problemas y, en consecuencia, se justifican nuevas medidas de parcheo bajo la justificación de evitar terribles catástrofes.

En momentos como éstos es necesaria la reflexión, interiorizar críticamente, a cara descubierta, para prescindir de lo inútil, superando situaciones pasadas y viejas heridas. Las organizaciones siempre necesitan revisión, encontrar, innovar soluciones en las que sean también partícipes y protagonistas los que trabajan en ella, tener las normas claras, entendibles, sin ambigüedades, sin mentiras. En muchas ocasiones las soluciones están latentes en ellas mismas. El tener información, tomar decisiones, en las más de las ocasiones, incomoda a algunos, pero cuando la Misión es atender a la sociedad, al paciente, de la forma más correcta posible y con un coeficiente de calidad ajustada a la realidad, es necesario ser consecuente con el compromiso. Dada la complejidad, definir el problema no es sencillo, pero en este País hay conocimiento para ello.

En algunos momentos de mi vida laboral, he tenido que pedir ayuda, tanto a mis compañeros de trabajo como a compañeros profesores de la universidad, entre ellos José Herrador y Florentina Moreno. Tenía la necesidad de desenmarañar complejas situaciones que teníamos en la organización, consciente de que en el análisis que hacía, se me escapaba lo esencial, y que me encontraba con los muros atenzadores de la norma, y de la impermeable frialdad de lo macroinstitucional. Necesariamente, ayuda el tener presentes teorías y ciertos marcos elementales.

Sin duda puede ser una osadía, un brindis al sol, el hacer una selección de textos por los que me fui decantando y que me sirvieron, en la medida de lo posible, para aplicarlos en el trabajo diario, compartiéndolos con mis compañeros de equipo. También a ellos debo el haber adquirido una experiencia y unos recuerdos que guardo como un tesoro, pues los compartimos, discutimos, y algunos los validamos desplegándolos en la organización.

Para adentrarse en el estudio de la sociología de cualquier organización compleja, descubrir sus rasgos paradigmáticos y posteriormente planificar y diseñar el plan de

actuación, me ha sido muy práctico tener en cuenta conceptos de diferentes escuelas como la **Clásica**, cuyos principios básicos y asunción de la conducta humana se definen como *“una visión mecanicista de la conducta: el hombre económicamente motivado responderá con máximo cumplimiento si las recompensas materiales están fielmente relacionadas con los esfuerzos de trabajo. Favorece la ingeniería humana del esfuerzo y tiempo del trabajador para alcanzar la máxima producción, eficiencia y beneficio para los directivos o dueños”* (Max Weber, Frederick W. Taylor, Henri Fayol).

Esta concepción clásica parte de que la dirección sabe más que cualquier trabajador, la información, la precisa, escueta, impersonal, emana en el orden de la *superioridad*.

Por su parte, la escuela de **Relaciones Humanas**, basa su visión social de la persona en *“que los grupos informales afectan a las tasas de producción; la atención a las necesidades de los trabajadores y la satisfacción en el trabajo pueden motivar un cumplimiento mayor; participación del trabajador en la toma de decisiones; comprensión de que los objetivos del individuo pueden diferir de los objetivos de la organización; trabajadores motivados por las necesidades sociales y por sus relaciones entre iguales (...). Los principios de esta escuela son, protrabajadores, tienen simpatía hacia ellos. Intentos para ayudar a los empleados y patronos para solucionar sus problemas por medio del entendimiento. Comunicación más informal, pero también formal; énfasis en los canales interpersonales, especialmente entre iguales. Existe el Rumor*.

Esta escuela da lugar a relaciones de tipo paternalista, trata de captar a los trabajadores en sintonía emocional, insiste en la información individual, se acrecientan las rivalidades, la rumorología. Abunda en pequeñas organizaciones y en empresas de tipo familiar. En el entorno de servicios sanitarios da lugar al sectarismo, al gregarismo en servicios concretos, cuestión que expondré más adelante.

Finalmente, la **escuela sistémica**, trata a la organización *como un sistema abierto en continua interacción con su entorno; el sistema y su entorno se codeterminan mutuamente. El sistema debe ser analizado para ser entendido de manera apropiada. La organización está compuesta por subsistemas que son independientes; los individuos son los constructores de la organización*.

Los principios de esta escuela son la *preorganización; la organización existe como una entidad que consiste en algo más que sus miembros actuales. Interés por la participación*.

La comunicación es crucial, porque sostiene a la organización e interrelaciona a los subsistemas. La comunicación entre el límite de la organización con su entorno es también importante. Atención a la cultura de la organización. (Herbert A. Simon; Daniel Katz, Robert L. Kahn y James G. Miller).

Conceptualizar las diferentes exposiciones de estas escuelas, que marcan conceptos, que sin duda se difuminan en sus límites, y que en la realidad no se observan con la pureza de su descripción teórica, es decir ninguna organización responde en estado puro a estas descripciones, nos sirve para analizar, en gran medida, la raíz de muchos de los problemas que emergen en los diferentes centros de la compleja red del SNS, donde se da de todo. He visto un gran muestrario de estilos, de formas de dirigir, he recibido la confianza de mis superiores con encargos “variopintos”, con objetivos que debían alcanzarse de la forma más pacífica posible, sin conflictos que trascendiesen a los medios. Contemporizar con determinadas órdenes en ocasiones es imposible, aún me asombran los retazos dictatoriales que quedaron arraigados por el feudalismo, afortunadamente cada vez son los menos.

Y ello me lleva al problema de los liderazgos, el cómo se entiende este papel. Si comenzamos por los Consejeros, qué pocos he tenido que entendiesen el arte de GOBERNAR, los más lo cifraban en el fácil MANDAR y el *“laissez faire, laissez passer”*, o en el de *“a la busca y captura del culpable”*, por orden de él mismo o de sus acólitos, que en bastantes ocasiones responden a instintos incomprensibles dentro de una organización, especialistas en sembrar el desconcierto, especialidad ésta que hiere gravemente a las organizaciones y tiene costosas consecuencias económicas.

La falta de formación en los mínimos conceptos de respeto, de funcionamiento de las organizaciones, de saber escuchar, de seleccionar información de calidad, etc., es una pérdida que desde la desaparición del INSALUD se ha notado de forma importante.

No propongo una escuela oficial de consejeros, pero sí llamar la atención a los partidos políticos para que regulen qué personas, con qué conocimientos, grado de prudencia, y capacidad para hacer equipos, conocimiento del sector, en definitiva. Llamar la atención sobre estos cargos que pueden lesionar gravemente los derechos de los ciudadanos en el corto, medio y largo plazo, con tomas de decisiones o con discursos o juicios de valor inadecuados.

Siguiendo con el hilo conductor de las escuelas, Clásica, de Relaciones Humanas y Sistémica, las tres basan su criterio en el factor humano, en la persona, una lo trata como un elemento económico, la segunda como un ser que se realiza, el vocacional con su trabajo, y la última como un hombre complejo, que armoniza y propicia la construcción humana coordinada de una organización, no solo prima la racionalización de la intrincada red que se establece internamente dentro de la propia estructura de la empresa, sino que ésta la vincula con su entorno social.

El reto está en tener profesionales formados con habilidades directivas, con capacidades SISTÉMICAS en establecer estilos y hábitos organizativos adaptados al servicio sanitario. Se evidencia la falta de directivos formados, cada vez son menores los cursos de formación específicos para el SNS, que posee un potente sistema administrativo especializado, cuya responsabilidad debería consistir en coordinar y mantener la actividad de todos sus miembros, y ello requiere aprendizaje, práctica y madurez para su aplicación.

Esta necesidad está cercenada por la conveniencia política de cesar y nombrar según la tendencia que marquen las urnas, buscando meritorios sumisos, en las más de las ocasiones, con salarios desfasados y con la inseguridad de cambio a golpe de elecciones, primando el criterio de las simpatías. Sirva el ejemplo de la carrera judicial, temario de oposiciones, escuela jurídica, prácticas y a ejercer. Es evidente que la organización es diferente, pero la sistemática debería ser la misma.

Un cuerpo de Directivos Sanitarios daría consistencia al SNS y evitaría incursiones y personalismos interesados. Fueron muchas las veces que fue desoído este consejo y se optó por cursos, los menos, y excelentes, los impartidos en la Escuela Nacional de Sanidad, los más de entidades privadas que formaban y forman al estilo de cada una, y también con el mecenazgo de algún proveedor

donde responsables de la firma conviven con los alumnos. Mecenazgo que es de agradecer en el desolado panorama institucional de formación, que ahora se sufre en cada comunidad autonómica.

El Real Decreto 521/1987, sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, cambia el régimen de gobierno que hasta entonces era ostentado por un Director Médico, profesional de prestigio que alternaba estas funciones con la labor asistencial, frecuentemente también privada, y que en la mayoría de las ocasiones carecía de conocimientos elementales (como señala la introducción al Real Decreto) sobre gestión de empresas. Era asistido por un Administrador, en general con titulación media, con unos conocimientos acordes y un importante bagaje profesional adquirido con la experiencia diaria. Junto a ellos estaba la Enfermera Jefe, que en la generalidad de los casos era una mujer con carácter fuerte y acrisolada experiencia, la persona que recibía prácticamente todos los problemas de personal y asistenciales del centro – en ninguno de los dieciocho edificios hospitalarios que gestioné había ninguna placa o monumento que reconociese la labor tan extraordinaria y repleta de disgustos y de discreción que siempre ejercieron-. Este R.D. en general fue reconocido como un avance, pero las opiniones recalcitrantes, retrógradas, así como las rancias instituciones, que ya habían hecho todo lo posible para paralizar la LGS, encontraron en los medios una lesiva repercusión para su aplicación.

Esta estructuración, con nuevos equipos al frente de los hospitales, y con un manual de cabecera que nos daba pautas para medir la actividad y la calidad sanitaria, fue un hito histórico en la gestión. Pero frente a esta nueva estructura, el papel de directivo era observado como si tuviese que ser un líder al uso. Sin embargo, algunos entendíamos que nuestra función era la de gobierno, que legalmente se nos había confiado (*potestas*, poder formal) y la de experto (*autoritas*) con conocimiento en organizaciones. Era otro liderazgo el que pretendíamos, líderes dentro de la organización que representasen valores, que fundamentasen su actuación en la búsqueda continua de mejora del paciente, liderando el servicio para conseguir este fin.

También es cierto que los directivos no cuentan ni con el poder sancionador ni con el de recompensar el buen hacer, únicamente el del reconocimiento, que

hay que tener arte para distribuirlo, pues ese reconocimiento con facilidad se puede volver en contra del reconocido.

Por ejemplo, un médico amigo confidencialmente me comentaba que el Gerente le había puesto como ejemplo en una ponencia en el salón de actos porque hacia seguimiento de sus pacientes operados durante el fin de semana, sin percibir ninguna compensación económica. Ponderó su entrega vocacional y su responsabilidad. Este cirujano con unos valores dignos de encomio, sufría cada vez que sus compañeros, con sorna, le daban la enhorabuena. Acabó pidiendo la excedencia para trabajar en la sanidad privada. Me comentaba con gran dolor que este hecho había sido la decisión más dura de su vida laboral.

Y es que el arte de reconocer es otro. Es la forma con que los directivos ponen una etiqueta al líder que tiene detrás a toda una serie de colaboradores inmediatos que lo reconocen como tal, de una organización que considera su autoridad por su conocimiento, por su experiencia, por la relación y ponderación en su trato con los demás, en la forma de darles participación, por la capacidad de aprendizaje, de impartir docencia, de compartir su conocimiento sin reservas, de admitir la crítica y saber rectificar, de saber reconocer los logros personales y del equipo y saber comunicar la importancia que ellos tienen. Porque sabe escuchar, y cuando opina lo hace con un amplio conocimiento de lo que dice. Y su forma de hacer no está en función de lo que cobra. Pues bien, con esta descripción han sido muchos los profesionales que me he encontrado, que son auténticos baluartes de valores, que sostienen el SNS, y que existen en todos los estamentos. Y ellos sí que saben reconocer quienes son los que arriban a la Sanidad Pública para lograr fines personales, los del “pañó caliente”, que huyen hacia delante y camuflan la responsabilidad que se espera de ellos con la mentira y la indecisión o se escudan en el “no fue cosa mía, me lo mandaron”.

Existen Profesionales modélicos que no admiten estímulos espúreos, que trabajan responsablemente, que su vocación les hace ser leales a sus principios y en no pocas ocasiones son mirados con recelo por los que piensan que, como dice el dicho, “entre bomberos no debemos pisarnos la manguera”.

LOS PELIGROS COMPARATIVOS

El hecho de que la organización sanitaria esté tan férreamente jerarquizada, con la injerencia enfermiza de la acción política que anteriormente comentaba, acarrea notables disfunciones que entorpecen el dinamismo de su evolución y abocan a los directivos a dedicarse al problema del día a día. Es la gestión del pormenor, de la menudencia. El ejemplo de que las sanciones estén en un nivel político, habiendo un cuerpo de inspección competente y un sistema conformado legalmente para depurar responsabilidades, como comentaba anteriormente, es grave y muy lesivo para la responsabilidad. Y por supuesto para la autoridad de los directivos, como lo es la capacidad de captar dinámicas informales de funcionamiento que aportan fórmulas novedosas e innovadoras, que denoten la capacidad de regeneración con acciones previsibles de mejora que puedan ser formalizadas y que actualmente, en muchos casos, se ve frenado a causa de contravenir esa jerarquización estampada por el uso consuetudinario que entorpece cualquier evolución.

La argumentación sobre la calidad, el alto coste de los fármacos, la financiación, las bondades del sistema, etc., son fuente de confusión, generalidades que desenfocan el problema principal de una organización que se desarrolla a impulsos anárquicos, sin **ESTRATEGIA** planificada y coordinada. Se compara el coste de nuestra Sanidad según convenga con países de nuestro entorno con modelo de Seguridad Social, Francia, Alemania, o con los que tienen el SNS como Italia o Reino Unido, sin las consideraciones que encierran los conceptos a analizar, donde lo sanitario puede tener una influencia en el gasto muy dispar, que va desde la renta media por habitante, con lo que entraña la cada vez más disparatada desigualdad, pasando por las políticas medioambientales, con núcleos poblacionales insalubres, con contaminación industrial crítica, etc., que nos dan elementos de contraste de muy dudosa credibilidad.

Los sistemas de coordinación en cada país son acordes con su evolución, con una historia diferente a la nuestra, al igual que sus culturas. Las comparaciones hechas en un marco macro, hay que considerarlas como tales, y no como elementos para hacer la crítica fácil y mucho menos para conformar un panel sobre el que se tomen decisiones.

7

EXPERIENCIA ORGANIZATIVA

El debate debe centrarse en el escenario en el que nos movemos, con los aprendizajes y experiencia que tenemos, enmarcando los errores con análisis positivos, que no sirvan de instrumento de agresión, desde una plataforma de análisis compuesta, entre otros muchos, por profesionales técnicos que coadyuven a la elaboración de un diagnóstico de la situación. El importante informe realizado por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, originado en la Proposición no de Ley presentada por el grupo CDS y aprobada por el pleno del Congreso de los Diputados el 13 de febrero de 1990, conocida por *el Informe Abril*, fue un hito extraordinario para el SNS por dos motivos: primero, por captar la atención política y unánime del Congreso de los Diputados y con ello una ejemplar y amplia participación de la sociedad y los profesionales, y segundo, por el extraordinario estudio realizado, pues contaba con sesenta y cuatro recomendaciones para configurar **un sistema de financiación pública equitativa y percibida, con organización descentralizada, transparente y competitiva, y gestión autónoma y responsable, incluyendo medidas estructurales en organización, financiación, gestión y atención sociosanitaria.**

Como señala el *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español*:

“En definitiva, el propósito del Informe Abril fue incidir en la equidad y la solidaridad como médula del SNS; estimular la eficiencia en el uso de los recursos; promover la conciencia en coste de personal sanitario y usuarios; dotar de autonomía y flexibilidad en la gestión de los centros asistenciales con responsabilidad personal de los gestores y motivación y participación en la gestión del personal sanitario en la búsqueda de mayor calidad de servicio y satisfacción del usuario. En cualquier caso sus recomendacio-

nes no fueron aplicadas por el Gobierno de España, aunque alguna de sus propuestas sí fueron recogidas por distintas Comunidades Autónomas de diverso signo político”.

Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ve la luz en un momento tremendamente delicado, con el gobierno del PP, siendo ministra de Sanidad y Consumo, la Dra. Ana Pastor, donde apuesta abiertamente por la continuidad de SNS, y donde entre otras muchas medidas posibilita la asunción en materia sanitaria a las CC.AA., preservando para el Estado la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad. En esta se realza la Equidad, Calidad y la Participación Ciudadana así como la **no injerencia** en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial a las propias transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (tema ampliamente tratado en el *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español*, editado por la Academia Europea de Ciencias y Artes en el año 2011).

La no injerencia en la diversidad de fórmulas organizativas, en mi opinión, es donde radica el principal problema. Es la indispensable necesidad de ese tejido que unifique la relación organizativa, interna y externa, el **TODO** que define el cuándo, el dónde y el cómo, que conceptual y prácticamente vertebran cualquier sistema complejo.

Una organización cuyo fin es cuidar de la salud de los ciudadanos, de la sociedad, con toda la pluralidad de culturas, un terreno tan subjetivo como éste, requiere un énfasis especial, una dedicación explícita concreta, sin dar por supuesto nada, sin acudir a subterfugios como el que está implícito en tal o cual ley, o lo que está marcado en los objetivos. En definitiva, requiere un lenguaje común, un ideario, ¿una doctrina?, un lenguaje comprensivo donde cada persona, cada miembro de la organización tenga la referencia de la organización en la que se encuentra, las pautas de comportamiento que se esperan de él o ella, cuál es la relación con el entorno interno y externo, etc.

¿Por qué me centro en esto? Sencillamente por la experiencia de haber gestionado diez hospitales, con dieciocho edificios diferentes en una misma área de salud, hasta cuatro hospitales diferentes, entre los que estaban los que tuve que transferir del AISNA (Administración Institucional de la Sanidad Nacional)

y los gestionados por órdenes religiosas, sin contar centros de salud donde se había hecho caso omiso del concepto de jerarquización de especialistas. En algunos había auténticos islotes organizativos, que ni querían escuchar, que huían de todo lo que pudiera perturbar sus acomodadas pautas de conducta (“virgencita, virgencita, déjame como estoy”), a sabiendas de que eran individualidades intocables, con derechos adquiridos, hábitos respetados durante décadas, sindicatos y “francotiradores de opinión” de reconocida solvencia, pacientes que eran presa de su “bonancible opinión”.

Tendría anécdotas para no terminar, y una extrema no estaría mal, como por ejemplo: finales de los años ochenta, hospital con pacientes y estancias superiores a un año, el equipo directivo se pone en marcha y pide informes de cada uno de los pacientes, unas señoras no quieren que les den el alta, reunión con ellas y sus familias, fuerte resistencia y frente común con el resto de ingresadas, muchas contaban con su máquina de coser en la misma habitación. Al final imperó la cordura, eso sí, con la venganza de poner en evidencia el mal trato recibido por los nuevos directivos, seguido de explicaciones al director provincial, con consolidación de la confianza hacia la actuación que habíamos tenido. El hijo de alguna de aquellas señoras era influyente.

El Sistema funciona con buena voluntad, las personas que trabajan en él viven en una continua contradicción en cuanto a la forma de proceder que tienen sus compañeros. V.g. el capricho de dar o no el alta a un paciente en función de la voluntad del médico de turno. La casuística es interminable.

La cultura de una organización se mide por la conducta, por la actuación de cada uno de sus miembros. Nada carece de importancia, todo implica al todo, y se necesita una formación básica para todo el Sistema, un documento consensuado, cargado de sentido común y de valores, que mantenga la sensibilidad de los actores y sea ejemplo para la sociedad, para los pacientes, para las organizaciones empresariales. La organización sanitaria puede ser un referente en la convivencia de un Estado que cuida. Y para ello hace falta implicación y compromiso político de largo alcance para cuidar a sus trabajadores sanitarios y que ellos cuiden a la población.

En mi inquietud por encontrar la fórmula magistral, aún a sabiendas de que no existe, creo haber encontrado un modelo que encajaba con las necesida-

des que fui compartiendo con los equipos de trabajo, directivos y un nutrido grupo de la organización, tanto en conversaciones personales y colectivas, como en seminarios impartidos con personas con las que siempre conté de manera incondicional, como los profesores doña Florentina Moreno y don José Herrador, ella catedrática de sociología de empresa de la Universidad de Valladolid, y él, responsable de formación del grupo Renault. Ambos conocedores del funcionamiento y complejidad que desarrollan los comportamientos humanos en el seno de grandes colectividades, y grandes expertos en las dinámicas de las personas agrupadas para dar un servicio.

Tras compartir con ellos innumerables reuniones de trabajo con los equipos de diferentes hospitales, una vez que teníamos hecho el diagnóstico del centro decidíamos un periodo de formación para nosotros mismos con el fin de hacer equipo para, posteriormente, desplegar acciones concluyentes dentro y fuera de la organización. La definición de los roles estaba claramente argumentada y aceptada por todos y cada uno de los miembros.

La historia de nuestra emblemática organización nos habla de “*su hipercomplejidad, su dinámica y tensiones internas y externas, la gran amenaza de la incertidumbre y la ambigüedad, su funcionalidad paradójica, sus contradicciones... y su fuerza vital y creativa. Si simplifico y controlo, gestiono otra cosa, un artefacto*”, afirma la profesora Florentina Moreno (1997) en su artículo *Aprendizaje Organizativo y Gestión de Competencias*. El devenir del SNS, condicionado por el *neocentralismo autonómico* tan proclive al intervencionismo con injerencias directas, que desautorizan al conjunto de la organización, **al TODO**, evidencian que conciben al colectivo como un “**artefacto**”. Sin embargo, en el planteamiento del modelo que propongo, el equipo sabe que este aprendizaje suma el poder que la organización inteligente adquiere, y que el del directivo se entrega a este proyecto colectivo, no a otros.

En este ámbito, la concepción del trabajo de las personas es mucho más que el producto. Hoy, para cualquier organización que se precie, el producto tiene una importancia efímera. Siempre entendí que en nuestra organización sanitaria lo importante son los componentes éticos, culturales, sociales, económicos, la capacidad de instaurar valores cooperativos, en el desarrollo del trabajo entre los diferentes estamentos, equipos, grupos, personas, con los proveedores, y claro está, con los pacientes y con sus familias. De esto se desprende que hablar de cali-

dad es algo paradójico que está implícito en todo lo que se realiza en la organización, y regularmente surgen los análisis internos que los servicios, que están en esta sintonía de trabajo, necesitan autoevaluarse obteniendo conclusiones de los resultados que obtienen. En sanidad, calidad no implica mayor gasto.

El compromiso que se establece con estas dinámicas es una garantía de responsabilidad de equipo, de carácter personal, que entraña una fortaleza ineludible de respeto y de responsabilidad, en donde todos sabemos que es lo que estamos haciendo cada uno de nosotros y qué dificultades o progresos estamos logrando, así como la ayuda y cooperación que necesitamos para avanzar. El componente cooperativo integra la acción interdisciplinar – aunque la cultura burocrática acarrea dificultades en este modelo puede asimilarse – tanto en las reuniones del equipo como en la comunicación a toda la organización; las explicaciones no tienen cortapisa, no dan nada por supuesto, es decir, el conocimiento interdisciplinar necesario debe de correr fluidamente, en la relación y en los circuitos de información.

El espacio de cooperación integra los diferentes saberes técnicos, diferentes categorías, personalidades, de donde surge la **estrategia de transversalidad**, que tiene diversos componentes complejos que no se dan si no existe el entorno adecuado.

La sistemática interna del equipo para las personas que no están habituadas en un principio es dura, pero la experiencia nos va dictando que el respaldo de esta dinámica de confianza mutua y de sinceridad compartida una vez superada la reticencia, instala al equipo en una plataforma de gestión muy dinámica, con actuaciones reflexionadas, respaldadas, exentas de contradicciones grupales. Se logran así consensos en la organización, tras la información y el debate previo con todos los componentes, que facilitan el despliegue de las acciones de mejora y su seguimiento de manera fluida y sin traumatismos. De esta forma se logra la implicación directa de las personas con los equipos, trascendiendo al resto de la organización, sintiéndose protagonistas del hacer participativo.

Un ejemplo ilustrativo: en uno de los hospitales en que estuve su población era principalmente rural y postindustrial. Nos compungió el hallazgo inesperado de una patología poco frecuente en un bebé de siete meses, hijo único de una pareja joven, campesinos, de extracto social muy humilde. Se les comunica que tienen que ir a Madrid, al Hospital de la Paz, donde hay un equipo de

profesionales que tienen experiencia en este tipo de patología. Me consta que el pediatra, la enfermera y la trabajadora social, les prepararon el viaje detalladamente, así como los contactos, paso a paso, que deberían seguir dentro del Hospital. La pareja, llega al hospital, se abruma y sin llegar a entrar deciden regresar a su ciudad. Desde la estación acuden directamente al hospital para contarnos su experiencia. Finalmente la derivación se realizó y el problema se solucionó facilitándoles la acogida de forma personal.

Posteriormente, en otros hospitales referentes en patologías raras, tras poner en común esta vivencia surge la idea de crear la consulta “rápida” para pacientes que procedían de lugares distantes. Así, cuando fui gerente de complejos hospitalarios se procuraba realizar todas las pruebas en el mismo día (dicho sea de paso, a pesar de la voluminosidad de estos macro edificios, poseen una sensibilidad humana exquisita), liderándose incluso esta acción desde el propio Servicio de Atención al Paciente y de Admisiones.

Quizás este sencillo ejemplo, de baja intensidad para unos, y con un componente afectivo importante, ahora no se vea como importante, pero es interesante observar cómo una organización lidera por sí misma mecanismos tan complicados como para poner de acuerdo a las personas que componen diferentes servicios como Admisiones, servicios centrales de diagnóstico, consultas, etc., sin que esto no esté ligado al tan elogiado “objetivo”, sino al sentido común que comparte todo un colectivo. Cuando hasta el mismo taxista, en algún caso, se siente responsable de acompañar al paciente hasta el despacho del Servicio de Atención al Paciente, cabe la pregunta de la cantidad de acciones que se pueden realizar, desde la discreción de directivos que sepan formar, detectar liderazgos internos, de personas con capacidad y conocimiento, para el despliegue de nuevas acciones, y sostenimiento de otras que se convierten en procesos. En estos están los campos o márgenes para la innovación organizativa, producto de las sinergias que crea el proceso.

Aludía anteriormente al elogiado **objetivo**, sin ánimo de menospreciarlo, para advertir que su utilización debe de ser coherente con los colaterales, teniendo en cuenta al paciente y a las estructuras internas de la organización. Así, el objetivo de estancias medias muchas veces se enmascara por estancias que, aunque teóricamente lo son, deberían contemplarse segregadas. Según el

nivel de actividades del hospital la cirugía ambulatoria debe primarse con independencia de otras actividades, y no computarse en el conjunto de la ocupación general del hospital, teniendo que dársele un rango singular a cada una de las especialidades (tales como Medicina Interna o Geriátrica). Deben de tener un tratamiento estadístico que responda al factor tipo de paciente, con su complejidad patológica, valorando la colaboración de los servicios centrales (radiología, laboratorios,..) en su participación en el proceso.

El objetivo debe de estar definido con lealtad y, como tal, desarrollarlo e interpretarlo, con la exigencia y el respeto a todos los colaterales que intervienen en su proceso trasversal. No olvidemos que esta crisis que vivimos nos ha dado buenos ejemplos de cómo han cumplido los objetivos los agentes bancarios de Wall Street y de cada una de las sucursales bancarias dando créditos “a trote y moche”, cumpliendo objetivos. El lenguaje político produce hartazgo, hablando banalmente de que se han cumplido los objetivos, sin otro análisis. Por ello advierto de las cautelas que siempre he tenido con este concepto.

Continuando con lo que significa formar equipo, encontrar a las personas adecuadas, asumir un modelo que contenga dinámicas de cambio y de aprendizaje (trabajo y aprendo) abogo por el aprendizaje organizativo definido por la profesora D^a Florentina Moreno (1997): *“El aprendizaje organizativo es un enfoque de gestión inexcusable en un entorno tan altamente competitivo, complejo e incierto como es el actual. Es la herramienta fundamental para conseguir ventajas competitivas, en tanto que el aprendizaje potencia la inteligencia, adaptativa y creativa, en los individuos y en las organizaciones”*.

En la práctica, los logros son lentos, los directivos necesitan revisar constantemente las líneas de mejora activadas, todos somos animadores y se buscan motivos para que el entusiasmo no se vea minado. Estamos advertidos por los diagnósticos hechos previamente de cuáles van a ser los elementos de resistencia, de oposición al cambio, figuras de comportamiento que la misma organización tiene perfilados, servicios, unidades, personalidades, ideologías, intereses personales, que irradian dificultades tales como el sectarismo y el gregarismo.

El **sectarismo**: servicios cerrados en sí mismos, en el seno de la organización, imponen sus ritmos a los demás. Técnicamente imponen su criterio de ser infalibles dejando un espacio pequeño para hacer algún “favor”, fundamentalmente a los

líderes de otros servicios. Casi siempre tienen impuesta una disciplina basada en el intercambio interno del “tú haces yo no digo, yo hago tú no dices”. Las personas nuevas que se reincorporan al servicio o “tragan” o les hacen la vida imposible y piden traslado. Impera el temor. Se refugian en la defensa numantina de su razón, tienen contactos sólidos con el poder, aprovechan el contacto con los pacientes influyentes. Se hace impenetrable la acción sancionadora.

También existe el **gregarismo**, los seguidores de organizaciones, que tratan de interactuar dentro de la organización; proliferan más en hospitales vinculados con la universidad. Pongo de manifiesto, a grandes rasgos, la casuística que conlleva para determinar que el diagnóstico debe de ser pormenorizado y tenido en cuenta.

El muestrario que se me viene a la memoria es demasiado extenso, como lo tiene cualquier colega que se haya dedicado a este oficio durante algún tiempo. Los servicios sectarios son un gravísimo problema en el discurrir del día a día, y si se trata de un servicio de los denominados centrales la gravedad se acentúa. Estos grupos esperan que pase el tiempo, como me tienen dicho: “un gerente que trata de hacer cambios, la experiencia nos demuestra que dura no más de dos años, a lo máximo tres o cuatro”, pues “entre que se entera de cómo está la situación, alguna que otra escaramuza con los sindicatos, los tres meses de vacaciones de verano, después navidades...., con un poco de resistencia que se haga, no pasa nada”. Esto no es razonable que pueda seguir siendo así, el desmantelamiento de los equipos directivos es catastrófico para las organizaciones, no hay continuidad con todo lo que acarrea, inseguridad (no solo para el directivo, sino para la propia organización), se hacen imprevisibles los proyectos planificados, y los tiempos de su realización, las relaciones laborales se estrangulan, etc.

Por todo ello se hace necesario un **modelo profesionalizado**, un compromiso universal pactado, donde no quepan oportunidades para los ventajistas que siembran el desánimo, que son los que utilizan la Sanidad Pública para sus rendimientos personales en detrimento de los que trabajan, estudian, investigan, cuidan de los pacientes y de sus familiares, mantienen las instalaciones en perfectas condiciones, etc. Es decir, que abarca a todos los estamentos para trabajar en una organización predecible, con procesos pautados exentos de sobresaltos.

8

LAS MEDIDAS QUE SE ADOPTAN

Los ahorros auténticos, los que persisten, están en manos de la organización, de los profesionales, mejorando la calidad.

El Sistema Público se estrangula por la falta de decisiones para que perdure, el no hacer provoca ineficacia y costes.

La solución no pasa simplemente con retraer los presupuestos, en los que lo más significativo son los que afectan al personal, productos farmacéuticos, inversiones. Sencillamente son eso, recortes, medidas sin controlar las consecuencias en las prestaciones. Medidas fáciles son las que emite un financiero, un tecnócrata, que en los números solo ve números. La necesidad de un Ministerio con presencia política, políticos que sepan catalizar el sacrificio a que están sometiendo a la organización, y por ende a los ciudadanos, y que sean concededores del hacer sanitario, deberían de reorientar estas medidas consensuadas de actuación, explorando posibilidades de mejora, de cambio organizacional.

La influencia del Sistema Público en la sociedad, desde la perspectiva política temerosa, no debería tomarse como una debilidad. Todo lo contrario, posee un potencial de fortalezas extraordinario desde diversos puntos de vista: social (paradigma de valores), económico, tecnológico, organizativo, etc., y, como es obvio, el de preservar la salud de la población. Todo ello puede vertebrar cambios en el seno del tejido social, su transcendencia abarca cohesión, desarrollos en innovación tecnológica, organizativa, redistribución de renta, etc.

Retomo las recomendaciones ya descritas y consensuadas con una amplia participación de profesionales, contenidas en el trabajo que se realizó desde la Academia Europea de Ciencias y Artes de España, donde el Coordinador del

proyecto, D. Francisco J. Rubia Vila y los Coordinadores de los grupos de trabajo D. Pedro García Barreno, D. José María Segovia de Arana y D. Juan Velarde Fuertes, juntamente con otros diez expertos, entre los que he tenido la fortuna de participar, plasmaron las conclusiones en un Volumen ya citado que lleva por título *“Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español”* (2011), cuyo contenido fue debatido y consultado en el marco de todas las Comunidades Autónomas, Instituciones Universitarias y Colegios Profesionales recogiendo todas las aportaciones. Trabajo exhaustivo que para mí duró tres cortos años. El respeto y rigor en el tratamiento de todas las aportaciones hacen de este documento una aportación de gran valor por su difusión participativa. Es un documento de interés y de plena actualidad.

No obstante, desde la perspectiva del tiempo transcurrido me parece importante ampliar alguna de estas recomendaciones y pormenorizar en lo que podría ser un despliegue concreto.

Es el caso de las **Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)**. Creo importante distinguir varios aspectos que sin duda alguna, aparte de la importancia que tienen cada uno en sí mismo, tratados en su conjunto con sabiduría organizativa son un instrumento extraordinario para la cohesión del Sistema Sanitario, y en los que está implícito el cambio organizacional:

La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, obliga a que todos los datos sanitarios sean tratados para que puedan utilizarse, servidos en plataformas digitales donde su utilización esté al servicio público. Esto requiere una elaboración cauta que salvaguarde la confidencialidad de sus datos, teniendo en cuenta la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información clínica. Tarea compleja de gran trascendencia, donde sin duda la coordinación Ministerial ahorraría esfuerzos con la colaboración de expertos de todas las comunidades. Desde el aspecto administrativo, asistencial, docente e investigador, esta Ley, con un articulado muy detallado, es de obligado cumplimiento para todas las Comunidades, emplazándolas a su puesta en marcha a partir de los dos años de su publicación. Actualmente son varias las Comunidades Autónomas que han

elaborado o están en proceso de elaborar su articulado propio de transparencia, siendo aún una asignatura pendiente de desarrollar.

En el libro *“La Sociedad de Coste Marginal Cero”*, editado en 2014, Jeremy Rifkin analiza ampliamente el **“Internet de las Cosas”**, término acuñado en 1995 por Kevin Ashton, uno de los fundadores del Auto ID Center del MIT. La idea quedó aparcada durante años, en parte porque el coste de los sensores y activadores que había que incluir en las “cosas” aún era relativamente elevado. Pero entre el 2012 y 2013 el coste de los chips RFID (siglas en inglés de identificación por radiofrecuencia), que se usan para el seguimiento de objetos, se redujo en un 40% y el coste actual de estas etiquetas electrónicas no llega a 10 centavos la unidad. Por otro lado, no necesitan una fuente interna de energía porque transmiten datos utilizando la energía de las señales de radio que las interrogan. En los últimos cinco años también ha caído entre un 80 y un 90% el precio de los MEMS (“sistemas microelectromecánicos”) como giroscopios, sensores de presión o acelerómetros.

Señale Rifkin, en relación al potencial productivo de Internet que *“la sanidad ofrece un ejemplo muy claro del potencial productivo que supone la conexión al Internet de las cosas. El gasto sanitario supone un 10% del PIB mundial –7,1 billones de dólares en 2011 – y el 10% de esta cantidad, unos 731.000 millones de dólares al año, se malgasta a causa de ineficiencias en el sistema. Además, según un estudio de General Electric, el 59% de las ineficiencias sanitarias, equivalentes a 429.000 millones de dólares, se podrían resolver por medio de un Internet industrial”*.

Es oportuno atender al Internet de las Cosas, los datos que se manejan son importantes, influyen decisivamente en la capacidad de ir planificando, priorizando, incentivando, creando líneas de investigación y detectando las necesidades. Si no se hace desbordará los sistemas informáticos implantados, invadirá sin control, con los consabidos costos de mantenimiento, sin el **criterio para desinvertir**, sin tener la oportunidad de preguntarse qué es lo que sustituye, “amontonándose” más elementos. La complejidad e influencia que va a tener en la evolución de la gestión, las prestaciones sanitarias, las necesidades de adaptación e implantación de softwares, supondría un coste muy elevado al no haber un proceso de homologación, que se encarecería con el coste de las instalaciones improvisadas, caso de no prever compatibilidad con los sistemas informáticos existentes.

Compartir conocimiento, talento, es inherente al profesional y a la organización sanitaria. Las oportunidades que ofrecen las telecomunicaciones, Internet, para interactuar en la línea de lo que hoy se denomina “*el procomún colaborativo*”, que es el espacio donde millones de personas y miles de organizaciones participan, implicando nuevos modos de comunicar, de participar los conocimientos, es un nuevo fenómeno docente (se tiende a que muchas asignaturas se impartan por Internet, millones de alumnos, incluso se examinan de este modo) que recibe el nombre de MOOC (Massive Open Online Courses, cursos abiertos y masivos por Internet).

Esto me lleva a llamar la atención sobre la necesidad de crear un espacio institucional donde la Organización Sanitaria participe y comparta su conocimiento, donde esa institucionalización, véase Ministerio, realiza los controles de conectividad, de la calidad de las aportaciones, por ejemplo. La Escuela Andaluza de Salud (pionera) y la Universidad Abierta de Catalunya son algunas de las experiencias nacionales importantes.

Esto necesariamente pone en evidencia el término **ÉTICA**, pues el compartir conocimiento es innato al término de equidad, de cohesión del Sistema Sanitario. Acostumbramos a utilizar estos términos únicamente en el sentido de que todos los ciudadanos tengan acceso al Servicio Sanitario, pero en pocas ocasiones se observa desde el punto de vista del procomún, **de recibir un servicio con una calidad que no tenga demoras en los conocimientos.** Ese término tampoco suele aplicarse a las “buenas prácticas”, que genera y posee el Sistema Sanitario, y otros como la Red Cochrane, donde los métodos acreditativos de este u otro tratamiento estén actualizados en tiempo real, que la evaluación de las mejoras estén a disposición de los profesionales, de los usuarios, con la graduación oportuna de la evidencia, (dar confianza al profesional). Hoy el tiempo cuenta de forma diferente y esperar a que dictamine una Agencia de Evaluación para un problema de un paciente puede ser fatal.

El extraordinario proceso cognitivo que posee el Sistema Público se está desaprovechando en todo el ámbito sanitario, ya lejos del curanderismo, del chamanismo. La organización sanitaria cada vez más atiende al fenómeno científico y humanístico, y no es ético que no se arbitren medidas que faculten a los profesionales sanitarios para dispensar el mejor tratamiento, añadiendo en no pocas **ocasiones ahorros económicos importantes, mejorando la calidad.**

La relación del Sistema Público con sus proveedores, con la industria, es otro de los elementos críticos del gasto sanitario, teniendo en cuenta que en algunos momentos el presupuesto alcanzó el 6% del PIB. Las cantidades presupuestarias que se mueven son un motor importante de la sociedad. Como no he conseguido datos fiables, permítanme para analizarlos con la autoridad que se requiere, permítanme también que me aventure con intuiciones, y en este aventurarme permítanme afirmar que la cantidad de material sanitario que se importa, incluso de perfil industrial poco sofisticado, me parece excesivo. El potencial en este sector es muy importante y cada vez existe menos competencia, son los grandes emporios financieros los que imponen sus criterios de mercado en calidad y precio. No obstante, se necesitan criterios empresariales incentivadores, entre los que se encuentran una base investigadora que persiga mejoras en los productos.

Joseph E. Stiglitz y Bruce C. Greenwald, en su libro “La creación de una sociedad del aprendizaje” (1914), comentan: “*muchos avances en los que se basan nuestra economía dinámica, dependen de la investigación financiada por el gobierno, y sin ese apoyo el ritmo de la innovación – y el ritmo de elevación de los niveles de vida – habría sido mucho más lento. Por otra parte, muchos de los avances atribuibles al sector privado son moldeados por nuestro marco legal*”.

Ese marco legal atañe directamente a la propiedad intelectual, a la capacidad para normativizar, en tiempo y forma: legalizar la puesta en marcha de la fabricación de productos farmacéuticos y su puesta en el mercado, desde que se patenta hasta que se pone en el mercado, me comenta un director de un laboratorio, pueden suponer entre 10 y 12 años. Es evidente que esto solo lo pueden soportar grandes emporios financieros, el mediano empresario está obligado a vigilar lo financiero, líneas de crédito, y de esa forma innovar día a día, en equilibrios diarios para poder hacer frente a los gastos cotidianos, más que al objetivo de su empresa. En resumen, un auténtico héroe. Con esto quiero evidenciar, una vez más, que **el tiempo** es un aliado directo del gasto, el tiempo perdido cuesta mucho dinero y, lo que es más importante, cuando se pierde por la pasividad, por la desidia, desincentiva.

La Administración sanitaria, aún con profundas secuelas de antigua burocracia, mantiene con los proveedores relaciones adustas, desconfiadas por regla general. Es una relación poco evolucionada. La normativa que establece cada Comunidad

“perfeccionando” o complementando la Ley de Contratos de la Administración pública, adjudicando por precio, atendiendo a los requerimientos técnicos en unos porcentajes muy bajos respecto al total de licitación, conlleva realizar adquisiciones a veces poco afortunadas. Retomar la experiencia habida en el INSALUD, comentada anteriormente, relativa a los concursos de **“denominación de tipo”**, agilizaría el proceso y sería bien aceptado por los proveedores, que se verían liberados de una considerable carga administrativa, y a su vez programar producciones y distribución. Paralelamente, la Administración Pública también dejaría de elaborar concursos por cada centro de gastos, se liberarían de la tediosa confección de pliegos de condiciones, y pérdidas de tiempo incuantificables. Es decir, homologación de productos en calidad y precio con concursos centralizados. **Esto es un gran ahorro.**

Los **proveedores**, en general, son una fuente de conocimiento y deben de contar con una participación más institucionalizada dentro del sistema, pues pueden aportar **conocimientos, calidad y ahorro**. El Sistema debería marcar normas precisas que establezcan un marco de relación y beneficio mutuo. Debe de considerarse con interés el riesgo compartido en las adquisiciones de servicios y productos.

La **cartera de servicios** necesita una profunda revisión, es necesario delimitar, concentrar, referenciar y homogeneizar servicios, con criterios de coste efectividad, ponderando la calidad, que a buen seguro abaratarían costes.

La **relación estamento médico/enfermería/paciente** necesariamente tiene que cambiar. Hay que dar paso a una participación más activa del paciente en el proceso de salud del que es protagonista.

En 1993 la Comisión de las Comunidades Europeas, edita el manual *“La Organización Cualificante”*, sus autores Satahl T., Nyhan B. y D´Aloja P. ya exponen cuál es la clave para el éxito de las organizaciones, *“basándolo en cambios profundos en la organización tradicional de las empresas, incorporando procesos de aprendizaje dentro de la organización, incrementando las capacidades y las competencias de los trabajadores, siendo nucleares las relacionadas con el conocimiento, las cognitivas, las cualificaciones sociales, las características de la personalidad generales y relativas al trabajo, y un elevado nivel de capacidad tecnológica”*.

Estos autores se esfuerzan en demostrar que las organizaciones tienen la necesidad de abanderar valores, donde la gestión debe de estar descentralizada: *“el mundo es demasiado complejo para abarcarlo todo desde arriba, y demasiado cambiante para ajustarlo al lento proceso burocrático a que da lugar la toma de decisiones de arriba abajo en las organizaciones complejas”*.

En otro párrafo aclaran que *“la Organización Autocualificante posee una visión de futuro y comprende que las personas que la integran no se forman y se desarrollan solamente para satisfacer los fines de la organización de un modo limitado y prescriptivo, sino para ampliar su función”*.

Estoy convencido de que este es el futuro, que nunca es tarde para invertir en formación, que la sociedad del aprendizaje es una realidad, y que las crisis no se atajan a “palos”. He tenido la suerte de seguir la transformación de una gran empresa de la automoción que puso especial énfasis en esta línea y su éxito ha sido estudiado, ejemplarizado e imitado en todo el mundo del sector. Este proyecto de mejora, de cambio, se hizo en Renault España, con expertos españoles y con la implicación y apuesta de la dirección por el Cambio. Por supuesto que es un sector diferente, menos complejo que el sanitario, pero lo menciono por dos motivos, primero por la implicación de la dirección y segundo por la profesionalidad y conocimiento nacional.

En una ocasión desde un Hospital hicimos un proyecto de formación, y desde el INSALUD solicitamos una subvención con cargo a los fondos europeos, nos la concedieron, y me llamo el Ministro de Trabajo y de la Seguridad Social para preguntarme qué plan de formación habíamos solicitado, pues había recibido la concesión de la cantidad solicitada. Le expuse el proyecto y luego le remití el documento. Más tarde supe que la subvención tuvo otro destino. Ni que decir tiene que la cantidad que nos llegó al centro fue simbólica. Así pues, si las autoridades no se toman en serio que la formación es un instrumento fundamental para nuestra organización poco cambio puede hacerse, y como exponía anteriormente lo único que cabe es la “espontaneidad”.

Asimismo, el despliegue de cambio puede efectuarse desde diferentes perspectivas, que, desde el **punto de vista clínico** deberían de ser interdisciplinarias, involucrando a diferentes estamentos profesionales, con el interés y

apoyo de los directivos aportando los elementos necesarios para que los propios profesionales se organicen y protagonicen el proceso de cambio.

Ejemplos ilustrativos son **el envejecimiento** de la población, uno de los efectos sanitarios importantes de demanda de la población actual, y las **urgencias**, puerta de entrada a la hospitalización en un porcentaje que deja poco margen a la programación planificada de los centros. Reorganizar esta demanda entre los centros de atención primaria y atención especializada es crucial, minorar las urgencias, evitar la polimedicación, rebajar pruebas exploratorias innecesarias, supondría **una fuente de ahorro muy importante, incrementando la calidad**.

Las Estrategias en **Salud Mental**, elaboradas por expertos en el ámbito del Ministerio, están pendientes de su desarrollo. Ya existen evidencias de prácticas clínicas que aún no son asumidas por algunas comunidades. Así, la Terapia Asertiva Comunitaria mantiene la atención domiciliaria con resultados contrastados de una excelente calidad, la inserción de los pacientes en su ámbito social es primordial. Este es un ejemplo de “Hospital sin Camas”, **con ahorros económicos** a considerar.

Actualmente la crisis, el paro, han disparado las consultas, fundamentalmente en atención primaria, en Salud Mental. Según un estudio efectuado por un servicio de esta especialidad, se estima en un 40% las consultas que son problemas sociales y no de ninguna especialidad médica. La **demand** **tiene que ser seleccionada**, la escasa formación en la utilización del Sistema Sanitario debe de ser reforzada, así como los programas específicos de salud pública. Me consta que algunas comunidades ya han puesto en marcha programas muy serios en esta dirección, y en otras tienen actuaciones aisladas con buenos resultados. Es **necesario anticiparse**.

El **papel de la enfermería** tiene que reconsiderarse, no puede seguir en la ambigüedad que arrastra. Su formación exige nuevas competencias que sin duda **aportarían más calidad** en el seno de la atención a todos los niveles. Es otra **fuente de ahorro** y añadiría más tiempo a la atención médica. Queda pendiente la incorporación de especialidades en enfermería que aún no están reconocidas en la Sanidad Pública.

Otra fuente importante **de racionalización y de ahorro** es la incorporación de **nuevas profesiones**, que están reconocidas por el Ministerio de Educación e impartidas oficialmente, igualmente no reconocidas en la Servicio Público de Salud.

La evolución de las terapias ya exige otra dedicación a la atención domiciliaria, **Hospital Sin Camas**, los pacientes cada vez quieren tener más autonomía, las TIC son un instrumento a potenciar, el Sistema Sanitario tiene que planificar, reorganizarse para ello. Estos programas aportarían **calidad y ahorro económico**. Existen experiencias de éxito en alguna comunidad.

El **calendario laboral**, los días por antigüedad, de libranza, etc. requieren una regulación que abarque todo es Estado. No solo es una fuente de ahorro, es una discontinuidad de las personas en los puestos de trabajo que rompe con las rutinas de los servicios, distorsionan los procesos, causan graves problemas en la organización y, en definitiva, en la asistencia (Anexo II).

El absentismo debe de tener parámetros de control homologados. Es un elemento de medición del ambiente laboral efectivo, el “si tengo ese turno pido la baja” es amenaza bastante frecuente en personas señaladas y reincidentes. En el tipo de organización que tenemos estas actitudes se toman con resignación y sin ninguna consecuencia disciplinaria.

La **investigación sería una fuente de ingresos** notable: la industria farmacéutica lo sufre, y los tiempos perdidos en el proceso burocrático, en trámites tediosos en espera de contestación repercute en los costos, que a su vez encarece la investigación que luego están presentes en el precio final, y nuevamente los sufraga el erario público. La investigación requiere rigor, y un capítulo aparte dentro de todo el marasmo organizativo.

La investigación que se hace en los centros sanitarios debería concebirse con criterios de autofinanciación, incluso como una fuente de ingresos. Al frente de estos centros deben de incorporarse directivos con formación específica. Hay experiencias de éxito en la sanidad pública y, por supuesto, en la privada.

La posibilidad de mejora en la calidad con un marco definido para conseguir ahorros significativos obligatoriamente debe de ser planteada con acciones amplias, generales, en toda la red pública que, sin temor a ser redundante, estén enmarcadas en desarrollos organizativos que realcen los valores, que

desarrollen medidas que cuestionen fugas en tiempos perdidos, en autorización indebida de servicios y materiales, primando para ello el uso del conocimiento que posee el Sistema Nacional de Salud.

En esta línea de trabajo es preciso ser consecuentes en todos los ámbitos, incluido el medioambiental. Se trata no solo de que se cumpla la legislación medioambiental de la Comunidad Europea sino que las políticas sean saludables desde todas las carteras ministeriales

La formación del programa MIR necesariamente tiene que replantearse. Es un programa señero de identidad de la Sanidad Española, y en esa formación deben contemplarse conocimientos de la Organización que Aprende, organización sanitaria, programa con un alto contenido en valores, así como enseñanzas para comunicar malas noticias, hacer exposiciones científicas, y saber dónde están los límites de su implicación con los pacientes. Un capítulo especial debe ocupar la Bioética. Los MIR son parte de la solución, hay que darles acceso a conocimientos profesionales, que abarcan tanto el aspecto técnico como el social-organizativo. Invertir en formación ni que decir tiene que es futuro, es riqueza.

Finalmente, he de añadir que durante todos los años que con mis compañeros de equipo hemos estado gestionando los diferentes hospitales en los que estuve, hemos cumplido con los contratos programa pactados, y para ello nuestra atención se centró fundamentalmente en mejorar la calidad, analizando flujos de todo tipo, ahorrando tiempos, desarrollando competencias a todos los niveles, acercando la cúspide de la pirámide a la base, de tal forma que considerábamos a los mandos intermedios parte del equipo directivo. De esta forma la información resultaba más veraz en ambas direcciones y más rápida, manejando cuadros de mando ajustados a la realidad y haciendo participe a toda la organización. A pesar de ser “el economista”, pocas veces utilicé la maquina calculadora, mi confianza en las personas con las que trabajé fue plena, comprábamos lo necesario, con la calidad que los profesionales proponían juiciosamente, y a los precios más ventajosos.

En la organización está la solución, en ella hay talento y valores. Pero también es preciso instaurar entusiasmo, abandonando las políticas fáciles de la “tijera”. Hay otras soluciones. Trabajadores y pacientes lo agradecerán.

ANEXO I

ENTREVISTA CON EL DOCTOR PEDRO SABANDO SUÁREZ

De profesión médico, se formó en la Fundación Jiménez Díaz, fue jefe de servicio de Reumatología del Hospital de la Princesa (Madrid) y profesor de esta especialidad en la Universidad Autónoma de Madrid. Fue secretario general de la Federación madrileña de Sanidad de UGT entre 1978 y 1980. En 1982 fue nombrado Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, cargo en el que lideró la creación y puesta en marcha de la Ley General de Sanidad con el Ministro Ernest Lluch hasta el año 1985. En 1986 fue elegido Diputado por Madrid, y Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid hasta el año 1985. Posteriormente fue Senador.

Su dedicación y entrega a la sociedad, además de protagonizar importantes hitos en la Sanidad española, lo convierten en un conocedor excelente de nuestra historia.

Recientemente tuve el privilegio de que me concediese una entrevista que integro en este texto para ilustrar las experiencias compartidas en estos años de avatares profesionales. Agradezco sinceramente su generosidad.

BREVE DIGRESIÓN, ANTES DE FORMULAR LA PRIMERA PREGUNTA:

Quedan atrás las transferencias realizadas escalonadamente a Cataluña, País Vasco, Andalucía, Galicia, Navarra Valencia y Canarias y, posteriormente, como dices, terminan de pasar la “patata caliente” a las diez restantes comunidades el uno de enero del 2002. La Constitución Española, en sus artículos

41 y 149, establece el principio de afectación, impuesto al enmarcarse la asistencia sanitaria en la acción protectora de la Seguridad Social. Este principio supone que cada Comunidad Autónoma queda obligada a determinar un volumen de recursos a la financiación de la asistencia sanitaria, que quedó transferida para su TOTAL GESTIÓN.

Se establecen dos diferenciaciones en el reparto. El General, distribuido en los siguientes porcentajes:

1. Financiación general del 75% en función de la población protegida.
2. En función de los mayores de 65 años, el 24,5%
3. Criterio de insularidad, el 0,5%

Y el Específico, que se distribuía en los siguientes apartados de Financiación Específica:

1. Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal (que por cierto ha sido cedida en la Sanidad Pública a mutuas patronales) que cuando se hicieron las transferencias suponía un monto de 40.000 millones de pesetas. Ignoro como fue evolucionando esta cantidad. Este Programa queda ligado a la eficacia del gasto por cada C.A, y a convenios con objetivos marcados.
2. Fondo de Cohesión Sanitario, que en el 2002 era de 10.000 millones de pesetas. Este fondo es un mecanismo de compensación para hacer frente a los costes originados por los flujos de pacientes desplazados entre diferentes Comunidades Autónomas. Dicha dotación es adicional a la financiación General.

1. PREGUNTA

¿ESTA FORMA DE FINANCIACIÓN ES RESPETADA CONFORME A LOS CONCEPTOS PRIMIGENIOS?

Abordas correctamente en tu introducción a las preguntas la distribución de fondos en orden a la financiación del subsistema sanitario en el marco del modelo de financiación autonómica que ofrecía suficiencia, equidad y autonomía.

Este modelo mejoraba la autonomía de las CC.AA e introducía la corresponsabilidad fiscal quebrando el criterio de responsabilidad en el gasto pero no en los ingresos y tiende a ajustar la capacidad financiera con las necesidades del gasto así como asegurar la suficiencia.

Sin embargo, muy pronto se ha puesto de relieve la insuficiencia financiera emergiendo el déficit, que ha llevado de nuevo al debate poniendo de manifiesto que el modelo plantea incertidumbres tanto en su diseño como en su aplicación.

Tanto las variables de necesidad escogidas como su aplicación no responden a un estudio previo de necesidad sanitaria si no a la búsqueda de un mínimo montante económico presupuestario que permitiera cerrar el modelo.

La relación entre presupuestos sanitarios autonómicos y el PIB falló y dio lugar a desigualdades que se exacerbaban con las transferencias a las CC.AA del 143, incidiendo en una financiación muy heterogénea con un rango per cápita muy variable, acentuado por el incremento de la población que no se había previsto.

El fondo de cohesión tampoco ha cumplido su función de mejora en la eficiencia porque se ha utilizado para paliar el agujero de los desplazados.

Hay que señalar también que en esta situación se expresa una tendencia continua al alza del gasto sanitario regional en relación, por una parte con la estructura demográfica y el incremento en el precio de los medicamentos y, por otra, con las nuevas prestaciones ofrecidas y las modificaciones salariales por cuenta autonómica.

Como la realidad es la que es, no la que yo pretendía en los borradores de la Ley General, a día de hoy garantizar la cohesión, suficiencia y equidad del sistema corresponde tanto a las CC.AA como a la administración del Estado, que deberían contemplar como referencia el gasto real y pensar que, como todas las cosas, la Sanidad tampoco es estática. Por tanto, deberían observar la realidad desde la evolución dinámica del Sistema.

A mi juicio persiste un grado de indefinición en la financiación del Sistema, tanto en el origen de los fondos, parcialmente como en los sistemas de

asignación o distribución de los recursos y en los mecanismos de evaluación de las necesidades.

Aunque parezca redundante, incidiría en la búsqueda de un marco financiero suficiente y estable tanto desde una base presupuestaria adecuada y realista como en el incremento de participación del gasto sanitario sobre el PIB nominal. También replantearía la equidad territorial y el encaje auténtico de la Sanidad en la estructura financiera autonómica, (demografía, calidad, docencia, etc.).

Actualmente la viabilidad supondría inyectar un volumen importante de recursos pero si se hace debería realizarse sobre las bases de un modelo distinto: inteligente, realista y regional.

Pienso también que las CC.AA han recibido las transferencias temerariamente, sin reparar en las necesidades de financiación que requiere un sistema regional con plenas competencias, por más que algunos hayamos repetido, también en sede parlamentaria.

Creo que deberían haber precisado sus perspectivas económicas, contemplando la necesidad de garantizar el nivel de cobertura y calidad de las prestaciones, la mejora de los costes unitarios, la gestión eficiente de los recursos, la innovación tecnológica, la mejora de la productividad, la dirección estratégica del sistema, en suma sumar y asegurar tanto el gran capítulo de los fondos generales como el de los fondos de consolidación y garantía.

No acierto a comprender como pudieron aceptar dichas transferencias, que dejan al sistema sanitario público en una difícil situación. Sólo un pacto de Estado permitiría tomar las medidas que garantizaran la suficiencia financiera, la equidad y la cohesión porque las desigualdades son una “carga de profundidad” contra el Sistema.

Como ves, las cosas están abiertas pero en todo caso mejoran los abordajes primigenios que funcionaban sin criterio alguno.

2. PREGUNTA

LA LEY GENERAL DE SANIDAD

Fue la mejor ley que podíamos soñar, pero actualmente ante el deterioro que están sufriendo los principios de equidad, y universalidad, parece que es necesario retomar un órgano que coordine y controle la equidad del sistema, ¿qué alternativas pueden ser factibles? y ¿cuál fue la razón para que en esa Ley no se contemplase un órgano rector acorde con la soberanía transferida a las comunidades?

Las características que hemos de considerar más significativas y problemáticas del proceso de descentralización sanitaria que ha tenido lugar en España en orden al mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad de la protección sanitaria son las siguientes:

- Una base constitucional abigarrada.
- Un proceso sin un modelo final definido.
- Un órgano de coordinación insuficiente.

UNA BASE CONSTITUCIONAL “ABIGARRADA”

La protección sanitaria no tiene un tratamiento unívoco en la Constitución española, sino que a ella hacen referencia dos títulos diferentes, el de “Sanidad e Higiene” (que se refería originalmente a la “Salud Pública”), y el de “Seguridad Social”. Este último era el ámbito en el que se encontraba incluida la asistencia sanitaria cuando se aprobó la Constitución.

Una y otras materias han seguido caminos y ritmos independientes para su descentralización, hasta completarla con el traspaso de las competencias en asistencia sanitaria a diez CCAA en diciembre de 2001, lo que ha conducido a una diversidad administrativa y asistencial generadora de disfunciones.

UN PROCESO SIN UN MODELO FINAL DEFINIDO

La Ley General de Sanidad de 1986 no estableció un diseño acabado del sistema sanitario español en condiciones de descentralización completa, que tampoco subsanó la Ley de Cohesión y Calidad.

La ausencia de ese diseño incluye la falta de definición de los instrumentos y formas de coordinación en tal situación.

Cabría, quizá, superar esta discordancia entendiendo que lo que el Estado, en sentido estricto, ha de garantizar, no es la solidaridad en cuanto “principio”, sino su “realización efectiva”, y que la tarea que la Constitución encomienda a las instituciones centrales del Estado es la de fomentar los comportamientos solidarios de las Comunidades Autónomas y combatir los que no lo sean.”

UN ÓRGANO DE COORDINACIÓN INSUFICIENTE

El Consejo Interterritorial de Salud que funciona desde el principio de la unanimidad no es eficiente en el abordaje de las cuestiones centrales del Sistema, y su misma dinámica pone de manifiesto la perentoriedad y el reto de mejorar la cohesión del sistema sanitario español.

Máxime después de la erosión sufrida por el Consejo tras la inadecuada utilización política del mismo por populares y socialistas.

Es ineludible reforzar el papel de C.I.S., que debería abordarse modificando los artículos 70 a 72 de la Ley de Cohesión y Calidad para hacer posible la coordinación sanitaria tal como había señalado el Tribunal Constitucional en sentencia 32/1983 de 28 Abril, que dice con claridad:

“La coordinación persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían, respectivamente, la realidad misma del sistema”.

En todo caso, será necesario desarrollar mecanismos externos a los servicios regionales de salud que permitan mantener la universalidad y la equidad del

sistema sanitario, sin los cuales el S.N.S se orientará lenta pero inexorablemente hacia su desaparición.

El Déficit de la coordinación ha creado en España una situación sanitaria que recuerda a la existente en el periodo previo a la promulgación de la Ley General de Sanidad.

Será necesario un Acuerdo en forma de Ley compartido por Gobierno Central y CCAA que ofrezca una salida racional a esta situación. Es difícil, pero entiendo que es tarea central para quienes entienden que el S.N.S. es patrimonio de todos los españoles.

3. PREGUNTA

LA LEY GENERAL DE SANIDAD

He sido gerente de once hospitales públicos, y de dos privados concertados con la Sanidad Pública, que realizaban su labor en 18 edificios diferentes (el Hospital de la Paz lo cuento como uno, y no cuento los diferentes centros de especialidades); digo esto porque a pesar del Real Decreto 521 de 1987 sobre Estructura, Organización Funcionamiento de Hospitales, el cual es muy claro y en su momento fue el que dio un CAMBIO extraordinario y necesario, pero en este tránsito que hice, los estilos de dirección que advertí eran muy diferentes. ¿No es necesaria la creación de un Cuerpo Oficial de directivos que sean líderes en potenciar liderazgo dentro de las organizaciones?; como por ejemplo, en la carrera judicial; oposición, preparación oficial y prácticas.

Creo que la Gestión Sanitaria debería configurarse como una especialidad médica más, con un control en el acceso tipo examen MIR, un proceso de formación y aprendizaje pasando los correspondientes exámenes y un periodo de prácticas en instituciones sanitarias que debería tener una duración entre tres y cuatro años.

El problema a día de hoy sería determinar la institución o instituciones con la solvencia científica necesaria para formar a nuestros directivos. No cabe

entregar la complejidad de un hospital de primer nivel a un gerente cuya formación se hubiera configurado en una fábrica de zapatos. La letra pequeña de nuestras instituciones es tan importante, y en buena medida tan determinante, que no cabe entregar su responsabilidad a personas sin formación contrastada.

Debería ser un objetivo prioritario del Ministerio de Sanidad en un trabajo conjunto con el de Educación.

4. PREGUNTA

LA FORMACIÓN MIR ACABA DE SER MODIFICADA

¿Qué comentarios le merece esta actualización?

Soy partidario de las reformas siempre que se cuide con esmero la naturaleza del sistema MIR que tan excelentes resultados ha proporcionado a la Sanidad Española, siendo una pieza central en el nivel alcanzado en nuestras instituciones.

Al MIR se accede después de un examen a nivel nacional que establece un orden en función de la nota para elegir especialidad y servicio, que deberá estar acreditado para la formación de especialistas.

Las reformas pueden estar relacionadas con la necesidad de ajustar el número de especialistas que se formen a la realidad de la demanda o por la conveniencia de modificar el cronograma del proceso de formación para conseguir una formación básica más acusada en determinadas especialidades.

En todo caso, el Ministerio de Sanidad, que planteará lógicamente las necesidades y el tipo de especialista, inexcusablemente debe confrontar sus criterios con los de la correspondiente Comisión Nacional de la Especialidad, en principio y con la Sociedad Científica, que son los concededores del momento científico de cada especialidad y como tal deben responder a las propuestas de la Administración y ésta ajustarse a ellas.

Yo soy partidario de promover la realización de un examen nacional al finalizar la residencia. Deberá llevarse a cabo, como es lógico, por especialidades, lo que permitiría establecer en cada una de ellas un ordenamiento, semejante al

del ingreso en el sistema MIR, que permitiría facilitar la adjudicación posterior de plazas de plantilla en cualquier hospital de las comunidades autónomas.

Dicho examen, semejante al de ingreso en el sistema MIR, permitiría también evaluar la capacidad formativa de los distintos servicios acreditados, con todo lo que se desprendería de dichos datos en orden a la concesión de ayudas a la investigación, becas, etc.

Este tipo de prueba se realiza en Estados Unidos con buenos resultados.

En España sería un paso más en orden a consolidar definitivamente este tipo de formación sobre el cual parece que hay algún interés no confesado en desvirtuar este buen sistema.

Es necesario señalar también que cada vez que se ha planteado esta posibilidad que remeda el board americano, los residentes han respondido con una huelga o amenaza de huelga, por lo que se ha desestimado. Probablemente sólo saldrá adelante dicha propuesta si algún día en España es posible hacer acuerdos parlamentarios.

5. PREGUNTA

DESPUÉS DE TREINTA AÑOS

¿Se puede contar alguna anécdota, dificultades que se encontraron para poner la L.G.S. en marcha?

Hay un buen número de episodios colaterales que crearon dificultad a la hora de centrar todos los esfuerzos en la elaboración del mejor texto posible.

Desde la discordancia entre el partido y el gobierno en cuanto a la rapidez o no en la elaboración de la Ley, que dio lugar a tensiones y preocupación, hasta la dimisión de algunos miembros de la Comisión Redactora o la actitud de los Sindicatos o de la derecha política, Alianza Popular entonces, o del Partido Comunista.

Pero como me pides anécdotas, te contaré la Operación Primavera que está cuajada de ellas, para nosotros fue una gran sorpresa inicial, después nos produjo extrema preocupación, y al cabo de treinta años puede referirse como la

gran anécdota en el proceso de elaboración del proyecto legislativo sanitario de aquellos años.

El año 1984 fue pródigo en iniciativas dirigidas contra la Ley General de Sanidad. Querían pararla, desnaturalizarlo o, en todo caso, modificarla sustancialmente. Algo consiguieron; pero no todo lo que se proponían.

Los semanarios “Tiempo” y “Cambio 16” publicaron el día 26 de marzo de 1984 sendos reportajes. Me permito recordar el publicado por “Tiempo”.

Una empresa consultora, Gades, S. A, vinculada a la CEOE había proyectado una campaña contra la reforma sanitaria del ministro Lluch. Sus promotores la bautizaron con el nombre de Operación Primavera y la harían coincidir con las movilizaciones sindicales en contra de la reconversión industrial.

Varios miembros de la patronal habían colaborado en el montaje de una campaña que iba a afectar a los sectores de sanidad, seguridad ciudadana, enseñanza, agricultura y pesca, y pretendía aprovechar las movilizaciones iniciadas por los sindicatos contra la reconversión industrial. Contaban con el apoyo político de la derecha parlamentaria.

La iniciativa fue desmontada por el Ministro de Sanidad Ernest Lluch al descubrir que la campaña estaba protagonizada por el Consejo General de Colegios de Médicos. José María Cuevas, candidato a la Presidencia de la CEOE, parece que apadrinaba la campaña bautizada como Operación Primavera.

Durante los últimos meses, en los despachos de la sede madrileña de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), se habían reunido distintas entidades colegiales y sindicales, con el fin de diseñar esta estrategia.

La campaña, ideada por una empresa consultora de imagen, cercana a la CEOE, y que ocupaba 23 folios con el membrete de Gades, señalaba en el informe elaborado por el Consejo General de Colegios Médicos, la necesidad de «*coordinar las actuaciones con otros movimientos sociales que puedan ejecutar durante el año 1984 operaciones similares en sus campos respectivos*».

En medios próximos al Gobierno había malestar por estas iniciativas inesperadas, ya que existía un cierto compromiso por parte de la CEOE para evitar maniobras de acoso subterráneas. Las mismas fuentes declararon que la CEOE estaba en su derecho de apoyar o realizar cualquier tipo de campaña de imagen, como la desarrollada en la campaña autonómica de Andalucía, que tuvo como protagonista gráfico la manzana con el gusano.

Aunque en el Ministerio de Sanidad no se conocían los detalles de la campaña contra Lluch, la dimisión del presidente del Consejo de Colegios Médicos, Ramiro Rivera, puso al descubierto los pormenores de la llamada *Operación Primavera*.

El presidente y consejero delegado de Gades, S. A., era Fabián Márquez conectado con la patronal desde sus inicios. Miguel Ángel del Río, después secretario general adjunto de la CEOE, formaba también parte del consejo de administración de Gades, S. A., fundada en 1981 con un capital social de medio millón de pesetas, junto con el abogado Antonio María de los Moros y el psicólogo Bernardino García Gómez, quien además de vocal desempeñaba la Dirección General.

Otro de los inspiradores principales de esta campaña, realizada por encargo de Ramiro Rivera, había sido asesor laboral de la CEOE, Pedro Arriola. Esta alternativa de campaña triunfó sobre otra, calificada de blanda por Cuevas, que había elaborado el antiguo asesor de imagen del Consejo de Colegios Médicos, Fernando J. Muniesa, cuyo proyecto consistía en una campaña publicitaria, orientada a médicos y opinión pública con el leitmotiv de presentar las desventajas de la reforma ministerial y las conveniencias de los proyectos colegiales.

En las distintas reuniones preparatorias participaron representantes de los Consejos Generales de Médicos, Farmacéuticos y ATS, así como dirigentes de Farmaindustria, Unespa y Federación de Clínicas Privadas; además de Cuevas y Del Río, como portavoces de los criterios de la patronal. Alianza Popular y el PDP tenían conocimiento de esta campaña. La marginación en estos encuentros de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, provocó una dura nota de contestación de este colectivo. El anteproyecto de la Ley General de Sanidad y su discusión parlamentaria durante este año, era la diana común de las diversas organizaciones implicadas. El coste se había fijado inicialmente en unos cien millones de pesetas.

Cuando el ministro de Sanidad, Ernest Lluch tuvo conocimiento de la campaña, se puso en contacto con Carlos Ferrer Salat, todavía presidente de la patronal y director de un importante laboratorio farmacéutico, a quien le unía una vieja amistad desde que ambos formaron parte de la junta directiva del Círculo de Economía de Barcelona. El Gobierno advirtió las posibles medidas a tomar, teniendo en cuenta la importante dependencia económica que mantenía la industria farmacéutica con la Seguridad Social. La CEOE y Farmaindustria se desengancharon de la operación y aconsejaron a otras organizaciones su retirada de las reuniones. Cuando Ramiro Rivera, que había buscado apoyos políticos y financieros fuera de su organización se ve solo, decidió su dimisión.

En Gijón, a 15 de agosto de 2016

ANEXO II

PERMISOS LICENCIAS Y VACACIONES DEL PERSONAL ESTATUTARIO

Por vacaciones, a todos los trabajadores les corresponden **22 días laborables** por año de trabajo.

DÍAS DE LIBRANZA, SEGÚN LOS AÑOS DE ANTIGÜEDAD DE LOS TRABAJADORES:

TRINIENOS	AÑOS DE ANTIGÜEDAD	PLD	PLD ADICIONALES	VACACIONES ADICIONALES	TOTAL
5	15	6	0	1	7
	16	6	0	1	7
	17	6	0	1	7
6	18	6	2	1	9
	19	6	2	1	9
	20	6	2	2	10
7	21	6	2	2	10
	22	6	2	2	10
	23	6	2	2	10
8	24	6	3	2	11
	25	6	3	3	12
	26	6	3	3	12
9	27	6	4	3	13
	28	6	4	3	13
	29	6	4	3	13
10	30	6	5	4	15
	31	6	5	4	15
	32	6	5	4	15
11	33	6	6	4	16
	34	6	6	4	16
	35	6	6	4	16
12	36	6	7	4	17
	37	6	7	4	17
	38	6	7	4	17
13	39	6	8	4	18
	40	6	8	4	18

PERMISOS Y LICENCIAS		
PERMISOS SIN SUELDO	Tres Meses cada 2 Años (Mínimo 5 días hábiles)	
DÍAS POR ASUNTOS PARTICULARES (Moscosos)	3 Días, hasta el 31 de Enero del año siguiente	
24 Y 31 de DICIEMBRE. Son No Laborabres. Si coinciden en No Laborales: 2 días. FESTIVOS EN SÁBADO. Personal SACYL: Tantos días como Festivos coincidan en Sábado (Sólo trabajadores Turno Diurno).		
FALLECIMIENTO INTERNAMIENTO HOSPITALARIO ENFERMEDAD GRAVE ACCIDENTE	1er. GRADO	3 Días Hábiles. Misma localidad del centro de trabajo
		5 Días Hábiles. Distinta localidad del centro de trabajo
	2º GRADO	2 Días Hábiles. Misma localidad del centro de trabajo
		4 Días Hábiles. Distinta localidad del centro de trabajo
ENFERMEDAD GRAVE: – La dolencia o lesión física o psíquica con secuelas permanentes que limiten la actividad habitual con independencia de su hospitalización – La intervención quirúrgica – La simple hospitalización		
Por Matrimonio o inscripción como Pareja de Hecho	15 Días Naturales desde el Hecho Causante	
TRASLADO DE DOMICILIO	1 Día Hábil	
Concurrir a EXÁMENES OFICIALES y demás pruebas definitivas de aptitud y evaluación en centros oficiales	El Día Completo en el que se realicen	
DEBEN INEXCUSABLE de carácter público o personal y deberes relacionados con la conciliación de vida laboral y familiar	El Tiempo Indispensable	
POR ENFERMEDAD Con justificante, Sin Pérdida Retribuciones	4 Días/Año, 3 pueden ser consecutivos (Parte de Baja a partir del Cuarto Día de Enfermedad)	
Recuperación de ENFERMEDAD del Empleado Público según Informe del Servicio P.R.L.	Reducción Hasta un 50% de la Jornada de Trabajo Sin Pérdida Retributiva	
Recuperación de ENFERMEDAD del Empleado Público a iniciativa del mismo	Reducción Hasta un 50% de la Jornada de Trabajo con Reducción Proporcional de Retribuciones	

MATERNIDAD Y PATERNIDAD: La Adopción o Acogimiento será equiparable para el disfrute de estos permisos. El Cónyuge podrá hacer uso de los permisos referidos a la Maternidad y Paternidad según establece la Normativa Aplicable.	
PARTO	16 Semanas Ininterrumpidas (6 Semanas Inmediatas al Parto)
PARTO MÚLTIPLE	Ampliadas en 2 Semanas Más por cada hijo a partir del segundo
PARTO PREMATURO	Se Ampliará tantos días como esté hospitalizado (Máximo 13 Semanas Adicionales)
PARTO CON HIJO DISCAPACITADO	Ampliable en 2 Semanas Más
ADOPCIÓN O ACOGIMIENTO SIMPLE	16 Semanas Ininterrumpidas ampliables en 2 Semanas Más por Discapacidad o Adopción Múltiple
PERMISO POR PATERNIDAD por nacimiento, adopción o acogimiento	15 Días a partir de la fecha del Hecho Causante
PERMISO POR CUIDADO DE HIJO MENOR AFECTADO POR CÁNCER O ENFERMEDAD GRAVE	Siempre que ambos progenitores trabajen, reducción de al menos la mitad de la jornada con retribuciones íntegras
POR RIESGO EN EL EMBARAZO (Art. 26, Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales)	Parte de Baja a partir del cuarto día de enfermedad (se seguirán las normas aplicables a los distintos regímenes de Seguridad Social)
REALIZACIÓN DE EXÁMENES Y TÉCNICAS PREPARATORIAS DE PARTO	Por el Tiempo Necesario para su realización (previa justificación de la necesidad de su realización dentro de la jornada de trabajo y acreditación de la asistencia)
CONSULTAS, EXPLORACIONES Y TRATAMIENTOS DE TIPO MÉDICO	El Tiempo Indispensable hasta Segundo Grado
FORMACIÓN Tiempo Indispensable para la realización de Exámenes Parciales para obtención Título Oficial, Académico o Profesional	1 Día Exámenes Finales y pruebas definitivas de aptitud para obtención Título Oficial, Académico o Profesional
1 Día OPE, Promoción Interna y Bolsas de Empleo Administración Pública	
PARA EL CUMPLIMIENTO DE UN DEBER INEXCUSABLE	El Tiempo Indispensable para su cumplimiento
Deber Inexcusable: La Obligación que incumbe a una persona cuyo incumplimiento le genera una responsabilidad de índole civil, penal o administrativa.	

LACTANCIA DE HIJO MENOR DE 12 MESES	1 Hora, que puede: – Dividirse en dos fracciones de media hora – Acumularse en Jornadas Completas
NACIMIENTO DE HIJOS PREMATUROS O QUE DEBAN CONTINUAR INGRESADOS TRAS EL PARTO	– Ausencia de 2 Horas Diarias con retribuciones íntegras – Reducción de hasta 2 Horas con disminución proporcional de retribuciones
GUARDA LEGAL: – Menores de 12 años – Mayores con especial dedicación – Discapacitados sin actividad retribuida	Reducción de Jornada con Disminución de sus Retribuciones (Desde 1/8 hasta 1/2)
Cuidado Directo de Familiar hasta 2º Grado por: Enfermedad, Accidente o Edad que no pueda valerse por sí mismo y no tenga actividad retribuida	Reducción de Jornada con Disminución de sus Retribuciones (Desde 1/8 hasta 1/2)
CUIDADO DE FAMILIAR DE 1º GRADO CON ENFERMEDAD MUY GRAVE	Reducción de Jornada hasta el 50% durante 1 Mes con carácter retribuido
Asistencia a Familiares con Discapacidad 33% o superior, hasta 2º Grado	Por el Tiempo Indispensable para la asistencia a reuniones de coordinación en el Centro donde el discapacitado reciba atención
EMPLEADAS PÚBLICAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Tendrán derecho a reducción de la jornada (con reducción de haberes) o a la reordenación del tiempo de trabajo	Las Faltas de Ausencia, totales o parciales, tendrán la consideración de justificadas por el tiempo y en las condiciones que establezcan los Servicios Sociales
PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE AYUDA Y COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y HUMANITARIOS	Máximo 3 Meses con Retribuciones Íntegras

BIBLIOGRAFÍA

García Barreno, Pedro y otros (2011). **Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español**, Madrid, Academia Europea de Ciencias y Artes.

Lucas Marín, Antonio, y otros (1994). **Sociología para la empresa**, Madrid, McGraw-Hill/Interamericana de España.

Moreno Peláez, Florentina (1997). “Aprendizaje organizativo y generación de competencias”, Conferencia editada en la **Revista Española de Investigaciones Sociológicas**, nº 111.

Mouzelis, Nicos P. (1991, 3ª ed.). **Organización y Burocracia. Un análisis de las teorías modernas sobre organizaciones sociales**, Península

Rifkin, Jeremy (2014). **La Sociedad de coste marginal cero**, Barcelona, Paidós.

Sabando Suárez, Pedro (2005). “Tareas pendientes en política sanitaria”, número titulado *Sistema Nacional de Salud ¿Patrimonio único?*, **ARBOR**, nº 710, Tomo CLXXX, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Stahl, Thomas (1993). **La Organización cualificante**, Comisión de las Comunidades Europeas.

Stiglitz, Joseph E. y Greenwald, Bruce C. (2014). **Creación de una sociedad del aprendizaje**, Madrid, La esfera de los libros.

Weber, Max (1954). **On law in Economy and Society**, Cambridge, M. Rheinsteind Ed.

ÍNDICE

1 PRÓLOGO. EL DÍA QUE CONOCÍ A IRENE	
Dr. V. Rubio Herrera.....	177
2 LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO.....	179
A. CURAR Y CUIDAR.....	179
B. LA DIGNIDAD HUMANA MARIMAR Y CARMEN, DOS HISTORIAS INSPIRADORAS.....	181
C. CONCIENCIA SOCIAL.....	185
3 LA HUMANIZACIÓN.....	189
A. MARCO UNIVERSAL.....	189
B. DE PACIENTE A EJEMPLO PARA OTROS.....	193
C. LA ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES.....	196
D. CUANDO LOS RECURSOS NO LLEGAN.....	198
4 PARTICIPACIÓN Y RESPONSABILIDAD DE LOS PACIENTES ..	199
A. RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL.....	199
B. MI CASO.....	203
C. EL DIARIO MÁS TRISTE DE MI VIDA.....	209
D. DEPORTE. CONSTANCIA Y VOLUNTAD.....	224

EL PACIENTE LA CLAVE DEL SISTEMA

IRENE VILLA GONZÁLEZ



1

PRÓLOGO

EL DÍA QUE CONOCÍ A IRENE

DR. V. RUBIO HERRERA

Ex-jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Gómez Ulla

El 17 de Octubre de 1991 había comenzado mi sesión quirúrgica como otros días.

A eso de las 9 de la mañana nos alertan de un nuevo atentado terrorista de ETA en Aluche, comunicándonos que dada la proximidad del lugar del atentado con nuestro hospital, el Gomez Ulla, previsiblemente serían evacuados heridos. Rápidamente cancelamos las intervenciones quirúrgicas no urgentes programadas para ser operadas ese día y nos preparamos para recibir una emergencia. Efectivamente, en apenas unos minutos camilleros nerviosos y con la mayor diligencia nos pasan al quirófano a una niña de unos 12 años. La situación es dramática. La niña tiene la cara ensangrentada, con manchas de humo negro y terribles heridas en manos y sobre todo piernas con amputación de las mismas. Está inconsciente. Ante la estremecedora imagen el personal sanitario reacciona muy indignado, no es posible comprender que alguien pueda haber cometido semejante salvajada a una niña. Hay nervios, prisas, lágrimas, es necesario estabilizar con prontitud a la víctima. Así se hace y en unas horas, después de una delicada intervención quirúrgica colaborando en ella varias especialidades de forma simultánea, la paciente ingresa en la UCI.

Ese día conocí a Irene.

Se inició así su larga estancia en nuestra planta de Cirugía Plástica, con varias intervenciones quirúrgicas encaminadas a cubrir con injertos de piel las zonas expuestas, remodelación de muñones, mejorar cicatrices, curas dolorosas y

también una gran dedicación por parte de todo el Servicio para recuperarla en su lucha por la vida.

Como paciente el comportamiento de Irene fue ejemplar. Recuerdo en los primeros días su mirada triste, callada, seria. No preguntaba sobre su estado físico, pienso que en esos momentos no quería saberlo. Fue muy valiente, nunca se quejaba. Su padre era su único vínculo familiar y su gran ayuda. Recibía muchas visitas para darle ánimos: deportistas, políticos, artistas... Pero su expresión era siempre seria, emanaba una gran madurez. Poco a poco su sonrisa, aunque tímidamente, comenzó a aflorar. Ya en aquellos momentos se intuía su talla moral y su carácter de luchadora. Muy pronto comenzó la rehabilitación, no rehuía el dolor ni el esfuerzo que le suponían horas de trabajo en el gimnasio. Era muy constante. Con 12 años, y a pesar de sus condiciones anímicas y físicas, nunca se quejó. Fue un ejemplo para todos. Lentamente su vida se fue orientando y la aceptación de su situación fue el factor clave que la llevó a su éxito en la vida: Universidad, deportes, escritora, matrimonio, hijos... **Una vida plena, completa.** ¡¡Pensar que algunas personas, inicialmente, llegaron a decir que ante las terribles secuelas, que sin duda tendría que afrontar, quizás no mereciera la pena vivir así!! Ella ha demostrado que la vida es un don que hay que conservar a toda costa y que la felicidad es posible alcanzarla a pesar de cualquier circunstancia adversa.

Hace poco tiempo tuve la alegría de volver a verla. En un momento determinado le pregunté por algo que no terminaba de comprender: “¿Como puedes perdonar a alguien que no pide perdón por el mal hecho?”. Su respuesta fue categórica: “No se puede vivir odiando, la vida es muy hermosa para malgastarla en odio y rencor”.

Ahora Irene siempre sonrío.

2

LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

A. CURAR Y CUIDAR

La calidad de nuestro sistema sanitario se basa fundamentalmente en procurar el bienestar integral del paciente sin condicionantes y de la forma más plena posible.

Existen tres tipos de sistemas sanitarios: 1. el liberal donde el libre mercado regula la cobertura sanitaria de la población financiada de forma particular o a través de las empresas, 2. de seguros sociales iniciado en Alemania que proporciona asistencia a todos los ciudadanos que se financian a través de cotizaciones obligatorias de trabajadores y empresarios y con propiedades tanto pública como privada de servicios (Francia, Holanda o Alemania) y 3. servicios nacionales de salud como los de Gran Bretaña, Islandia, Dinamarca, Italia y España que se caracterizan por una cobertura total a la población por igual, de financiación pública a través de impuestos, con propiedad y control del abastecimiento de servicios.

Nuestro sistema Nacional de Salud está formado por los servicios de salud de las 17 comunidades autónomas y la gestión de las dos ciudades autónomas Ceuta y Melilla. Precisamente la referencia de competencias a las comunidades autónomas no mejora la equidad ni la gestión de los servicios, lo que se agravó con la llamada crisis económica.

Como apunta el doctor Ángel Martín Sánchez en su libro “Manual de instrucciones para el uso de la vida”, medicina y sociedad son inseparables. Los sistemas de salud están sometidos a las presiones de contextos culturales, económicos, políticos, y tienen por lo tanto dificultades y sociales. Los principios que debería

cumplir su actuación, apunta el doctor, son: mantenerse independiente respecto a las presiones que puedan surgir, definir sus fines con honestidad siempre en beneficio del ser humano actuando con equidad y justicia social, implicarse en profundidad y neutralidad con el ser humano, implicarse en la atención integral del ser humano y no solo en aspectos físicos o mentales que presentan deterioro; y la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; reciclar su formación dando más importancia a aspectos humanísticos y colaborar con las profesiones sanitarias procurando una medicina eficiente, ponderando los recursos con los que cuenta.

La calidad por tanto del sistema sanitario no se mide solamente por los casos de curación si no también por los cuidados que se obtienen en el proceso curativo. Porque los objetivos claros son dos: curar y cuidar. Por ello en el entorno médico uno de los principios que rigen fundamentalmente es el de beneficencia que es la obligación de actuar de la mejor forma para el bien del paciente pero sin olvidar el principio de autonomía (capacidad para tomar sus propias decisiones e incluso el derecho a equivocarse y respetar los principios y valores de cada individuo).

También es importante el principio de justicia ya que todos merecemos un tratamiento igualitario que evite desigualdades, discriminaciones y que suscite malestar entre los conciudadanos. En definitiva, que no exista ningún tipo de condicionantes que puedan llegar a marginar a algunos individuos. Esto requiere también que se haga una adecuada gestión de los recursos existentes. Éste principio se ha visto comprometido por la diferencia de las comunidades autónomas y más de un paciente se queja por el distinto trato, o trato de favor en según qué comunidad autónoma estés empadronado. La descoordinación de las comunidades autónomas supone a veces un freno a la eficacia de nuestro sistema sanitario que depende más de políticas generales que del propio sistema Nacional de salud.

Del mismo modo en que somos un altavoz de ruegos y quejas que ayuden a mejorar nuestro sistema sanitario, es justo también alabar y compartir las maravillas y buenas experiencias dentro del mismo. Desde luego que tenemos motivos para sentirnos orgullosos de la Marca España, un país con grandes deportistas, especialmente, permítanme que lo recalque, mujeres guerreras e imparables, lugares increíbles, gastronomía insuperable y mil virtudes más. Somos líderes en energías

renovables, transplantes y donación de órganos, entre otras dignidades. Confiamos en los médicos, las enfermeras y todo el entorno sanitario, más aún cuando te toca enfrentarte a una tercera cesárea, como fue mi caso, ¡sobre todo después de haber leído experiencias no muy agradables en diferentes blogs! Pero la confianza es vital para sobrellevar este pequeño gran trance lleno de emociones, ilusiones, deseos y preocupaciones que convierten tu vida en una pequeña montaña rusa emocional que te prepara para ese gran cambio fisiológico que cambiará tu útero materno, con el que has convivido nueve meses (y que después siempre se echa de menos), por una nueva vida a la que alimentar, cuidar y poder sostener en tus brazos. La humanización sanitaria unida a la excelencia de este colectivo, convierte a España en uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. Un trabajo vocacional, a veces demasiado duro por recibir más lamentos que agradecimientos, que valoramos en esos momentos críticos e inolvidables. Desde luego que el amor puede con todo y la resiliencia que tenemos o nos vemos obligados a desarrollar, es un gran motor. Dicen que el corazón de las madres se multiplica con cada hijo que nace. Y como los hermanos son quienes nos permiten principalmente ejercitar el arte de amar (las personas más cercanas a nuestra vida emocional y afectiva: un gran regalo que nos facilita ese largo trayecto por la senda de la felicidad) afrontamos cada nacimiento con plena confianza en el personal sanitario: nuestros ángeles en la tierra.

B. LA DIGNIDAD HUMANA. MARIMAR Y CARMEN, DOS HISTORIAS INSPIRADORAS

También veo como un punto muy importante de la calidad de nuestro sistema Sanitario el respeto a la dignidad humana: además de procurar el bien del enfermo, hay que contar con él, hay que tener en cuenta su persona con información veraz y asequible.

He tenido la suerte de conocer a dos mujeres que son el ejemplo vivo de la alegría y el agradecimiento por la vida pese a la enfermedad.

La vida de Marimar García Garrido es la historia más inspiradora que he conocido en mi vida. Nació en 1985 y a los seis años comenzó a sentir falta de movilidad en las piernas, a cansarse más de lo normal, a caerse con facilidad... aquellos síntomas degenerativos fueron afectando a todo el cuerpo, sin que los médicos supie-

ran decirle por qué. Ella misma lo bautizó como “la enfermedad de Marimar”. No tiene diagnóstico pero sí terapias y sesiones que van consiguiendo mantener una escasa pero exprimidísima calidad de vida que Mar emplea en sonreír, disfrutar, ayudar a quien lo necesite... pero también en estudiar, leer, aprender... es licenciada en Periodismo con buenisimas notas, y hoy sigue estudiando, apasionada por la música y el cine, aunque no está del todo de acuerdo con el mensaje final de la película “Mar adentro”, porque ella está en el lado opuesto, tanto, que si hubiese conocido a Ramón Sampredo, seguro que le habría hecho cambiar de idea. Viaja dos veces al año a Lourdes y ha burlado la parca unas cuantas más.

Según avanzaba la enfermedad, Mar se fue sometiendo a nuevos tratamientos. Acude diariamente a una sesión de rehabilitación para retrasar lo más posible los efectos de la enfermedad. Los fisioterapeutas trabajan en el desbloqueo, para que pueda realizar las funciones vitales, como respirar, mejorar la circulación, la digestión y toda su fisiología.

“Soy activa, quiero hacer cosas, y si puedo no paro en todo el día”. Asiste también a seminarios y conferencias. Puede moverse en su silla de ruedas, cuyo movimiento activa con un mando pegado a su barbilla. No quiere perderse nada, y aunque a veces se cansa de moverse de un lado a otro gracias a su barbilla, tiene una vida social más ajetreada que la de muchas chicas de su edad.

Los primeros días en la universidad, como todos los comienzos, fueron difíciles. Los compañeros no sabían cómo reaccionar cuando se la cruzaban por los pasillos. Muchos por desconocimiento. Otros porque ignoran que una persona con tal enfermedad tan evidente por fuera, pueda ser completamente sana y lúcida por dentro. Pero ya se encargó ella de acercarse a sus compañeros y presentarse sin tapujos. Pronto supo demostrar quién era. No iba a permitir sentirse marginada. Sólo tenían que conocerla y aceptarla tal y como era, del mismo modo en que ella misma lo había hecho desde hacía muchos años. No pensaba renunciar a la vida que hubiera llevado si aquella extraña enfermedad no hubiera inmovilizado su cuerpo. Tuvo que abrirse camino en aquel nuevo y desconocido ambiente, y lo hizo. Lo que más le ayudó, lo reconoce, fue su espíritu optimista. Nunca falla. Ni en la situación más inimaginablemente límite.

“Hay días grises en los que quieres estar en la cama todo el día y hay otros que digo: pues no, se van a enterar de quién soy yo”.

Sus padres son su principal apoyo. Su madre le hace las curas, la lleva a la universidad, siempre atenta a lo que Mar pueda precisar. Es también su amiga y confidente. Su padre busca también soluciones para encarar las adversidades que, sin avisar, presenta la enfermedad de su hija, en un hogar lleno de amor, comprensión y una madurez en todos los seis hermanos poco común. Todos conocen su papel, se ayudan, cooperan como en una estrecha comunidad, en la que hay que trabajar para mantener el barco a flote. En la que el respeto, la comprensión y el amor, son los ingredientes básicos. Con esas válidas herramientas, no existe el miedo a los problemas. Con la unión de la familia, todo se supera.

Con una mente poderosa y una voluntad de hierro, jamás se queja de los constantes y fuertes dolores. Ahí va el mensaje de Mar, generosos y sensibles sentimientos que expresa con una dulce y tenue voz: “Estar imposibilitada no me va a cortar mi vida. Vivo. No sé lo que va a pasar el día de mañana, así que trato de vivir el día a día con la mayor intensidad”. “Hay que disfrutar del momento, con lo que tienes. No soy ninguna filósofa ni sabia, pero lo que quiero que entienda la gente es que yo lucho y no me importa lo que piensen los demás, pues la dignidad sólo me la puedo quitar yo y nadie más.” Eternamente gracias, por darnos tanto y enseñarnos que sabiendo que se puede, y queriendo que se pueda, uno puede disfrutar de la vida por muchos obstáculos que en ella encuentre. Y la clave, el origen de la recuperación, como siempre, está en creerlo, en una actitud positiva.

Carmen Bautista tampoco se rinde ante los desesperanzadores pronósticos de una enfermedad degenerativa, sus actitudes positivas e inteligentes le han conducido a una vida plena y llena de éxitos.

Todos los médicos le han dado siempre dos años de vida. “Desde que tengo uso de razón, llevo escuchando que no hay tratamientos para vencer mi enfermedad”. A los tres meses, una meningitis dejó a Carmen sin el control sobre su cuerpo. No tenía fuerzas para dar sus primeros pasos y comenzó, siendo aún casi un bebé, su peregrinaje por las consultas de los médicos.

A los once años detectaron una desviación en su columna. Su adolescencia fue dura porque sólo podía dejar la cama una vez cada quince días o incluso una vez al mes. Echaba de menos las experiencias que vivían las niñas de su edad.

A los veintidós años, su máxima ilusión era salir de la cama. Para ello, hacía cuatro horas diarias de rehabilitación en un centro de fisioterapia. Hasta que un médico “me desahució”. Ahí se dio cuenta que tenía que ser ella quien llevase las riendas de su vida, quien desafiase, con su fuerza y su actitud, el malogrado destino que todos se empeñaban en augurar.

Empezó así, a interesarse por prácticas que sí podían retar ese cruel destino vaticinado. Se formó en técnicas de meditación, control mental, el poder de los pensamientos... y así, justo en el momento en el que todo apuntaba a que su hora había llegado, decidió hacer una lista con diez deseos, diez metas en la vida, que se opusieron firmemente a que su vida tuviera que acabarse y le llenaron de ilusión el corazón. Aquellos diez deseos, motivaron hasta tal punto su vida, que en los siguientes diez años todo fueron metas conseguidas y objetivos cumplidos.

El más ambicioso deseo fue trabajar. Quería tener una obligación que le exigiese salir de la cama y que le reportase una ayuda necesaria para poder pagar su piso sin escaleras y no depender de nadie.

Su ahínco y tozudez, hicieron que no abandonase ante nada. Ni las recomendaciones de otro médico de no trabajar, ni los virulentos auspicios de problemas y amenazas a su propia vida, ni siquiera las neumonías por las que tuvo que pasar, significaron un freno en su carrera profesional.

Supo que “las crisis de pereza” la sumían en un agujero cada vez más hondo. Era consciente de que en los momentos de inactividad, era cuando su vida más riesgo corría. Por eso, quiso mantenerse siempre activa. Incluso cuando su cuerpo trataba de quejarse de alguna forma, ella realizaba su trabajo.

Llegó a congregarse a veinticinco mil personas en un evento para concienciar a la sociedad de los problemas que causan las barreras arquitectónicas. Fue un largo periodo de trabajo con etapas de hospitalización incluidas. Hasta desde una cama de hospital, Carmen hacía las llamadas pertinentes y organizaba reuniones con el político de turno. Aunque estuviera, como ella misma dice “muriéndome”, no abandonaba el pie del cañón.

Cuando no existe fuerza física, es la mente la que se encarga de hacer el trabajo doble. Carmen tenía muy claro que debía prepararse a un nivel superior, si que-

ría superar todas las barreras que la vida tenía para ella. Fortalece partes de su cuerpo mentalmente, realiza ejercicios de relajación y meditación diariamente.

Sabe que cada noche corre el riesgo de sufrir apnea, dejar de respirar... y hace control mental antes de acostarse para despertarse si esto ocurriera. También tiene que tener mucho cuidado al masticar los alimentos. Sabe que si no lo hace bien, podría asfixiarse. Una vez le ocurrió y tuvo que ser ella misma quien diera las órdenes para salvar, una vez más, su vida. “Túmbenme en el suelo y aprieten mi estómago”. Gracias al control que ella tiene sobre su cuerpo, al extremo conocimiento de ella misma, pudo salvarse de nuevo.

Su primer corsé lo tuvo a los quince años pero le producía dolor y yagas, hasta que veinte años después, logró liberarse de aquella tortura constante, gracias a una exitosa operación de columna. Lo cierto es que aquella operación entrañaba muchos riesgos, pero Carmen puso todo de su parte para acabar con el calvario de las yagas, la obstrucción de sus pulmones obstruidos e incluso para aumentar su capacidad pulmonar con el fin de poder ser anestesiada sin un dramático desenlace final.

Me cuenta su cuñada que tuvo que darle fuertes golpes para poder casar las flemas que ocasionarían la despedida inminente de este mundo. Su voluntad y su tesón le llevaron a realizar cada día de su vida, ejercicios que aumentarían muy lentamente su capacidad pulmonar. Tenía que alcanzar ese requisito mínimo para poder entrar al quirófano con alguna probabilidad de éxito. En aquel estado, no había esperanza. Carmen luchó y con la ayuda de un solo pulmón, consiguió que le pusieron cincuenta y seis tornillos en la columna, en lugar de aquel corsé que le suponía un gran obstáculo a su calidad de vida.

Así, ganando batallas, es como Carmen vive una vida llena de amor, ayuda y retos. El más grandioso y valioso, fue formar una familia a la edad de 58 años. Y es que nunca es demasiado tarde.

C. CONCIENCIA SOCIAL

El resto de los mortales solo damos importancia a la salud cuando la perdemos. Siempre es momento de agradecer a organizaciones como Cruz Roja y demás organismos que curan las heridas, a fundaciones que ayudan a perso-

nas dependientes, por enfermedad, accidente invalidante o vejez... estas ONGs hacen un trabajo imprescindible. También agradecer a los médicos sus milagros de vida y reconstrucción.

Recuerdo cuando fue noticia el noveno trasplante de cara del mundo. Y es que la medicina, la tecnología, los procedimientos avanzan y el motor de ese progreso es el bien de las personas: que logren recuperar la movilidad, la sensibilidad, la capacidad de hacer cosas que tenían prohibidas o inalcanzables. La ciencia debe avanzar al servicio de estos ángeles llamados médicos, quienes se enfrentan a duros momentos, toman decisiones en horas límite, lidian con enfermedades letales, con accidentes que dejan secuelas inverosímiles, con juicios críticos a veces duros otras injustos... médicos que te hacen volver a vivir, en cuyas manos nos ponemos con fe ciega y confianza infinita.

El futuro desvela la esperanza de muchísimos enfermos en todo el mundo. Así como las personas amputadas nos beneficiamos de los avances en biomecánica y robótica, quienes conviven con enfermedades crónicas, tienen ya grandes expectativas de un futuro más saludable. La salud es para muchos una quimera. Confiamos en nuestro personal sanitario, y en los avances de nuestro sistema de salud. Por ello celebramos por todo lo alto que un tratamiento experimental aquí en España haya logrado alterar el sistema inmunológico y curar pacientes con enfermedad de Crohn. Se trata de resetear el sistema inmune para encontrar la cura también a otras enfermedades de origen autoinmune como la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple o la psoriasis que aparecen por un error del sistema inmunológico.

Pero toda esperanza está ligada a riesgos: dicen que es muy esperanzador pero existe riesgo de muerte y sólo merece la pena en casos muy concretos. Pues toda nuestra gratitud y, por favor, sigan investigando.

Tenemos una gran suerte y es que un país que funciona en sanidad, es un lugar con gran potencial en muchos otros campos. Y una cosa más de la que enorgullecernos es que España es líder mundial en donación y trasplante de órganos. Los datos son abrumadores, estamos cuatro veces por delante de Alemania y diez de Estados Unidos. El doctor Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes, no duda en alabar a unos profesionales muy formados que han salvado ya más de medio millón de vidas gracias a un

trasplante, y por supuesto a sus donantes. Hemos de seguir batiendo récords en este tipo de generosidad.

Nuestro exitoso e imitado sistema, requiere solidaridad y cohesión, ya que todas las comunidades son vitales en el proceso. Ante la creciente demanda de órganos, sabemos que es muy sencillo hacerse donante de órganos en ont.es y que, en vida, también pueden donarse médula ósea, riñón o hígado, además de sangre y otros tejidos vitales en el tratamiento de algunas enfermedades.

En el verano del año 2016, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se realizó el mayor trasplante multiorgánico de un donante en parada cardíaca: se logró trasplantar cuatro órganos de un paciente "a corazón parado". Se extrajeron y transplantaron cuatro órganos: pulmones, hígado, páncreas y riñones. Algo de suma complejidad y además el primero a nivel internacional: "Trasplantes multiorgánicos de pacientes en muerte cerebral (con el corazón aún bombeando) ha habido muchos, pero la donación a corazón parado es una novedad (...) En los últimos años han aparecido técnicas para extraerlos y paliar el déficit de donantes que hay en el mundo". La ONT afirmó que es un "avance importante" en la donación de órganos ya que sienta un precedente que aumentaría el número de receptores y disminuiría el tiempo de espera. No perdamos de vista que para seguir siendo líderes en trasplantes, lo que hacen falta son donantes, por eso no dejaremos de insistir en esta concienciación tan necesaria para poder seguir salvando vidas y hacerlo además de forma líder y ejemplar para el resto del mundo.

La conciencia social acerca de la salud se extiende por Internet, convertido ya en un consultorio médico: más del 60% de los españoles busca información sobre salud en la red. Los buscadores tradicionales copan el 85% de las consultas. Me identifico totalmente. La primera vez que sentí miedo e impotencia fue buscando en Internet la bacteria que tenía alojada en mi fémur (tras la operación que más adelante relataré). Leí de todo y nada positivo. El hecho de enfrentarte a una difícil operación, a una infección, o a un diagnóstico imprevisto por un accidente, una lesión o cualquier tipo de hecho desafortunado, genera una serie de miedos y dudas que nos acaban conduciendo a la red, o lo que es lo mismo: el oráculo más accesible de todos los tiempos, uno de los lugares en los que cabe muchísima información y no toda fiable. Ese ciberespacio al que debemos tantos avances y

comodidades por la gran accesibilidad y la democratización de la información y el conocimiento, pasa a convertirse en un peligro y mal consejero cuando damos con esa gran parte incorrecta e incluso negligente. Cierto que las consultas on-line son rápidas y no requieren esperas ni desplazamientos, pero como mucho sirven para resolver dudas básicas, muchas veces pueden equivocarnos e incluso llevarnos a la más pura desesperación. Es esa caja de Pandora que nunca quisimos destapar. Hay miles de páginas que cuentan casos alarmistas y estremeceadores que lejos de ayudarnos, vemos como puras amenazas. Al menor síntoma, ya estamos tecleando en busca de causas y consecuencias y aparece la cibercondría, una hipocondría digital que nos roba hasta el sueño. Pero hemos de tener en cuenta que las enfermedades no se manifiestan en todos por igual, los síntomas a veces pueden dar lugar a equívocos, ciertas respuestas en blogs pueden incluso desencadenar crisis de ansiedad y el autodiagnóstico o peor aún: la automedicación, pueden despertar otras afecciones. Así que tratemos de leer solo lo positivo y obviar lo negativo, porque son los pensamientos, siempre positivos, los que muchas veces nos ayudan a curarnos.

Las medidas de prevención no pueden obviarse porque la salud es lo primero.

También es justo reconocer la labor de quienes contribuyen a la innovación, apuestan por la investigación en España y sacan adelante patentes y proyectos que nos ayuden en ese camino, a veces demasiado arduo y cuesta arriba, hacia la salud o, al menos, hacia una digna calidad de vida.

Y es que tanto la Sanidad y como la Educación son pilares fundamentales. No vamos a dejar de luchar por ellos.

3

LA HUMANIZACIÓN

A. MARCO UNIVERSAL

Dicen que en la batalla de la vida, tarde o temprano, triunfa el que actúa con ética. Todo lo que tiene que ver con el ser humano, la dignidad, la conciencia, la autonomía (materializada por ejemplo en documentos como el consentimiento informado) y la calidad de vida, tiene que estar dentro de un marco universal de respeto a los derechos humanos y de ética. En definitiva, ha de existir un manto de humanización como principio y fin y como sistema de referencia en el que basar todos los principios que garanticen y promuevan la bondad y la beneficencia tanto del trabajo profesional como de las conductas de los pacientes.

Los pilares de la humanización son los pilares básicos como el no hacer algo que no quisiéramos que nos hagan a nosotros, querer para los demás lo mismo que uno quiere para sí mismo, o la afirmación cristiana universal de amar a los demás como a uno mismo. Aunque al margen de religiones, filosofías o ideologías, el principio ético que debe primar es la beneficencia hacia cualquier semejante, la compasión frente al sufrimiento del otro y la caridad y ayuda como forma de vida y sin hacer distinciones. “Haz el bien y no mires con quien”, es un precepto universal, fundamental y necesario para todo el que venga compartir nuestro planeta y como clave de una convivencia pacífica de todas las culturas, razas o religiones, cuya máxima expresión se encuentra precisamente en el entorno sanitario público.

La formación humanística de todos los que trabajan en el entorno sanitario es clave. La tranquilidad que la comunicación de un médico te puede aportar a veces tiene un poder curativo muchísimo mayor al de cualquier medicina. Saberse en

buenas manos, confiar tanto en la aptitud del médico como en la adecuada marcha del proceso curativo y tener esperanza son pilares fundamentales para superar la enfermedad, a veces con mayor eficacia aún que la propia farmacología.

La atención personalizada, humanizada, puede ser posible además aprovechando los avances técnicos. Se puede avanzar en procurar un mayor bienestar al paciente y una excelencia en todas las fases y toda la jerarquía del trabajo sanitario, gracias a los avanzados materiales a nuestro alcance.

La sanidad tiene dos grandes ramas casi igualmente necesarias y vitales, por un lado están los medios tecnológicos, la maquinaria, esa ingeniería casi mágica que consigue ayudar en el diagnóstico incluso en el tratamiento y en la curación de procesos médicos y enfermedades, también por supuesto la farmacología, capaz de llegar a lugares inaccesibles y aniquilar bacterias que parecen imposibles de vencer, pero la otra rama también fundamental, y de la que he podido beneficiarme como paciente en múltiples ocasiones, es la ética y la humanidad que demuestran esos trabajadores completamente vocacionales de la sanidad que nos hacen el camino muchísimo más fácil.

Un trato humano y cercano consigue que a veces un largo, doloroso y tedioso proceso médico, acabes recordándolo como una tapa difícil pero llena de apoyo y amor. Ése sin duda ha sido mi caso, en el que lo que más quiero resaltar y recordar es el cariño de todos los profesionales sanitarios. Creo que gran parte del prestigio de nuestra sanidad es responsabilidad de sus trabajadores, profesionales hacia los que no dudo en expresar mi gran admiración y a los que en más de una ocasión describo como ángeles en la tierra dada su capacidad de obrar milagros y de permanecer a nuestro lado en los momentos más duros. Al margen de su ejercicio técnico y terapéutico, sus cuidados, su empatía y su capacidad para arrancarnos incluso una sonrisa en los periodos más críticos de nuestra vida, son dignos de toda la balanza y máxima admiración.

Hay estudios que demuestran que el desarrollo de la humanidad mejora la salud, incluso la vida, dicen que la esperanza de vida aumenta cuando existen motivación, ilusión por la vida, y eso es justo lo que fomentan esos trabajadores vocacionales y auténticos motivadores que contagian alegría de vivir e incluso el amor por la vida, herramientas vitales en el camino y a las que me refiero como auténticos salvavidas.

Es fundamental la atención integral haciendo especial hincapié en la dignidad del paciente ya que no se trata de un mero mueble a reparar, sino que tiene expectativas, principios, pensamientos, esperanzas... Hay que tener en cuenta todo ello y entender que también influye en sus reacciones el hecho de haber estado con dolor, a veces físico otras moral, o de sentirse solo o incluso saberse en un ambiente hostil del que además probablemente saldrá empeorado, habiendo perdido parte del espíritu con el que ingresó, o afrontando en cualquier caso una realidad con unos condicionantes quizá más oscuros o difíciles de sobrellevar de lo que habría imaginado tener que afrontar, antes de verse involucrado en el proceso médico. La mayoría de las veces creo que es para mejorar, para salir fortalecido, sano, mejor de ese proceso hospitalario, pero es cierto que el paciente en ciertos momentos no lo ve así, y le cuesta comprender el sentido del sufrimiento en ese “paso por boxes” o “tiempo en el taller”, como decimos con grandes dosis de sentido del humor quienes no tenemos otra opción que pasar por ello frecuentemente, en diferentes ocasiones a lo largo de nuestra vida.

Las habilidades sociales y la destreza en los procesos de comunicación del personal sanitario con el paciente son fundamentales porque éste se encuentra en un momento de confusión, incredulidad a veces, desesperanza... emociones que no ayudan en absoluto en el proceso de curación. Aunque el peor enemigo, la peor de las emociones que nos puede invadir, es el miedo, porque nos paraliza y nos bloquea. Quienes han pasado por un largo proceso médico seguro que se sienten identificados con esta emoción que eclipsa todo el amor que tengamos a nuestro lado (y que siempre es la clave de la curación) porque el miedo ahuyenta el amor (del mismo modo que el amor ahuyenta el miedo).

Científicos de la Escuela de Medicina Icahn en el Hospital Monte Sinaí de Nueva York, la Universidad de California en San Francisco, y la Escuela de Medicina de Harvard (EE.UU.) han realizado un estudio rigurosamente diseñado para evaluar el impacto biológico de la meditación, y su efecto necesario y beneficioso como el que provocan las vacaciones. Vieron que quienes meditan tienen menos síntomas de depresión y menos estrés, mucho más tiempo que los no meditadores. Por ello les voy a contar de nuevo algo personal con el deseo de que les inspire y les sirva. A dos meses de dar a luz de mi segundo hijo, compatibilizar el trabajo con malestares, el aumento de peso (8 kilos de más en un cuerpo, como muchos saben, incompleto, pesan mucho

sobre esas dos prótesis de titanio cuyos encajes a veces duelen demasiado) y el agotamiento, se estaba convirtiendo en un auténtico calvario. Dicen que el segundo embarazo suele ser más duro, también mis 36... el caso es que esta vez ni el ejercicio diario, que siempre ha sido mi mayor aliado, ni una sana alimentación, que trato de mantener siempre por estricta necesidad si quiero llevar una vida activa, han podido ayudarme a lidiar con esa falta de energía, el bajo rendimiento y los bloqueos en mitad de la creación de mi segunda novela – que achacaba a la absorción del bebé que crecía en mi interior de toda energía y creatividad-. Sin embargo conocer la meditación ha sido todo un descubrimiento. Con un buen profesor los resultados son maravillosos en nuestra salud física y mental. Reducir la ansiedad y mantener esa paz interior que mejora la relación con nosotros mismos y por ende la que tenemos con los demás, es más asequible para todos con 20 minutos de meditación, dos veces al día. He comprobado lo beneficioso que resulta meditar para la creatividad, pero también para que el sistema digestivo funcione mejor y sentirnos más vitales y energéticos. ¡Por fin encontré algo que me está sirviendo a sobrellevar el trabajo que aún me queda antes de dar a luz a mi segundo hijo! Y sobre todo una herramienta que seguiré usando de por vida porque no solo me da fuerza y potencia mis capacidades, sino que los efectos beneficiosos en la atención, la memoria, la fluidez verbal, la función ejecutiva, la velocidad de procesamiento, la gestión de conflictos... son motivos más que suficientes para adentrarse en ese inexplorado mundo interior a la voz de *ommm*.

Luego la meditación nos humaniza, del mismo modo en que lo hace la generosidad que es fundamental para ser feliz, y también para cumplir nuestros sueños. Sí, nuestros logros y avances son mayores cuanto más nos volcamos en los demás, porque, sencillamente, nos necesitamos unos a otros. Y como unos tienen lo que otros añoran, es necesario, casi vital, entenderse, empatizar y trabajar en equipo, aunque se trate de alguien con quien no vas a volver a cruzarte en la vida, hay acciones que nos permiten avanzar gracias “al otro”. Podemos dar tanto y tan valioso... y no necesariamente económico, sino que es mucho más potente y necesario un abrazo, una sonrisa, un “no estás solo”...

Por ello siempre es momento de recordar la importancia de donar, algo que ha de ser inculcado culturalmente para que los que tengan la posibilidad de seguir viviendo gracias a un trasplante, sangre, médula... puedan hacerlo. También los tejidos humanos pueden transplantarse y resultan vitales en el tratamiento de

algunas enfermedades. La solidaridad incluye contagiar ánimo, ilusión, esperanza, pero también transplantar sueños. Hay mucha gente esperando, por ejemplo, un riñón, y si no dejamos constancia de nuestra voluntad de donar cuando ya no estemos, serán nuestros familiares quienes impidan quizá la oportunidad de dar vida o mejorarla, por no dar su consentimiento. España bate récords en este tipo de generosidad, y nuestra vecina Francia, para aumentar su tasa de donación de órganos – ya que las listas de espera de trasplantes aumentan a mayor ritmo que la de potenciales donantes-, propone que los que no quieren donar se registren en vida, así los familiares del fallecido, que tienden a dar una respuesta negativa al tener que responder sobre la donación en un momento tan delicado, no tendrán que influir en esa decisión. Afortunadamente la medicina y la cirugía avanzan veloces, ojala lo hagan también nuestras conciencias para que cada año más personas puedan celebrar su vida felizmente transplantados.

Del mismo modo en que pedimos al personal sanitario ese importante grado de humanización, los pacientes deben seguir el mismo ejemplo. Sabemos que no se encuentran en su mejor momento pero el buen trato, la buena educación, la comprensión hacia los profesionales y la compasión por otros pacientes, es también básico en su propia recuperación.

B. DE PACIENTE A EJEMPLO PARA OTROS

Una vez que nos recuperamos tenemos una misión para el resto de nuestras vidas: ayudar a otras personas están atravesando las mismas etapas que nosotros ya superamos. Es un compromiso de por vida visitar hospitales para poder contagiar energía positiva hay quienes encuentran en una situación similar a la que nosotras pasamos.

Os cuento uno de los muchos casos que conocí en estas visitas. Como a mí lo que más me ayudó fue ver que otras personas amputadas podían caminar y llevar una vida normal, no me lo pienso cuando me entero de algún caso similar. Lo que más me sorprendió cuando estaba aún hospitalizada, fue que una de las personas que fue a verme, ¡había ido en metro! Aquello se me quedó grabado como estoy segura de que a Lucía no se le olvidará que fuera sola, conduciendo y caminando con plena independencia. Ahora sabe que algún día ella también

lo hará. Eso es lo más importante: saber que se puede. Cuando se trata de personas que, principalmente a causa de accidentes de tráfico, nunca podrán volver a caminar, hay también mucha esperanza que ofrecer. Yo les hablo de deporte adaptado y les pongo el ejemplo de mis compañeras del primer equipo en el mundo de competición de esquí alpino adaptado, que tampoco caminan y son independientes, felices y además, campeonas a nivel internacional.

Pero el caso de Lucía llamó poderosamente mi atención. Estaba deseando conocerla porque las personas que he conocido con amputaciones cuádruples son muy especiales. El primero que conocí fue el nadador paralímpico que tantos éxitos lleva cosechados: Xavi Torres. Su amputación es congénita y fue uno de los primeros en darme tal calurosa bienvenida a mi recién estrenada vida como amputada, que parecía que empezaba una experiencia apasionante. La verdad es que así ha sido. Después, haciendo deporte conocí a Edu, que a los dieciséis años por una meningitis, tuvieron que amputarle los cuatro miembros y ¡hasta esquí! En Corral de Almaguer hay un niño de cuatro años, Adrián, a quien tuvieron que amputarle los cuatro miembros por una sepsis meningocócica cuando tenía solo dos. Gracias a su familia, en especial a su incansable tío Paco, le apoyan fundaciones y hasta la misma Infanta Elena. Ya ha conseguido volver a andar y ayudado por sus manos mioeléctricas, está ganando cada día más independencia. Casos como el de Adri hay tres entre cien mil y la mitad no sobreviven. Le enseñé su foto a Lucía para que admirase su sonrisa y el brillo de sus ojos. “Tú también tienes esa fuerza y vas a lograr lo que te propongas”, le digo. Puedo ver la esperanza reflejada en su rostro.

Lucía es una mujer morena de ojos penetrantes, con mucha energía y mucho carácter. Eso le ha favorecido en su vuelta a la vida, tras los cuarenta y cinco días que pasó en una UCI debatiéndose entre la vida y la muerte y los otros treinta que tardó en recuperarse de las heridas que habían ocasionado sus amputaciones en la habitación 301 del Hospital Universitario de Albacete.

El día que cumplía veinticinco años, doce de noviembre de 2007, Lucía Fernández acudió al hospital con una fiebre altísima y la piel amoratada. Sus hijos pasaron a estar al cuidado de la Junta y el resto de su familia se reunía cada día en los pasillos del hospital esperando una buena noticia acerca de la salud de Lucía. Le practicaron una histerectomía pero la infección no mejoraba y el veinte de diciembre le tuvieron que amputar las manos. Como los síntomas seguían sin remitir, el ocho de enero del

siguiente año, le amputaron también las dos piernas por encima de la rodilla. “Me quería morir”. “No entendía porqué me habían mutilado así. Llegué con fiebre al hospital y salí de allí sin piernas y sin manos. Le pregunté a Dios si merecía yo esto...”, dice Lucía con una emoción que invade la habitación en la que nos encontramos. “Soy una carga... –continúa – Dependo de alguien que lleve de un sitio a otro. Me tienen que lavar, peinar, hacerme el aseo íntimo, cambiarme de ropa. Le digo que poco a poco uno va encontrando los trucos hasta llegar a una independencia plena y que mirar hacia atrás no ayuda porque nadie le iba a devolver lo perdido. Le señalo por dónde son mis amputaciones. Se sorprende de que mi fémur izquierdo sea aún más corto y pueda caminar con soltura. Me dice que ella también ha usado prótesis pero que le provocan un gran dolor los encajes. Al principio es muy doloroso y sigue siendo muy incómodo durante demasiado tiempo, pero los muñones acaban acostumbrándose y el esfuerzo necesario para caminar va siendo cada vez menor. Lucía, con gesto cándido, me dice mirando hacia sus manos, que ella sola no puede colocarse las prótesis.

A riesgo de romper el amigable y distendido clima que se ha creado entre ambas, le digo sosteniendo lo que ha quedado de su mano izquierda: “es una suerte que te hayan dejado este pequeño pulgar”. “¡Sí!, me ayuda a hacer muchas cosas, a coger un tenedor, por ejemplo...” – contesta de inmediato. ¡Qué grata respuesta y qué importante es valorar más lo que se tiene que lo que se ha perdido! Sin duda la pinza es lo estrictamente necesario. Ambas lo tenemos de sobra comprobado.

Me alegra cuando comenta que el que haya cambiado su cuerpo no ha condicionado su alma. “Mi corazón está intacto” dice con una amplia y sincera sonrisa. Le pregunto si alguien en especial ha colaborado en descubrir algo tan cierto y tan maravilloso. “Voy al psicólogo una vez por semana. Me pregunta, hablamos, luego me hace un test para comprobar mi estado psíquico. Eso me está ayudando a recuperar la autoestima, a quererme y a asumir que ya nunca más volveré a ser la misma...” me explica.

Ahora que ha pasado un tiempo, se ha acostumbrado a su nuevo cuerpo y hasta anima a quienes la rodean. A su madre aún le cuesta verla así pero la entusiasta Lucía se encarga de quitar dramatismo y poner alegría allí donde alguien de su entorno se viene abajo. “Cuando a mi madre le invade la tristeza por verme de esta manera, yo le canto y bailo en la silla de ruedas”, me dice.

Lucía tiene una energía arrolladora que transmite involuntariamente a través de sus gestos y, sobre todo, de sus ojos. Dice que la principal lección aprendida desde que

tuvieron que practicarle las severas amputaciones, es la de ser paciente. Ha aprendido a pensar más las cosas. La impulsividad que le caracterizaba, debida también en parte a su joven edad, está dando paso a la templanza. Además ahora se ve con más fuerzas que nunca. Más incluso que antes del pulso a su extraña afección. “Lo que no mata, te hace más fuerte” decimos casi al unísono. Por eso ha llegado el momento de emplear parte de esas energías en luchar por lo que más quiere: sus hijos.

Lo que realmente le importa a Lucía es recuperar a sus cuatro hijos. “Cuánto hecho en falta, Dios mío, mis manos para poder acariciar a mis hijos. A ellos ya no les importa esa falta. Reciben igual mis caricias y yo, mal que bien, los siento. Cuando los toco, a veces cierro los ojos y así puedo sentirlos más...”.

Sus hijos son su principal estímulo, y aunque reconoce que aún hay noches en las que vuelven a su cabeza imágenes de aquella UCI, el despertar en la habitación del hospital y verse sin manos, luego sin piernas... está dispuesta a luchar. Por ellos. “Muchos días me despierto y no tengo fuerzas ni para respirar – me confiesa-. No le encuentro sentido a la vida. Sólo la idea de mis hijos es capaz de sacarme del infierno interior”.

La medicina, la tecnología, los procedimientos avanzan y el motor de ese progreso tiene que ser sólo uno: el bien de las personas.

C. LA ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES

La medicina no se entiende de otra forma que cuando es ejercida desde la vocación, sin que tenga que verse condicionada por factores externos que desmotiven a los diferentes profesionales sanitarios. Son importantes los medios técnicos pero también los humanos como la cercanía, la escucha activa, la sinceridad, la comprensión, el tacto para decir las cosas, la sencillez... y cualquier cualidad que nos acerque y nos ponga al mismo nivel que el paciente hacia el que hay que sentir especialmente compasión y empatía.

La falta de motivación o el cansancio o la desilusión, incluso por la sobrecarga laboral o posible escasez de recursos técnicos o el exceso de burocracia, a veces también los agravios comparativos con colegas profesionales en otros países, son peligrosos. Pueden llegar a fomentar esa rigidez que caracteriza quizás de forma injusta a una

mayoría de los funcionarios abocada a esa mediocridad tan denostada y criticada, nada positiva ni para el propio trabajador, ni para el entorno ni por supuesto para los pacientes. Sin embargo creo que esto es un porcentaje mínimo ya que la formación humanística de todo el entorno sanitario, el buen hacer y la bondad de tanto médicos como enfermeras como resto del personal, saben que su trabajo es vocacional y que en sus manos está también la gran responsabilidad de aportar el mejor regalo que es sin duda la calidad de vida. Por ello la Humanización es tan importante.

El humanismo es sin duda algo esencial en el ejercicio de la medicina y sin él, sin esos valores humanos fundamentales tanto como ética profesional como pilares incuestionables y como principio y fin de todo, no se entendería la labor de los médicos. Una labor regida fundamentalmente por la entrega más absoluta, que se antepone incluso a su vida familiar, ya que la mayoría de los médicos a los que tanto admiramos y tanto debemos, se vuelcan físicamente y emocionalmente con sus pacientes. Esto ayuda a una favorable relación médico-paciente, que deje de ser unidireccional y meramente informativa para que se procure una relación más estrecha, si bien es profesional, que sea también humana. Aunque todos sabemos que existen casos en los que la relación es mínima, fría e incluso indiferente, pero de nuevo he de decir que son los casos mínimos que no deben eclipsar ni manchar a esa mayoría que pone su corazón en todo lo que hace.

También la humildad, como en todas las profesiones, es fundamental, sobre todo en los médicos tan refutados y laureados cuya práctica curativa casi milagrosa no debe endiosarles sino confirmar su buen hacer y ratificarles en el buen camino y en el trabajo bien hecho.

Creo firmemente que el personal sanitario se esfuerza por mejorar la atención primero por esa obligación moral de respetar la dignidad humana, pero también porque saben que en el proceso de curación influye significativamente cómo se sienta el paciente. Procuran que su paso por la difícil etapa sea llevadero e incluso placentero, pese a que haya enfermos difíciles de tratar. Pero no van a lograr que su actitud vocacional, generosa, compasiva, altruista se vea afectada por la actitud negativa de esos a los que tanto les cuesta precisamente ser pacientes, como requiere todo el proceso curativo y como indica su propio nombre.

En una actitud positiva y en esos ángeles en la tierra llamados médicos, capaces de obrar milagros, trasplantarnos vida y esperanza, está el origen de la recupera-

ción. Siempre he defendido la labor de los médicos capaces de obrar milagros de vida y reconstrucción. Se enfrentan a duros casos, toman decisiones en momentos límite, lidian con enfermedades letales, con accidentes que dejan secuelas inverosímiles... y muchas veces nos devuelven la oportunidad de volver a la vida.

Por suerte la medicina y los procedimientos avanzan procurando nuestro bien, pero es preciso además una contribución propia a la salud: ser optimistas.

D. CUANDO LOS RECURSOS NO LLEGAN

Como os contaré más adelante, en el epígrafe “mi caso”, mis experiencias en el entorno sanitario han sido francamente gratificantes, tanto en el Hospital Gómez Ulla de Madrid, como en Suecia, donde me sometí a varias operaciones. Salvo algún que otro contratiempo al que te enfrentas al ser operado tantas veces, como fue una dichosa bacteria que no había forma de eliminar, no tengo más que palabras de agradecimiento por el cariño y la maravillosa atención, sin embargo me consta que en España no siempre los recursos permiten una buena estancia en los momentos más duros de la vida.

Por poner un ejemplo, entrevisté a un mujer cuyo padre estuvo en la UCI del hospital de Guadalajara tras sufrir un ictus, y si bien ambos están agradecidos a la asistencia sanitaria, por la intachable práctica de los médicos, las instalaciones sufren unas carencias impropias de nuestra era. La calefacción por el día, dice, es asfixiante, mientras que por la noche el frío no le dejaba dormir en una silla “prehistórica”, palabra textual, y la única manta que le podían administrar era para el enfermo. También se queja de los tres meses de espera que hay para cualquier consulta, de la falta de un aparcamiento sin coste y de que las obras de la ampliación del nuevo hospital llevan años paradas, con el agravio que eso supone para miles de alcarreños.

También existe otro problema, me cuenta, en pueblos aislados, donde la escasez de ambulancias en determinadas zonas supone riesgo para el paciente que además nunca puede ir acompañado.

Además tuve ocasión de entrevistar a una persona que, estando en Sierra Nevada, en un curso de iniciación al esquí adaptado de la Fundación También, requirió los servicios del Hospital de Granada, y estuvo siete horas esperando a que le hicieran un TAC.

4

PARTICIPACIÓN Y RESPONSABILIDAD DE LOS PACIENTES

A. RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

La salud tiene un importante componente vital a nivel individual, lo que nos hace plenos responsables de ella: nuestros hábitos. Si no son saludables hay que cambiarlos, hay que trabajar en ello y buscar mejorar nuestra salud empezando por lo que esté nuestra mano.

Por ello la educación sanitaria es fundamental.

Como decía Shopenhauer: “la salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada”. La prevención también tiene que formar parte del sistema sanitario.

Por ejemplo y como escuchamos hasta la saciedad, abandonar el hábito de fumar es una buena decisión. Eso sí, no lo intenten hasta que realmente quieran dejarlo. Porque la única forma de superar una adicción, es por convicción, nunca por obligación. Por eso, hay que abrir los ojos a la realidad. Para convencerse de dejar de fumar, hay muchas cosas que ya sabemos. Como que al año mueren en España 50 mil personas por culpa del tabaco, que provoca muchísimas enfermedades, que facilita cansancio, dificultad para respirar, tos crónica, catarros, infecciones... Sin embargo, como solemos negar estas realidades para escudarnos, creo más potentes otros hechos más cercanos. Me refiero por ejemplo a la libertad que supondría no tener que depender nunca más del paquete de tabaco. Es maravilloso no tener que estar pendiente de que termine la película para poder fumar.

Además hay muchas actividades que son incompatibles con fumar. Hay que sacrificar mucho para poder seguir fumando. Y eso, sin tener en cuenta todo lo que podríamos

hacer con el dinero que ahorraríamos. Solo limitando los espacios de los fumadores, no creo que se consiga, la psicología es un pilar fundamental en el tratamiento de las adicciones. Son sobradamente demostrados sus éxitos en el abandono de drogas, incluidas el alcohol y el tabaco. La terapia es eficaz, permanente y económica. El apoyo psicológico, que todos en algún momento precisamos, no se nos puede negar. Tanto con ayuda, como sin ella, pero sí con voluntad y convencimiento, conseguirás dejar atrás el tabaco, eso sí, siempre y cuando sea eso, lo que realmente desees.

Los médicos saben, por ejemplo, que nada tiene que ver la recuperación de un enfermo triste, pesimista que cree que se va a morir, con el que sabe que está en una etapa dura pero que se recuperará y volverá a llevar una vida normal. Su actitud será decisiva en su recuperación.

Dice la canción: “tres cosas hay en la vida: salud, dinero y amor, y el que tenga esas tres cosas, que le de gracias a Dios”, yo creo que teniendo optimismo, esas tres cosas vienen. El optimismo mejora la salud, aumenta la autoconfianza, y esa autoconfianza hace que nuestro rendimiento en el trabajo sea mayor y por tanto más productivo. Además no hay algo que más atraiga de una persona que su optimismo, sentido del humor y capacidad de resolver situaciones e incluso aprender a disfrutar de todo. Lo bueno es que el optimismo se puede aprender. Como todo en la vida, es cuestión de práctica, constancia y entrenamiento.

Ser optimista no es verlo todo color de rosa, como los críticos o los pesimistas podrían reprochar, sino que se trata de apostar fuertemente por las capacidades humanas. No pretende que desaparezca el mal o no existan adversidades, sino que pueden ser superadas. En última instancia, el optimismo hace que te sientas feliz, y como se sabe que los mayores logros se han conseguido en momentos de felicidad, el trabajo será más eficaz y provechoso siendo optimistas.

La actitud positiva se relega al campo de la personalidad, “qué suerte que seas tan positiva”, me dicen, pero estoy segura de que todos podríamos integrar esas actitudes positivas si nos lo proponemos, aunque no vaya con nuestro tipo de personalidad. Ya que sabemos que sus frutos son tan beneficiosos, podemos y debemos aprender a ser optimistas.

El optimismo fue para mí sin duda el gran ingrediente para llegar a alcanzar todos los retos y para terminar cada etapa con satisfacción.

Me ha ocurrido que en los momentos más difíciles, al afrontar dificultades en soledad, no exenta de dolor, cobran sentido muchos capítulos de la vida. En los duros trances, aflora la esperanza como un torrente garante de vida. Es incluso cuando más valoras lo que tienes. Cuando corres el riesgo de perder algo, es el momento en que lo aprecias como nunca lo habías hecho. Algo que ocurre especialmente con la salud. Nuestra conciencia se centra en ello y empiezas a luchar con valor y empeño para recuperar lo perdido. En ese momento el sentido de la vida supera cualquier obstáculo. El hecho de luchar, tomar las riendas en las situaciones límites, emplear todas las fuerzas que requieren los cambios, supone un progreso y una satisfacción personal que hace que la vida cobre el sentido que parece desvanecerse.

Ese sentido vital, a veces desaparece porque nos vemos impotentes ante una realidad hostil, porque creemos que la situación negativa se escapa de nuestro alcance, porque nuestra lucha, quizás, no tiene ninguna garantía de éxito... estos son los pensamientos que nos hacen perder, sentirnos derrotados, antes incluso de haberlo intentado.

El pesimismo te hace ser la persona más desgraciada del mundo sin embargo con ciertas dosis de optimismo ves que existen nuevas posibilidades. Que no todo acaba aquí, sino que hay una nueva vida y que existen nuevas oportunidades.

Por ello no podemos permitirnos caer en el desaliento, el miedo o el victimismo. Lamentablemente la ilusión no se puede regalar pero está en la mano de cada uno conseguirla porque la llevamos dentro. Sólo encontrándola en nuestro interior podremos invitarla a salir para que nos acompañe en nuestro caminar.

Incluso en los momentos más grises tiene que estar con nosotros, así nos hará ver que la vida continúa, que sigue habiendo cosas por las que luchar y en las que creer. Para mantener esa ilusión, además de ser humilde, agradecer y perdonar, hay que dedicar tiempo a comprometerse, visualizar lo que se desea y pensar en positivo. Será el tiempo mejor invertido.

“Quien no ha afrontado la adversidad, no conoce su propia fuerza”.

Creo que lo que realmente importa frente a la rendición, el fracaso o el desánimo, son la fuerza, la autoestima y los valores.

Sin embargo, en las sociedades más avanzadas importan más los placeres fugaces, el individualismo, la dependencia de lo que hay fuera, el consumismo,

incluso el victimismo. Pero sentirse víctima, aunque lo seas, crea lástima y compasión, algo con lo que no se avanza, sino todo lo contrario: sufres y además al final te quedas solo.

Siempre he pensado que todo pasa por algo y que precisamente ante la adversidad, el ser humano es capaz de desarrollar su potencial. Hasta que no te encuentras en la situación no sabes de lo que eres capaz.

Perder las ganas de crecer espiritual e intelectualmente, significa aceptar que unas limitaciones, muchas veces superables, nos dejen a mitad de camino. Significa no exprimir al máximo las capacidades que poseemos. Significa no aprovechar esa segunda oportunidad como se nos ha brindado.

El problema es que a veces, sobre todo en las sociedades más avanzadas, donde los placeres están al alcance de cualquiera, no encontramos una motivación para mantener el motor de la vida: la pasión. Cuando las necesidades básicas no están cubiertas, como ocurre en los países menos desarrollados, no hay tiempo para deprimirse porque hay que luchar para sobrevivir. En cambio, cuando todo está garantizado, aparecen problemas de índole emocional. Es muy dramático saber, por ejemplo, que la depresión es hoy diez veces más común que en 1960. Además, antes el primer episodio depresivo se daba en torno a los 30 años, y ahora comienzan a darse casos de depresión con tan sólo 15 años.

Las palabras pueden animarte o desanimarte, provocar entusiasmo o depresión, pero una vez que el sentido común ha evaluado correctamente la realidad, hay que decidir un correcto y eficaz plan de acción, habiendo interiorizado unos valores. Pero ¡jojo! Que sean los correctos, ya que tanto amar como traicionar son actos internos de voluntad.

Creo que es importante tener en cuenta los valores porque en ciertos países, el progreso económico ha conllevado una regresión social y de virtudes. En Estados Unidos, por ejemplo, de 1960 a 1990, hubo un aumento del 560% en crímenes violentos, 400% de hijos ilegítimos, se cuadruplicaron los divorcios, cayó un 75% el promedio de rendimiento de alumnos de secundaria... En 1940, el mayor problema de los docentes con sus alumnos, era que hablaban en clase, corrían, desobedecían al orden... pero en 1990, los problemas giraron en torno a las drogas, el alcohol, los suicidios, robos, armas, violaciones...

Creo que este dato es bastante significativo y que es muy importante el papel de los medios de comunicación, sobre todo de la televisión que en los últimos años exhibe contravalores como la envidia, la prepotencia, la ira, la violencia... Lo peligroso es que aparecen como si fueran virtudes porque te permiten, por ejemplo, protagonizar momentos de máxima audiencia.

Sin embargo lo vital para poder salir adelante es la familia, los amigos, pero sobre todo valores, como la constancia, la paciencia, el perdón, el entusiasmo, la autoconfianza...

En mi caso saber que yo no era sólo unas piernas, tener optimismo, esperanza, humildad, perdonar, agradecer seguir con vida, tener curiosidad por cosas nuevas, querer estudiar, aprender, tener amigos, ser valiente, disfrutar con las cosas que tenía... fue básico.

Los valores morales son esenciales. Pese a las transformaciones de la sociedad, las modas, las crisis... los valores deben mantenerse y pasar de generación en generación. Su olvido en las aulas y las familias explica muchos de los problemas actuales, como la competencia, la soberbia, la desidia, la mediocridad... Sobrevivir a toda costa conlleva cotravalores como el egoísmo, el ansia de poder o la envidia, que aniquilan valores en los que germina la felicidad como la solidaridad, la lealtad, la libertad. Saber controlar emociones contrapuestas, tener un ánimo libre de odios, envidias o venganzas, controlar pasiones y cóleras, ser íntegro, es lo que nos da serenidad.

A veces experiencias traumáticas nos llevan a utilizar tranquilizantes o anti-depresivos, pero son sólo sintomáticos, no van a la raíz del problema, como sí lo hacen los pensamientos, los valores, adaptarse a los cambios, comprometerse con el entorno, recuperar la ilusión y la sensación de control...

B. MI CASO

Como muchos sabéis, el 17 de octubre de 1991 sufrí junto a mi madre las secuelas de un coche bomba: ella perdió su brazo y pierna derechos y yo las dos piernas y tres dedos de una mano. Ella trabajaba en una comisaría de policía que probablemente ETA quiso masacrar, pero la bomba explotó justo antes de dejarme en el colegio. Mi madre fue trasladada al Hospital Doce de Octubre y

yo al Gómez Ulla, donde el Doctor Victoriano Rubio y todo su equipo obraron el milagro de devolverme a la vida. Les estaré siempre agradecida por haberme dado una segunda oportunidad que por supuesto no estaba dispuesta a desperdiciar. Ellos hicieron nacer en mí este infinito amor por los médicos y la sanidad.

Después del atentado, todos decían que era una niña especial porque no dejaba de sonreír. Sin embargo, yo siempre he creído que no era ni más ni menos especial que las demás chicas de mi clase, sino que a mí me había tocado demostrarlo. Y si sonreía era por mi bien ya que era abrir la puerta al respaldo de los demás. Si hubiera estado triste y amargada, no habría recibido tanto apoyo.

Solo había pasado una semana de la explosión de la bomba y nuestro aspecto no era aún demasiado agradable. Pero a pesar de las heridas, tanto mi madre como yo vimos vida, entusiasmo y alegría en nuestros rostros cuando gracias a un programa de televisión pudimos vernos a través de la pantalla. Ambas hicimos completa abstracción de las lesiones y nos dijimos esto:

-¡Mi niña!, ¡mi amor!, ¡qué guapa estás! -dijo mi madre con una enorme sonrisa y un ojo cerrado aún por la metralla.

-Tú sí que estás guapa, te quiero un montón -apenas podía hablar de la emoción.



-Y yo, mi vida. Te quiero muchísimo. Pronto me curaré para estar contigo y poder abrazarte.

-Me muero de ganas, mamá. Ya me estoy curando. Estoy muy bien.

Ante todo quería tranquilizarla. Sabía, aunque no me lo dijera nadie, que, en el fondo, se preocupaba mucho por mí. Siempre había tratado de protegerme al máximo. Nunca dejó que nada malo me ocurriera y de pronto, me encontraba en un hospital lejano.

Quienes son capaces de convertir ese bache en una segunda oportunidad de vida, y la aprovechan, son quienes revelan que ese potencial humano existe. Lo hacen con atrevimiento y esperanza y comprueban que los beneficios, tanto sociales como personales, son infinitos.

A veces para empezar a valorarnos, es preciso saltar barreras, superar un bache, demostrar que somos fuertes. Por eso, las dificultades, que en principio vemos negativas y hostiles, son las que nos dan la fuerza y el orgullo, una vez superadas.

Las sonrisas son garantías de triunfo. Sin ella, los frutos tardan mucho en llegar. Una sonrisa, es un acelerador sin igual de cualquier objetivo, ya sea personal, laboral, burocrático...

Una sonrisa nos acerca a nuestra meta de forma más significativa que cualquier otra acción que, sin embargo, precisa de un mayor esfuerzo. Luego sonreír es la actitud más rentable en la búsqueda de objetivos. Sobre todo si en esta búsqueda interfiere la colaboración de otras personas. Hasta en la persona más fría e inmutable, una sonrisa causa algún efecto positivo.

Muchas veces hemos escuchado la importancia de conservar el sentido del humor incluso en las situaciones límites. Y es que es necesario desdramatizar hasta en las situaciones más trágicas para poder superarlas. Hay que intentar minimizar la negatividad de los hechos, para reducir el dolor. El sentido del humor nos devuelve además la paz perdida. Nos da la tranquilidad arrebatada. Por ello, el sentido del humor es acicate de salud mental. Es la herramienta necesaria para no dejarnos abatir por el problema.



Tener sentido del humor no se trata de ser un bromista, un fantástico o un irresponsable, sino que trata de cambiar las actitudes derrotistas o miedosas que pueden seguir a la adversidad.

Cada vez más personas seguimos de cerca la inquietud y la incertidumbre que despierta esa temida enfermedad llamada

cáncer. Por suerte, cada vez más personas, se curan. Mucho tiene que ver el hecho de dar con la enfermedad a tiempo, por ello nos instan a examinarnos, pero también existe una herramienta combativa fundamental: el optimismo. Es una actitud básica para ser feliz, sin embargo se infravalora. Siendo optimista y “sabiendo que se puede”, como insisto en cada conferencia, son muchos quienes superan una enfermedad que, según pavorosos informes, desarrollará un tercio de la sociedad. Pero de todo se aprende.

Mi madre me dio la clave: -Irene, tenemos dos opciones. La primera es vivir siempre amargadas, sufriendo, maldiciendo a quienes nos han hecho esto y encerrarnos a llorar. La segunda es mirar hacia delante y luchar con valor y optimismo por recuperar nuestras vidas. No me lo pensé dos veces y, a pesar de mi corta edad, contesté: -Mamá, elijo lo segundo. Decido que mi vida empieza aquí. Que he nacido sin piernas.

A partir de aquel momento su vida recobró todo el sentido que necesitaba. Asumir un cambio de vida tan radical y con tal naturalidad, le daba la seguridad a mi madre de que no se me pondría nada por delante. Y no hay mayor tranquilidad para una madre que saber que su hija está preparada para lo que venga. Tuviera o no tuviera piernas.

Desde luego que esta decisión ha sido vital durante toda mi vida pero especialmente lo fue cuando tuve que afrontar la operación más difícil de mi vida: la oseointegración.

Gracias a Eugenio Chacón, mi ejemplo, mi guía, supe que en Suecia te incrustaban un tornillo de titanio en el fémur, en el que poder anclar la prótesis, y olvidarte así del molesto encaje.

Desde el primer instante supe que aquella iba a ser la solución a mis heridas. Iba a ser un camino largo, quizá de lloros y sufrimientos que ya tenía olvidados, pero el resultado valdría la pena.

Poder andar sin dolor y estar con mis piernas puestas todo el tiempo que yo quisiera eran la mayor recompensa. El paso de nuevo por el quirófano y la cama de hospital estarían sobradamente compensado con años de largos paseos, infinidad de horas sin molestias y una calidad de vida que no había podido disfrutar desde la adolescencia.



El médico sueco que me operó me confesó que en la primera prueba para ver si te seleccionan para recibir el implante, no solo estudiaban la calidad y grosor del hueso como yo pensaba, sino que veían si la persona iba a ser capaz de soportar las dos cirugías y todo el proceso de adaptación. Cada vez estoy más convencida de que lo más importante fueron, como siempre, las ganas y la actitud.

El viaje hasta el hotel fue precioso. Los verdes parajes suecos que había conocido hacía apenas dos meses se habían tornado blancos.

A la mañana siguiente llegó el momento de demostrar lo que en catorce años había aprendido a hacer sobre dos piernas artificiales. La fisioterapeuta se sorprendió al comprobar que mis marcas eran las de un amputado de una sola pierna. Le dije que llevaba muchos años y, sobre todo, mucha rehabilitación.

Aquel 28 de noviembre de 2005, me acosté más pensando en los preciosos copos de nieve que caían tras la ventana que en que quedaban horas para

abrirme el muñón, vaciarme el fémur y colocarme dentro de él un tubo de titanio. Hizo falta hueso de mi cadera para poder llevar a cabo la operación.

Por la mañana, demasiado temprano como para ser plenamente consciente de ello, tomé tres duchas con un jabón especial, proceso que exigen en Suecia a todos los que van a ser operados. Solo recuerdo el momento en que me dieron la vuelta para ponerme la epidural. Apenas sentí un pinchazo.

Cuando me desperté, el único movimiento permitido en las siguientes veinte horas en aquella sala llamada «de recuperación» era el pestañeo de mis ojos. Tenía tubos por todas partes. No entendía el porqué de tantas vías. Quizá con dos habría sido suficiente. Una para el suero y otra para medicamentos y/o imprevistos. Pues yo tenía cuatro: una en cada mano, otra en el antebrazo izquierdo, y la última en la parte superior derecha de mi espalda. También tenía el medidor de la tensión perennemente en mi brazo y cada cierto tiempo se hinchaba automáticamente para dejar registrada mi tensión en una máquina.

Me alucina todo lo que ha llegado a hacer la máquina en lugar del hombre. Hasta me iba administrando la cantidad justa de anestesia en la médula espinal según los parámetros introducidos.

En esas condiciones, y con la modorra de un cuerpo que ha sido albergue de gran cantidad de anestesia, solo me quedaba dormir. Una dulce enfermera de inmensos ojos azules me dio por primera vez agua, a beber con una pajita. ¡Qué alivio! Era justo lo que necesitaba.

Cuando me subían a planta, el vaivén de la cama por los pasillos del Hospital Sahlgrenska hizo que respondiera al enorme abrazo de recibimiento que me dio mi madre, con la espontánea expulsión vía oral de la anestesia que no había terminado de desalojar por vías más apropiadas.

Los días posteriores no fueron tan malos como esperaba. Los dolores, difíciles de hacer desaparecer por completo, saben controlarlos muy bien en aquel hospital. Desde calmantes de todo tipo hasta una máquina que inyectaba directamente en mi médula un líquido que hacía que no sintiera molestias. Y cada día me fueron quitando cosas.



Lo importante era que ya tenía mi fémur relleno de titanio y un trocito menos de cadera. Afortunadamente, todo salió mejor de lo esperado y a los pocos días estaba volviendo a casa.

Ya en Madrid, y de nuevo con mi pierna de siempre hasta que pudieran ponerme la otra parte del tornillo, seguí entrenando la modalidad que más practicaba por aquella época: esgrima en silla de ruedas.

C. EL DIARIO MÁS TRISTE DE MI VIDA:

Os relataré la experiencia hospitalaria más dolorosa pero a la vez más recompensante de mi vida. No fue en España, y al ser una operación tan costosa, unos mecenas de la Fundación Víctimas del Terrorismo se prestaron a ayudarnos con el pago de la misma. Más adelante, casi recientemente, descubrí que

el Servicio Sanitario de Madrid también ayuda con tratamientos imperiosos en el extranjero:

“En contestación a su escrito solicitando autorización del Formulario E-112 para recibir asistencia sanitaria en SUECIA, le comunicamos que se AUTORIZA dicha emisión, con una validez de 3 meses a partir del 17/03/2016 inclusive.

El formulario E-112 sólo le da derecho a recibir asistencia sanitaria en los mismos términos que los ciudadanos del país comunitario para el que ha sido autorizado.

Este escrito deberá presentarlo en cualquier Agencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social, Convenios Internacionales donde le extenderán el Formulario solicitado”.

Recuerdo con absoluta claridad el momento en que me quité la pierna izquierda por última vez. Fue en el año 2006. Me despedí de mi encaje con el alma llena. Ya nunca más tendría que volver a usar aquel molesto emplazamiento en el que tenía que colocarme cada día si quería caminar.

Reproduzco aquí el diario que escribí para no olvidar ese sufrimiento que la mente borra, para valorar lo afortunados que somos cuando no sentimos dolor, y en especial para vaque todos valoren lo más preciado y sagrado que tenemos: la salud.

Junio de 2006 iba a ser el primer mes de junio de mi vida sin exámenes, libre por tanto de agobios, malestares, noches sin dormir, discusiones gratuitas... sin embargo, también estuvo protagonizado por noches sin dormir, pero no precisamente porque tuviera que examinarme, sino por el dolor.

02/06/2006 «SALGO DEL LETARGO»

Comienzo a ser consciente de lo que pasa a mi alrededor tras cuatro días completamente sedada y sin fuerzas ni siquiera para preguntar cómo ha ido todo. ¡Al fin salgo del letargo en el que he estado sumida desde la operación!

El médico del equipo de Branemark que ha venido a visitarme esta mañana traía un pin del Real Madrid en la bata. Me ha contado que el mes pasado estuvo en Madrid y que volverá. A mi madre le ha faltado tiempo para exclamar: «La próxima vez nos avisas y hacemos de guías»... ¿A cuántas personas habremos enseñado nuestra bella y excitante capital?

Tras romper el hielo y practicar un inglés que cada vez brota con más fluidez, el doctor se dispone a destapar la obra de arte en la que participó hace tan solo tres días. Antes de quitarme el vendaje y mostrarme por primera vez el aspecto de mi pierna izquierda tras la intervención, me habla del partido que vio en Madrid y de sus hijos pequeños. Disfrutaron de lo lindo en aquel estadio abarrotado.

Sonríe cuando descubre la última gasa, dice: «Tiene un aspecto magnífico», pero no creo que mi cara reflejara la misma satisfacción que la suya.

Mi patita ha quedado reducida a la mitad de lo que era y de ella sale ahora un tornillo que puedo mover girando el fémur. Parezco una mujer robocop. ¡Qué sensación más extraña! El muñón ha quedado muy pequeño tras los recortes que le han hecho en quirófano y me pregunto cómo podré ahora caminar con él.

Me tranquilizan: «Lo importante es el hueso reforzado con titanio. Hay gente que tiene el muñón incluso más pequeño que el tuyo y les va bien». Al fin y al cabo, lo importante es el hueso, con el que se hace palanca, el resto no me servía. Pero no han tirado todo el «colgajo» sobrante, sino que han hecho una auténtica labor de reconstrucción y colocación de músculos y tendones de la que empezaré a percatarme el día que me quiten la anestesia. De momento, no siento nada, y eso me alegra. Aprovecho para leer y escribir.

03/06/2006 «AGRADEZCO LA COMPAÑÍA»

Por primera vez desde que llegamos a Gotemburgo nos libramos del madrugón. Los fines de semana los médicos no pasan visita. La jornada transcurre entretenida en torno a la pantalla del ordenador. Nos hemos traído todos los capítulos de la serie *Aquí no hay quien viva* para reírnos un poco. Por la tarde viene Isabel, una auxiliar caboverdiana que habla castellano. La conocimos en la primera intervención y nos hicimos muy amigas en anteriores visitas a Suecia. También de su sueco y rubio novio. Él no habla español, pero me encanta



verle charlar con mi madre como si comprendiese todo lo que dice. Sus conversaciones son de lo más cómico y lo curioso es que ambos aseguran que se entienden. Llegaba también el hijo de Isabel, le agradezco su visita, él habla portugués. Tantas conversaciones cruzadas en tantos idiomas hacen que acabe mareada, pero valoro su compañía. Mañana volverán.

04/06/2006 «FELICIDADES, MAMA »

¡¡¡¡Felicidades, mami!!!! Es su cumple. Este año lo celebramos en el hospital las dos solas, pero le digo: «¿Recuerdas la de gente que acudió el año pasado a tu cumpleaños?». Más de un millón de personas. Entonces, su onomástica coincidió con una manifestación multitudinaria contra el terrorismo. A ese cumpleaños sí que no faltó nadie. Y este año, aunque no estén, se sienten.

Su teléfono y el mío no han parado de sonar. Por el cumpleaños y porque la gente ha leído el artículo que se publicó la semana pasada en un periódico nacional narrando la cirugía a la que me he sometido. Todo el mundo me manda su solidaridad y cariño.

Mi madre indica que el bote de suero conectado a mi mano derecha lleva tiempo sin dejar caer una gota. La enfermera con – firma que el conducto está obstruido. «Una pompita —explica— dentro de tu vena.» Se hace difícil encontrar otra vena donde conectar la vía. Todas son demasiado delgadas. «Me salgo por – que me está doliendo a mí más que a ti», dice mi madre. Yo la retengo: «No te vayas, verás como este es el último intento». Misión cumplida. El suero entra de nuevo en mi cuerpo a través del antebrazo. Llamaban sigilosamente a la puerta. ¡Felicidades! Es Isabel con un ramo de raras flores naranjas para mi madre. Preciosas.

05/06/2006 «BENDITA ANESTESIA»

Fuera sonda y fuera epidural. Eso es que las molestias van menguando y pronto me enviarán a casa, pienso. En lugar de la anestesia, me dan pastillas de morfina. Aun así comienzo a sentir un constante y molestísimo dolor en el pequeño pedazo de pierna que ha menguado más aún tras la operación. Es como si tuviera un desgarramiento muscular. Ningún *painkiller* (como llaman a los sedantes en inglés) puede con las molestias. Al llegar la noche —en el reloj, porque a estas alturas del año el cielo sueco sigue iluminado a las once de la noche— el malestar se multiplica. Una inyección de morfina me permite conciliar el sueño tres horas seguidas. Después, otra. Y otra. Intento aguantar y dejar poco a poco la morfina porque no me darán el alta mientras siga inyectándomela, pero no puedo. Hasta ahora no he sabido de lo que me estaba librando la epidural... Bendita anestesia.

06/06/2006 «MÁS MORFINA»

Hoy es el día nacional de Suecia. Eso explica las banderitas azules y amarillas en los postres de todos los enfermos del Hospital Sahlgrenska. Ayer me dijeron que todo iba bien y que me darían el alta el jueves. ¡Qué bien! Verás qué sorpresa el sábado cuando me presente en Madrid. Nadie me espera. Ya he comprado los billetes de regreso a casa. A última hora de la tarde, cuando parecía que por fin podía prescindir de los sedantes, me han tenido que volver a pinchar morfina. No aguantaba más. La visita de Isabel, que cada día me alegra con su vitalidad y su gracia, es más corta de lo normal. Sabe que no estoy para nadie. Me dejan sola.

He llamado a Eugenio, quien me animó a dar este paso decisivo. Nunca le agradeceré lo suficiente todo lo que me ha ayudado. Sus palabras siempre me dan aliento. No entiende por qué tanto dolor. Él no lo tuvo. La música me ayuda a dormir.

07/06/2006 «NO PUEDO NI ESCRIBIR»

Me han retirado el drenaje. Viene a hacerme la cura el médico más guapo del equipo —ese que mi madre y yo comparamos con Paul Newman cuando era

joven—, pero trae malas noticias. No le gusta un punto rojo que ha detectado alrededor del tornillo de titanio. Me aterra que mencione la palabra «infección» porque ello podría suponer la reamputación. Coge una muestra del tejido sospechoso y se la lleva para analizarla. El viaje de regreso a España queda suspendido. Sé que el sufrimiento físico, por suerte, se olvida rápido y a lo mejor me equivoco, pero creo que nunca había sentido uno tan intenso como el de hoy. Apenas puedo escribir. Me mareo. Creo que voy a vomitar.

08/06/2006 «GRITO DE ALEGRÍA»

Después de una terrible noche de molestias e inyecciones cuyos efectos duran cada vez menos, intento desayunar para echarlo todo diez minutos después. Otro día que promete ser interminable y doloroso. Consigo dormir algo. Viene de nuevo el guapo del equipo. Su cara es mucho más tranquilizadora que la de ayer. El análisis ha dado negativo, no hay infección y el punto rojo que le preocupaba remite. «Si todo sigue así, el lunes vuelves a España», dice. Grito sin poder contenerme. Esta vez de alegría. Aunque el día haya comenzado mal, creo que por fin ha llegado el inicio de mi recuperación. Hacia atrás ni para coger impulso.

09/06/2006 «OTRO DÍA DIFÍCIL»

Cuando pensaba que ya había pasado lo peor, se despierta una nueva dolencia. Recorre toda la espalda y acaba en mi pierna izquierda. Dicen que es el nervio ciático y que me molesta porque he estado mucho tiempo tumbada. De nuevo el efecto de las pastillas de morfina es insuficiente. Y de nuevo viene mi salvación: Elin, la enfermera más dulce de la planta, es la que mejor me comprende. Mi amiga sueca llega con la inyección en la mano dispuesta a liberarme de esa constante punzada. Respiro tranquila. Elena, la enfermera chilena en prácticas, me ha traído más películas. «Para que se te olvide el dolor», dice. Son todas un amor. Termina otro día muy difícil.

10/06/2006 «ADIÓS ESPAÑA»

Otra noche más en que las insoportables molestias me han hecho tener que recurrir a esas inyecciones que, como dijo mi médico, si seguían en mi pauta no me

permitirían volver a casa. Por eso cada vez que viene la enfermera con la inyección en la mano tengo sentimientos encontrados. Por un lado pienso que es mi salvación, lo único que por fin hará que descanse y deje de dar vueltas y retorcerme en la cama de dolor. Pero por otro creo que me alejo con ella de mi vuelta a España.

Empiezo a recibir mensajes de texto en mi móvil. «Desde aquí te mandamos toda nuestra fuerza para que te recuperes.» «Te echamos de menos, estás en mi corazón y en el de un millón de personas que deseamos que no te duela y que vuelvas pronto.» Con estas palabras ¿cómo me voy a rendir? No dejaré de luchar ni un momento contra ese malestar. Hay mucha gente que espera que mejore y vuelva a casa. No les puedo defraudar. Sin embargo, cuesta mantener el tipo.

La enfermera viene con la inyección que todos los días me ponen en la tripa. Es un líquido que evita que la sangre se coagule. Le pido que me deje intentarlo a mí, que de tantas inyecciones como he visto poner ya seré una experta. La amable y cariñosa Brigitta accede y sin pensármelo me clavo la aguja hasta el final y empujo el líquido hasta dejar la jeringuilla vacía. Mi madre no da crédito a lo que acaba de ver y la enfermera exclama: «Brave woman!». También me trae los famosos *painkillers*, a los que estoy empezando a sentirme completamente adicta. Al cabo de un rato, consigo conciliar el sueño. No sin dificultad. Demasiadas emociones y demasiados malestares juntos.

Solo pido que mañana las molestias sean más livianas, estoy empezando a no tolerarlo tan bien. Estoy empezando a no ser tan «brave» como todos dicen. Esta vez el dolor ha superado mi umbral de aguante. Y eso que me consta que está bastante elevado.

11/06/2006 «PASO ATRÁS»

De nuevo una noche difícil. Tanto que, aunque al principio me negaba, me han tenido que volver a pinchar. Y yo, que pensaba que las inyecciones ya las había superado el jueves..., esto me llena de tristeza porque cada vez veo más lejos mi completa recuperación.

Sé que me han movido muchas cosas ahí dentro y hasta que se coloquen definitivamente no dejarán de molestar. Pero me preocupa ver que cada día no es mucho mejor que el anterior, como ocurrió en mi primera intervención.

Aquella vez, los días transcurrieron rápidos, también con molestias pero bastante controladas por los medicamentos. Esta vez no hay calmante que me haya apaciguado una hora seguida. Solo cuando duermo puedo olvidarme de dónde estoy y de lo que me está pasando. Solo en sueños encuentro paz, tranquilidad y la felicidad que desde que me desconectaron de la epidural no consigo despierta. Y es que la operación que en principio duraba dos horas se alargó cuatro más. Tuvieron que recolocar músculos atrofiados y ni los calmantes más potentes son capaces de calmar esta sensación de desgarramiento muscular, calambres, espasmos e incluso malestar en el fémur.

Afortunadamente, tengo la ayuda insustituible e inmejorable de mi madre, que no se separa de mí ni un instante. Pero estos últimos días la he visto sufrir y no lo soporto. Ya ha pasado mucho por mí. No se lo merece. Por eso intento mostrarme mejor de lo que estoy. Pero a veces es imposible fingir que me encuentro bien. Mi cara me delata.

12/06/2006 «NUEVA TERAPIA»

Una mañana más temprana que de costumbre las molestias vuelven a sacudirme en mi habitación de la planta 29 del Sahlgrenska con un latigazo desde el fémur izquierdo que recorre todo mi cuerpo. Mi madre insiste en que vuelvan a inyectarme esa sustancia que me deja completamente sedada por tres horas (cada vez sus efectos son menores), pero yo, gimiendo del dolor, digo que tengo que aguantar para que me dejen ir a casa. Hoy es el gran día. Hoy me dicen si podemos regresar.

Quedan aún tres horas para que el médico aparezca y nos dé su veredicto. Viene la enfermera. Solo le hizo falta verme la cara para volver a los dos minutos con la dichosa inyección. En el fondo me alegro. Por fin empiezo a respirar con normalidad. Al menos puedo mantener la misma postura sin botar por el daño que me producen los imprevistos latigazos a los que llaman espasmos. Me vuelvo a quedar dormida.

Me despierta el médico. Viene a cambiarme el vendaje y a darme la buena nueva. Estoy deseando escucharle. El médico retira todas las vendas y sin miramientos me dice: «No está mal, volveré a verlo el jueves». ¿El jueves?, me

pregunto para mis adentros... ¡Son muchas horas aquí de nuevo!, ¡y con este dolor! Está bien, le digo que no me importa estar aquí, ya que las enfermeras son maravillosas y me cuidan mucho, pero le pregunto hasta cuándo sufriré estas terribles dolencias musculares. «Probablemente dos días más —me dice—, pero puedes usar todas las inyecciones que te sean necesarias.» No quiero morfina, ¡quiero curarme!

La buena noticia es que puedo empezar a ponerme mi pierna derecha y dar paseos por la planta con el andador. Eso es maravilloso. La otra buena noticia es el mensaje que he recibido de mi hermana: «Hermanita, eres la persona más valiente de este mundo, pronto se pasará este duro momento y serás aún más feliz de lo que eras antes. Te admiro y te quiero mogollón». Digo que esta es una mejor noticia aún porque me llena de ganas de seguir luchando e impide que siga malgastando mi tiempo llorando como hice demasiadas veces desde que estoy aquí.

Cada día recibo muchos mensajes de ánimo que están constituyendo el mejor estimulador y antidepresivo que cualquier paciente pudiera tener. Nunca podré agradecer lo suficiente a todos esos amigos y familiares que, a pesar de estar a miles de kilómetros, siento como si estuvieran aquí. Percibo su apoyo, que llega volando desde España y desde otros muchos países. Su apoyo, en momentos como el que estoy atravesando, es impagable.

Me dicen que saldré de esta más fuerte aún y que tanto sufrí —miento tendrá su recompensa. «Ánimo, que cuando tengas tu *superpati* te reirás de estos días», me escribe una amiga. Ojalá sea así. También me dicen que rezan por mí. Que me mandan fuerzas desde España, Argentina, India (sigo en contacto con la familia de Lalit, quien me invitó a mi primera boda hindú)...

Todo son ánimos y energías positivas que recibo con mucha alegría y mucho agradecimiento. Leo esos mensajes cuando más molestias siento, y así pasa el tiempo más rápido. Y el malestar. A veces, hasta consigo conciliar el sueño.

Una de las vikingas del B. V. María que vivieron junto a mí todo el proceso de recuperación tras el atentado me dice: «Anímate, que ya queda menos. Yo hago como cuando éramos peques, pienso en ti para quitarte un poco de sufrimiento». Me emociono. Ese mensaje trae a mi mente emociones olvidadas. Los meses del Hospital Gómez Ulla. El doctor Rubio. Las enfermeras Cuca,

Esther, el fisio Juan... Este trance es muy parecido, pero sin tantas visitas. Y creo que con menos fuerzas. No puedo contener los enormes lagrimones que recorren veloces mis mejillas sin previo aviso. Han pasado quince años y de nuevo lloro en la cama de un hospital. Esta vez la decisión ha sido mía. Esta vez, como la de hace quince años, superaré este doloroso trance y saldré adelante.

Por la tarde empecé la terapia de electroestimulación en los músculos de la parte baja de la espalda y el glúteo izquierdo. Creen que la molestia, que se asemeja a un pinzamiento del nervio ciático, se debe a la inflamación de los músculos. El médico me ha reconocido que la parte del nervio que suele dar problemas me la han extirpado.

No sé si es por los TENS, pero ha sido la primera tarde entretenida de las catorce que llevo ingresada. Me he librado de los agudos y perennes males- tares y de los consecuentes mareos de la morfina. Espero que la terapia siga dando buenos frutos y, efectivamente, se acerque al fin el día de nuestro regreso a España.

Es la primera noche que me acuesto sin antes haberme metido un chute de eso que me deja completamente relajada. Le he dicho a la enfermera que para un día que las molestias son livianas, prefiero no drogarme.

13/06/2010 «MORIR PARA RENACER»

5 a. m. Me despierto con tal malestar que no sé ni quién soy ni por qué siento ese terrible malestar. Cuando por fin me ubico, me lamento de no haber tomado calmantes la noche anterior para relajar mi cuerpo. Lo siento más dolorido que de costumbre. Cuando por fin consigo reaccionar, presiono el timbre rojo que tengo sobre mi cabeza y en menos de dos minutos se presenta la enfermera. «¿Qué prefieres, inyección o pastillas?» Me inyecta ese líquido milagroso que disuelve todo malestar en minutos, en una de las pocas zonas que van quedando libres en mi estómago.

Por primera vez no consigo dormir. Intento distraerme con la película que me ha dejado la cariñosa y amable Elena, una de las ochenta mil personas que huyeron de Chile en tiempos de Pinochet y que han encontrado su lugar en este bello y acogedor país. *Buscando a Nemo*. Con las dulces expresiones de

mi pececillo favorito parece que el sufrimiento se desvanece, sin embargo, no siento el efecto de la inyección.

Recuerdo más tarde lo que me dijo mi padre: «En el hospital te daban placebo, como calmantes pero sin efectos». Eso ocurría cuando se acababa la pauta del día contra el dolor y seguía quejándome. No podían darme más pastillas ni inyecciones. Pero para evitar mis llantos me engañaban con algo que no llevaba medicamento alguno y me quedaba conforme. Aquel efecto placebo que origina la mente funcionaba. Era pura sugestión. Mi mente creía estar recibiendo un calmante y mi cuerpo se beneficiaba de ello. Un proceso psicossomático bastante efectivo. Pues bien, creo que esta vez no ha colado. Si es que han querido inyectarme algo inocuo, me he dado cuenta.

He estado un buen rato deseando apretar ese botón rojo que tengo en frente de mi nariz. No deja de tentarme para clamar el sedante más potente de la planta. Pero me he contenido. Por fin me decido a llamar. Ni las frases hacia mi interior con objeto de controlar el malestar mentalmente, ni las divertidas frases de Nemo, su padre, Dory y el resto de los peces de la película han surtido efecto. Necesito más calmantes.

He vuelto a llamar a mi padre. Le digo que estoy bien. Mentira piadosa. Pero no quiero contarle nada aún porque él ya sufrió mucho cuando, tras el atentado, lo dejó todo para estar conmigo y tuvo que sobrellevar aquella recuperación larga, complicada y dolorosa, cuando además yo solo tenía doce años. No quiero que vuelva a pasar por eso. Sobre todo porque sé que esas heridas que tienen ya quince años siguen sin cicatrizar. Sobre todo porque sé que no podría soportar de nuevo todo este sufrimiento. Cuando cuelgo, pienso que ha sido una suerte que me operaran en Suecia. Así toda la gente que me quiere no comparte el sufrimiento que aquí estamos pasando.

Apenas puedo comer. Hace días que no tengo apetito. Pero intento engullir algo antes de vaciar el vasito que me traen tres veces al día repleto de pastillas, en mi estómago. Quiero proteger al menos lo que esté en mi mano... De nuevo caigo rendida, mejor, porque estar despierta significa estar mal.

El despertar es otra vez desagradable. Siento punzadas en gran parte de mi cuerpo y un intenso malestar constante desde la espalda hasta mi pierna

izquierda. No sé qué aspecto tendré por fuera, apenas puedo mirarme sin tener los ojos empapados en lágrimas. La cara de mi madre refleja un sufrimiento que asusta. Son ya muchos días y mi estado, en lugar de mejorar, parece que empeora. Ella no puede más y al ver en el pasillo a uno de los médicos del equipo de Branemark, se lanza hacia él y le pide unos minutos.

Lo que el médico dice es que se han activado los receptores del dolor y quizá tarden semanas, incluso meses en calmarse. Pero ¿por qué? Por lo visto, se ha sumado el hecho de que son ya tres veces las que se ha abierto el muñón, y el cerebro tiene memoria. La verdad es que no me dejó nada claro. Para consolarme me dice que cuando empiece a caminar todos esos nervios activados me ayudarán a sentir cada pisada, el tipo de terreno..., que tendré casi tanta sensibilidad como con una pierna humana. Muchas gracias, pero no me ha dado ninguna esperanza a corto plazo, que es lo que ahora necesito.

El médico se va y nos quedamos las dos con la misma cara triste y angustiada de antes. A mi madre nunca la había visto así. Me preocupa. Solo nos queda esperar un milagro que haga desaparecer ese dolor que me acaban de decir que puede durar meses. No estoy dispuesta a eso.

Tengo que desahogarme, y una vez más, con mi madre, que parecía haber vivido ya todo lo malo. Le suelto: «He tenido que ser muy mala en mi vida anterior». Tanto padecimiento es consecuencia de algo. Es algo que aprendí en la India. Las reencarnaciones son las vidas que tienes que pasar pagando los perjuicios que has causado en vidas anteriores. Después pienso que esta teoría no es justa. Y me quedo con otra cosa que también aprendí en el país de la espiritualidad y las especies: en la India se muere para renacer.

Casualmente, a los pocos minutos aparece el pastor de la iglesia evangélica que frecuenta Isabel. Ella ha enviado al pastor Nelson porque cree mucho en Dios y está convencida de que este hombre puede ayudarme. Yo, en el límite del umbral de tolerancia de lo que me está tocando vivir, estoy encantada de que venga y, si es posible, aleje de mí todo el sufrimiento.

Comienza con unas oraciones. Es brasileño pero habla perfecto español. Dice que no sabía hablarlo, pero que Dios le ayuda a que salga de forma fluida cualquier idioma. Me cuesta creerlo.

Cuando dice que Dios está conmigo, que me va a ayudar, que sacará todo ese malestar, que seré una mujer muy feliz y caminaré por todas partes, comienzan a salir de mis ojos más lágrimas sin cesar. Es una experiencia única. Mi rostro, sereno, no se desfigura, pero el torrente de agua salada que brota desde mis lagrimales es imparable y parece no agotarse nunca.

Un nuevo acontecimiento místico hace que vuelva a sentirme afortunada. Por fin un rayo de esperanza. Por fin algo a lo que agarrarme hasta que el dolor desaparezca por completo, o incluso para ocasionar que este continuo sufrimiento se desvanezca.

Para finalizar me bendice poniendo en mi frente su dedo impregnado de un aceite que trae en su maleta. Dice cosas bonitas acerca de nosotras, de nuestro futuro, de nuestra mejoría. Vuelvo a emocionarme. Vuelven a brotar lágrimas con una fuerza invencible.

Ojalá se cumplan todos sus buenos deseos para nosotras. Mi madre se lo merece. Este amable pastor me ha llenado de paz, me ha traído esperanza. Es como si con todas esas lágrimas derramadas se hubieran ido las molestias y todos esos pensamientos tormentosos.

Se despide. Antes me invita a leer el salmo 23 y el 91 de la Biblia. Claro que lo haré. Ahora entiendo con mucha más certeza y claridad la fuerza de la fe. Me siento mucho más cerca que antes de todos los que tienen a Dios en su corazón. Es una suerte poder contar con Él y confiar en que puede ayudarte. No sé si será sugestión, o realmente Dios me ha mirado, pero tras esta visita tan espiritual me siento mucho más fuerte. Como si me hubiera devuelto parte de las fuerzas que perdí desde que me operaron. Siento incluso que la intensidad del dolor ha decrecido considerablemente.

Mi madre sonrío como hacía días que no lo hacía. Creo que al dolor le quedan los días contados.

14/06/2006 «MENOS DOLOR»

De nuevo me encontraba tan bien anoche que olvidé pedir a la enfermera un calmante y han vuelto a despertarme las molestias a las 5 de la mañana.

Esta vez me han inyectado una sustancia mucho menos potente. Tengo que ir habituándome al dolor. Ahora, afortunadamente, no se asemeja en absoluto a aquellas espantosas molestias que no me dejaban ni respirar días atrás. He conseguido dormir un poquito más.

15/06/2006 «¡ADIÓS, GOTEMBURGO!»

¡Que nos vamos a España! El médico ha venido a cambiarme el vendaje a primera hora de la mañana. ¡La herida está completamente seca!, ¡podemos volver a casa! La alegría es tal que el médico sonríe. Es un dato relevante, ya que es la primera vez que le veo haciéndolo.

Anders vuelve con su maravilloso aparatito de TENS y, como sabemos que es el último día, no le dejamos ir sin apuntarnos el nombre del aparato en cuestión. En cuanto llegue a Madrid me lo compro. Es milagroso. Sirve para quitar todo tipo de dolores musculares. Vamos a hacer las maletas, que nos esperan muchos amigos y familiares en Madrid. Volvemos a casa.

16/06/2006 «UNA ACTRIZ DE CINE»

Me levanto con una alegría que había olvidado. Una energía que ya casi desconocía me impulsa a incorporarme con rapidez y agilidad. Me siento en la silla de ruedas de un salto y voy directa al baño para salir al cabo de largos minutos cuidadosamente peinada y, por primera vez en dieciocho días, con los ojos discretamente maquillados y los labios brillantes. También he decidido marcar mis pómulos y dar así un nuevo aspecto a mi cara, que nada tiene que ver con la de días atrás. Me consta que el cambio no le pasa desapercibido a nadie porque hasta la chica que todos los días limpia la habitación me dice: «Pareces una actriz de cine».

Viene el médico para recordarme por última vez la pauta de todos los medicamentos que tengo que seguir tomando durante dos semanas más. Sé que también se alegra del cambio que mi cuerpo, y sobre todo mi mente, han dado. Un cambio que, inevitablemente, se refleja por fuera. Viene también Anders a despedirse.

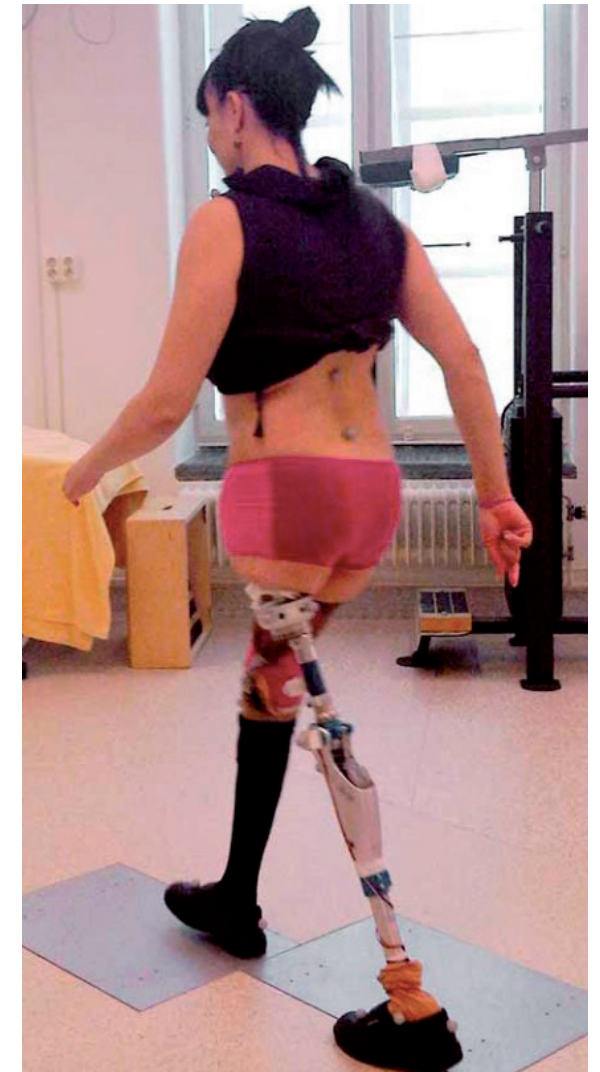
La anécdota del día la vivo en Bruselas, donde hicimos escala y coincidimos con muchos españoles. Como un conocido periódico publicó un gran reportaje acerca

de mi operación, parece que todo el mundo se ha enterado de mi estado y al desembarcar escuché repetidas veces: «Que te recuperes pronto», «estamos contigo», «adelante, valiente»... Así fue la llegada a Madrid, yo, cual azafata, esperando mi silla de ruedas y respondiendo a estas cariñosas y reconfortantes frases de los españoles que iban abandonando el avión con un «muy bien, muchas gracias», «gracias, muy bien»...

Pasó lo peor, estamos en España y la gente me quiere. No pido más.

Casi tres meses de duros ejercicios con mi «amado» tornillo hacen que mi cuerpo se encuentre completamente en forma para ir «a la pata coja» a todas partes. Ya sabía yo que el hecho de estar tantos días sin una de mis prótesis no significaría, precisamente, reposo absoluto. Dos muletas y unos brazos fuertes hacen el trabajo de la pierna «en construcción». No pensaba quedarme sin salir ni un solo día más.

Todas las mañanas, las dedico al fortalecimiento de ese pedacito que creí minúsculo el día que destaparon la herida y que, poco a poco, responde adecuadamente a mis demandas. Era cierto lo que decían los médicos. Apenas trece centímetros de fémur son suficientes para levantar un gran peso, si lo ejercito a diario.



La clave está en ir incrementando paulatinamente la carga que envuelve una especie de prótesis corta. Realizo tres series de veinte repeticiones llevando mi pequeño pedazo de muslo hacia todas las direcciones. Cada vez me siento más capaz y más llena de energía para comenzar mi nueva andadura.

¡Imposible olvidar la fecha en que me colocaron la nueva pierna! Nunca olvidaré aquel glorioso 28 de agosto de 2006 cuando volví a sentir la pierna izquierda como realmente mía, ya no era algo artificial colocado para ayudarme a caminar, ¡era MI PIERNA!

La podía dirigir donde quería. Era capaz de moverla naturalmente y con la mitad de esfuerzo. Miro mi teléfono, en la agenda, había puesto hacía meses en el 29 de agosto: «Everything's gonna be all right». Lo predije y se cumplió. Visualizarlo fue vital. Las cosas que deseas, las puedes atraer con pensamientos positivos, que son mil veces más potentes que los negativos. Ahora lo tengo cien por cien comprobado.

Con ese espíritu, y la energía suficiente para no dejar pasar un día sin hacer la rehabilitación dictada, he conseguido una mar – cha muy parecida a la que tendría si tuviera mis dos piernas. El éxito se lo debo, indiscutiblemente, a la oseointegración, pero también al esfuerzo, la disciplina y el entrenamiento.

Gracias a evitar que la pereza rompiera en mil pedazos la tabla de ejercicios, hoy puedo andar erguida y sin cansarme durante horas. Y todo gracias a que quise pasar a ser una «oseointegrada» más. Como decía en el hospital: tanto dolor tiene que traer una grandísima recompensa. Así ha sido.

D. DEPORTE. CONSTANCIA Y VOLUNTAD. NUESTRA RESPONSABILIDAD.

Pero ciertamente hubo algo que potenció mi vida de una forma inimaginable: el deporte.

El deporte es fortaleza, y no sólo física, sus beneficios psicológicos son infinitos. Fortaleces el cuerpo, pero también potencias tu mente, ayuda a sentirte mejor. Consigue avances mágicos. Con el tiempo vi que las barreras no las

tenía yo sola por no tener piernas, sino que las tenemos todos, y las verdaderas cadenas eran los pensamientos. Me propuse hacer desaparecer esas barreras mentales que lo único que hacían era acortar mi nuevo mundo. Quizá cuando tienes barreras físicas, te lanzas con más ganas e intensidad a hacerlo...

El deporte da paz, control, equilibrio... incluso alegría. Y es que la alegría es el instrumento más poderoso para vivir en una continua fase de felicidad. El deporte hace que las barreras que una persona con discapacidad a veces encuentra en la sociedad, desaparezcan. Porque la práctica deportiva, además de satisfacción personal, autoestima y felicidad, proporciona integración en la vida social, calidad de vida y salud. Gracias a que los avances promueven y favorecen la igualdad, tener una discapacidad, no es el fin del mundo. Sólo hace falta echarle más ganas a la vida. Pero si además la sociedad colabora, y hay quien promueva el deporte, integrarse está garantizado.

Una práctica, que además de satisfacción personal, autoestima y felicidad, proporciona calidad de vida y salud a quienes tienen que acoplarse a un nuevo mecanismo. Gracias a que los avances promueven y favorecen la igualdad, tener una discapacidad, no es el fin del mundo. Sólo hace falta echarle más ganas a la vida. Pero si además la sociedad colabora, y hay quien promueva el deporte, integrarse está garantizado.

Muchos empiezan en la competición, por amor al deporte, con el lejano sueño de unos juegos mundiales, representar a un país y entregarse al máximo. Los objetivos son cada vez más ambiciosos, porque como en la vida, en el deporte no puedes, ni quieres, conformarte con los éxitos conseguidos. Por eso, gracias a iniciativas que promueven el deporte adaptado y a sus incondicionales patrocinadores, se está consiguiendo elevar el nivel técnico y deportivo de los deportes adaptados en España, lograr participación internacional, y que las personas con discapacidad se lancen a la competición, pero sobre todo, favorecer la lucha diaria de quienes tienen que sortear barreras cada día.

Que cada vez más gente se inicie en este fructífero, sano y normalizador camino del deporte. Que los paralímpicos puedan empezar a vivir de su esfuerzo. Que los medios difundan esa voluntad, perseverancia y superación que reflejan sus competiciones. Para que los obstáculos, se conviertan en trampolines. Para mí

el deporte es fuerza y magia, porque es fortaleza, y no sólo física, sino que sus beneficios psicológicos son infinitos.

La gran familia que forma la Fundación También, ha propiciado que centenares de amputados, lesionados medulares, invidentes, personas con discapacidad intelectual... y un largo etcétera hayamos transformado nuestras vidas en nuestros sueños. La parte positiva de encontrarse en este sector de la población, es haber conocido a gente maravillosa con capacidades distintas y haber tenido la oportunidad de demostrar que hay muchísimas cosas que podemos hacer. Te ayuda a encontrar el cambio hacia lo que queremos, momentos inolvidables sobre piraguas, en una bicicleta adaptada, bajo el mar, en un monoski...



Me lancé a competir por primera vez cuando practicaba esgrima. Y os preguntaréis ¿qué mueve a una pacifista convencida a batirse en duelo, a espadazo limpio, con su contrincante? La verdad es que yo también me lo preguntaba. El primer día que cogí la espada me sentía rarísima. Era algo incongruente conmigo: siempre luchando por enterrar las armas, y de pronto me vi con una en la mano. Desde hacía unos cuantos años, la paralímpica campeona de esgrima, Gema Hassen-Bey, intentaba convencerme para probarlo y fue a raíz de tener que estar un tiempo en silla de ruedas debido a la primera operación de la oseointegración, cuando por fin me decidí a hacerlo. Requería trabajo

de concentración, rapidez y precisión que me gustaba e incluso que engan- chaba. Eran pequeñas batallas, que, como en la propia vida, que es una continua lucha, a veces ganabas y a veces perdías. La cuestión era potenciar y dar salida a ese espíritu luchador que todos tenemos dentro.

Asistí a los Campeonatos de España de 2006, celebrado en Asturias, y a pesar de llevar unos meses entrenando, quedé subcampeona en espada. Me ganó Gema por un tocado. Todo un estímulo en mi reciente vuelta al mundo del deporte. Guardo el trofeo como un tesoro. Después cambié de deporte por otro que además de deporte, implicaba conocer preciosas montañas nevadas y viajes inolvidables. Me refiero al esquí.

En enero de 2007, mientras realizábamos un curso de perfeccionamiento de esquí, la directora de la Fundación También, decidió que debía existir categoría femenina.

Ocho intrépidas mujeres pasamos a formar el Equipo Femenino de Esquí Alpino Adaptado de la Fundación También. Pensé que alguien tenía que abrir esa puerta hacia la competición feme-

nina en esquí alpino adaptado en nuestro país. Tampoco me costó lanzarme a descender montañas nevadas para que otras personas con cualquier discapacidad se atrevieran a hacerlo. Recuerdo las críticas y los miedos de mi familia. Mi padre decía: “si no esquibas cuando tenías piernas ¿por qué lo vas a hacer ahora?”. Sigue con bastante preocupación pero aunque sea un deporte con cierto riesgo, es uno de los pocos que nos permiten alcanzar altas velocidades y una increíble dosis de libertad que no encontramos en la vida cotidiana. Creo que la nieve y el agua nos hacen sentirnos en igualdad de condiciones. Por eso decidimos abrir camino a otras mujeres que vieron su faceta deportiva truncada.



Fueron asombrosos los éxitos, en cada temporada conseguimos medallas pero lo más importante: ser un referente para otras mujeres.

Personas ciegas y con capacidades diferentes, han demostrado que con ESFUERZO, ENTRENAMIENTO, AUTODISCIPLINA Y VOLUNTAD, puedes convertir una barrera, en la plataforma desde la que conseguir todo lo que te propongas. Es asombrosa la confianza de una persona que no puede ver, en su guía. O que alguien con una alta lesión medular pueda deslizarse velozmente por las montañas blancas, controlando sus movimientos, optimizando las partes no dañadas de su cuerpo y concentrando sus fuerzas y su aliento en una actividad arriesgada. La CONSTANCIA Y LA VOLUNTAD, que requiere cualquier deporte, son claves en la vida de las personas. Son imprescindibles para que las demás virtudes que tenemos den sus frutos.

El deporte exige cada día un poco más de uno mismo. Sus beneficios son infinitos. A mí me ha llenado esa faceta que creí enterrada para siempre.

Y en un deporte de riesgo como es el esquí adaptado también hay lesiones que nos llevan directamente al punto de partida: el hospital. Jamás olvidaré aquel campeonato, en Francia, al que acudí con una hernia cervical a la que no quise hacer mucho caso para que me dejaran competir. La nieve también permitía llevar esta prueba a término con éxito y las ganas de demostrar a las francesas lo que valíamos iluminaban nuestros rostros.

El problema llegó en el primer reconocimiento de la mañana. En plena pendiente, sentí un intensísimo dolor en el brazo izquierdo que por unos instantes quedó inmóvil. Ni siquiera podía apoyar el estabalo izquierdo en la nieve para recuperar el equilibrio por el intenso dolor. Me dio tiempo a hacer un brusco giro a la derecha antes de caer irremediamente pendiente abajo. Pude seguir bajando con la única ayuda del estabalo derecho y el movimiento del cuerpo, hasta que por suerte venía detrás uno de los entrenadores que nada más verme supo que algo no andaba bien. Mi cara debía hablar por sí sola. Me dijo “recoge los estabalos que yo te bajo”. Se ferró a mi pequeño respaldo desde el que iba angulando mi silla para poder hacer los giros pertinentes hasta llegar a la base de la montaña.

La mayor tristeza que sentí en ese momento, por encima del intenso dolor que lejos de aminorar, crecía, fue ser consciente, en ese mismo instante, de que no podría competir. Aquellos dolores puntuales y las molestias que sentía a nivel cervical cuando por irregularidades de la nieve saltaba sorpresivamente, estaban anunciando una grave lesión cervical que por no ser tratada con tiempo, requería una urgente operación. Las radiografías mostraron la lesión rápidamente: pinzamiento en las vértebras C4-C5, con recomendación de hacer una resonancia para descartar una hernia de disco.

De vuelta a la estación nevada, con la medicación prescrita, y un collarín bien apretado, los dolores no desaparecían y cualquier mínimo movimiento, enviaba un severo latigazo desde el brazo a la zona cervical y viceversa.

Al llegar a Madrid una ambulancia me llevó directamente al hospital donde me pincharon atenuando de forma significativa, aquel incesante dolor agudo.

Una vez más, me vino a la mente la sabia frase: “no importa cuántas veces te caigas, sino cuántas te levantes”. En ese momento, sabía que iba a levantarme, a enfundarme de nuevo en un monoski, y a esquiar todas las pistas del mundo. Había perdido una batalla, pero me quedaba muchas guerras en las que participar.

Finalmente la resonancia anunció que aquel tremendo dolor, no era fruto de un simple pinzamiento. En el informe ponía: voluminosa hernia discal cervical C6-C7 izquierda con compresión radicular en el forámen. Una semana me dieron antes de la ineludible operación. La intervención se llama Disectomía cervical por vía anterolateral. Me tenían que abrir por el cuello por delante, hasta llegar a las cervicales C6 y C7, para quitarme el disco que llevaba días sin dejarme ni siquiera dormir y ponerme en su lugar una “prótesis total de disco intervertebral, cervical de Bryan”. Y ¿el material de esta prótesis? ¡Titanio! ¡Cuánto tengo que agradecer a este metal! Lo gracioso fue cuando el médico trataba de explicarme que el titanio es un material que se fija al hueso de por vida porque se integra perfectamente con la masa ósea. Respondí chistosa: “me suena, me suena”. Cuando le conté lo de mi oseointegración contestó: “bueno, parece que ya sabes a lo que me refiero”.

Siempre he dado gracias porque aquella bomba no nos afectase a la columna vertebral ni a mi madre ni a mi. Y tengo que reconocer que pocos días antes de someterme a una intervención en las vértebras cervicales, sentí cierta inquietud. Sabía que no iba a ser nada. Que la recuperación sería rápida. Pero pensar en que tenían que pasar por mi garganta, mi medio de vida, para acceder a la cervical seis y siete, me creaba una expectación un tanto incómoda.

Me sirvieron de mucho los ánimos que nuevamente recibía. Me ayudaban a superar estos dolores que no creí volver a vivir desde la experiencia de Suecia... Deseaba que me operasen cuanto antes para hacer desaparecer aquel nuevo calvario...

Los médicos hicieron de nuevo un trabajo excelente conmigo y el dolor quedó en un vago recuerdo. Una cicatriz más para la colección y más titanio en mi cuerpo. Una vez más, un médico y el titanio, se convierten en el centro de mi vida. De nuevo fueron mi salvación.

Seguí todas las pautas necesarias para recuperarme, y volví a los entrenamientos habiendo superado aquella desafortunada lesión. Teníamos que seguir peleando para demostrar que una discapacidad no nos iba a impedir ser campeonas de España.

Deseamos alcanzar un buen nivel de esquí y una óptima forma física. Y no nos frenan las caídas, ni las lesiones, ni siquiera una hernia cervical. No nos ponemos barreras a la hora de plantear retos. No nos dominan los miedos. No nos asustan las competiciones. No nos achican los desafíos. No retrocedemos antes los duelos. No flaqueamos ante la adversidad. Tenemos las herramientas para ello. Unas herramientas, que nos ha dado la vida misma. Así somos las componentes del primer equipo femenino, a nivel mundial, de exhibición y competición de esquí adaptado. Mujeres con una discapacidad visible, por motivo distintos, a las que les une haber pasado por momentos muy difíciles y también el no acobardarse ante circunstancias o infortunios.

También nos unen unas enormes ganas de superarnos y ahí estamos, demostrando que todos podemos hacer deporte, competir, lograr nuestros objetivos. Y, como telón de fondo, una verdadera lección de amistad, compañerismo y

optimismo ante la vida. Hoy somos inseparables. Un equipo competitivo, pero que también valora la amistad.

El deporte hace que las barreras que una persona con discapacidad a veces encuentra en la sociedad, desaparezcan. Porque la práctica deportiva, además de satisfacción personal, autoestima y felicidad, proporciona integración en la vida social, calidad de vida y salud. Gracias a que los avances promueven y favorecen la igualdad, tener una discapacidad, no es el fin del mundo. Sólo hace falta echarle más ganas a la vida. Pero si además la sociedad colabora, y hay quien promueva el deporte, integrarse está garantizado.

Para acabar este epígrafe de “la parte que nos toca”, me gustaría mencionar a Mantak Chia, un maestro, instructor, profesor y escritor taoísta conocido por la enseñanza de la práctica de la misma filosofía bajo el nombre de Tao Curativo, Tao yoga, sistema del Tao universal curativo y qigong. En su libro “La Fusión de los Cinco Elementos” narra meditaciones básicas y avanzadas para transformar las emociones negativas. Los Taoístas creen que todas las emociones se originan en los órganos y es la mente la que las regula y determina. Lo riñones están relacionados con el miedo, el corazón con la crueldad, la impaciencia y la impulsividad, el hígado con la ira, los pulmones con la tristeza y la depresión y el bazo con la preocupación y la ansiedad. Y es que resulta que las emociones que reprimimos o censuramos, aquellas que no son expresadas libremente, se convierten en síntomas en nuestro cuerpo.

Las enfermedades, molestias o desequilibrios son el efecto de emociones reprimidas. El estrés y las presiones a las que estamos sometidos diariamente en el trabajo o problemas familiares o sociales, son causa de los trastornos emocionales y desajustes psicofisiológicos donde la enfermedad se manifiesta para indicar que algo que no está funcionando adecuadamente. La medicina china sostiene que esos desajustes son el medio por el que el cuerpo se comunica y que tienen mucho que ver con aquello que no pudimos resolver emocionalmente.

No olvidéis jamás que al cuerpo también hay que escucharle y que gran parte de la salud depende de uno mismo.

ÍNDICE

1 PRÓLOGO. SOSTENIBILIDAD DEL SNS	
Miguel Carrero.....	235
2 INTRODUCCIÓN. UN TIEMPO PARA LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA	239
3 ¿DE LA “BATA GRIS” A LA “BATA BLANCA” EN LA EXTERNALIZACIÓN?	243
4 COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN OTROS SECTORES	247
5 UN MARCO CONCEPTUAL GLOBAL PARA LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA	251
6 ENFOQUE ESTRATÉGICO Y GLOBAL	261
7 EL LIDERAZGO EN LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA	263
8 OPINIONES EXPERTAS SOBRE LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA	265
9 CONCLUSIONES. LAS 20 CLAVES DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN SANIDAD	321
BIBLIOGRAFÍA	325

COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

JOAQUÍN ESTÉVEZ LUCAS



1

PRÓLOGO

SOSTENIBILIDAD DEL SNS: EN LA ENCRUCIJADA DE LOS CAMBIOS SOCIALES Y ECONÓMICOS

MIGUEL CARRERO

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional (PSN)

La Sanidad se encuentra en un momento de enorme trascendencia para su sostenibilidad futura. El impacto de la crisis económica que con tanta virulencia nos ha azotado desde el año 2008 ha puesto de relieve realidades a las que parecíamos ajenos y que es preciso elevar a la categoría de debate público de cara a la adopción de las medidas oportunas y necesarias.

La Sanidad ha sido durante muchos años la cobertura social más beneficiada de nuestro modelo social. Tiempos de bonanza que permitieron incrementar el gasto de una manera desproporcionada y que se asumía a través de la deuda pública, como si ello no fuera a tener consecuencias en la necesaria estabilidad financiera que requiere un sistema tan relevante para el funcionamiento de una sociedad avanzada. Pero la realidad es tozuda y al final descubre situaciones ante las que no podemos abstraernos. Y no podemos hacerlo porque en este contexto de reducción del gasto percibimos como elementos capitales de nuestro sistema sanitario comienzan a sufrir de manera acusada. Las restricciones presupuestarias impactan sobre la innovación y la investigación, contribuyen a la obsolescencia de la tecnología y han supuesto incluso una importante merma en el poder adquisitivo de los profesionales sanitarios. En este escenario es obligado garantizar al sistema de estabilidad financiera, aportar los recursos económicos posibles no es suficiente, ello necesita de medidas complementarias.

En esta compleja coyuntura se hace más necesario que nunca adoptar medidas que contribuyan a garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Y entre ellas, hay dos que deben ser transversales a todo el sistema: la eficiencia en la gestión y la necesaria responsabilidad de los propios ciudadanos.

Respecto a la eficiencia, tenemos un gravísimo problema que es preciso abordar con urgencia. Llevamos décadas escuchando las bondades del sistema sanitario español, el mejor del mundo a juicio de muchos. La cuestión es que no somos conscientes de que utilizamos con demasiada frecuencia el término eficiencia cuando de lo que realmente hablamos es de eficacia. Nadie pone en duda que la sanidad española ha dado muestras evidentes de ser un sistema eficaz, hasta el punto de cubrir servicios irrenunciables para la población, pero también otros que quizás no tengan por qué estar cubiertos por el Estado.

Necesitamos garantizar las bondades de un modelo construido en años de abundancia que hoy es incapaz de sostenerse. Existe una tendencia generalizada a defender generosamente derechos de la ciudadanía de una manera aislada y éstos solo pueden entenderse en un contexto de necesidades y compromisos, desarrollarse en un justo equilibrio de derechos y obligaciones. No puede concebirse al ciudadano como un simple demandante de sanidad ilimitada; es necesario introducir el concepto de autorresponsabilidad, de compromiso de cualquier persona con un servicio que financiamos todos y que es necesario dimensionar a las necesidades reales de la población, y hacerlo en base a unas posibilidades presupuestarias que también son reales. Porque, de no hacerlo, podemos caer en el error de creer que es posible financiar todo vía impuestos, una política que puede tener un efecto perverso en una sociedad que viene arrastrando serios problemas en campos como la competitividad o el poder adquisitivo. Podemos encontrarnos con la paradoja de obtener menos ingresos a pesar de aumentar la presión impositiva, y eso dando por descontada la pérdida que los gravámenes suponen en el campo de la inversión privada, de la iniciativa de los ciudadanos, al fin y al cabo de quien proviene la generación de riqueza y la aportación a las arcas públicas.

En el transcurrir de los años asistimos a una perversión del concepto y secundariamente del lenguaje, asumiendo como dogmas simples quimeras. Así, ha primado el concepto derecho en detrimento de las obligaciones, también se han relegado e incluso proscritos términos de realidades muy presentes. Palabras como solidaridad, caridad o beneficencia han sido y son virtudes humanas muy vigentes hoy. Atributos humanos, de los que hemos sido testigos durante esta crisis, que han aflorado para ayudar a quienes más duramente han sido golpeados por la situación económica, bendita y gratificante realidad. Solidaridad real, beneficencia y caridad han estado presentes y han hecho posible la vida a múltiples ciudadanos allí donde el Estado de Bienestar no ha llegado. No es algo casual, el lenguaje tiene un importante poder simbólico y se tiende a desechar aquellas palabras que se identifican, muchas veces erróneamente, con realidades incómodas o que estorban a ciertos despropósitos de matiz político.

Otra prueba del uso interesado que en ocasiones se hace del lenguaje es la cada día más frecuente denominación de Sistema Público de Salud. Cuando hablamos de Sanidad, nos referimos al Sistema Nacional de Salud, un modelo de doble provisión en el que la sanidad pública cuenta con el apoyo y la complementariedad que supone la red privada. Reducir la sanidad privada a intereses económicos significa ser un desconocedor absoluto de cómo funciona el sistema. Si no existiera esa cobertura, nuestro SNS estaría completamente desbordado, puesto que no sería capaz de absorber tal demanda. Pongamos un ejemplo. Desde la propia Administración, el cuerpo de funcionarios tiene la posibilidad de elegir si quieren que su cobertura sanitaria sea a través del modelo público o de las aseguradoras privadas que ofrecen sus servicios bajo el paraguas de la mutualidad a la que pertenezcan, véase MUFACE, MUJEJU o ISFAS. Precisamente este colectivo, que desarrolla su labor en la función pública, opta por la cobertura privada en más de 80% de los casos. ¿Cómo podría asumir nuestra sanidad los cerca de dos millones de asegurados de los que hoy está liberado el sistema público en virtud de esta situación?

El SNS debe ser un sistema inclusivo en el que la sanidad pública y privada trabajen en igualdad y generen sinergias que ayuden a avanzar. Por tanto, debemos hablar de Sistema Nacional de Salud porque si lo limitamos al sistema público perpetuaremos la burocratización, la falta de flexibilidad, la baja eficiencia, la rigidez en el sometimiento al derecho público, la falta de autonomía en la gestión, a su vez fuertemente politizada, y un largo etcétera de atributos que nos alejan de la iniciativa y la innovación y, desgraciadamente, de la eficiencia. Acabar con todas estas rémoras solo es posible desde la Libertad, en mayúsculas. Libertad en la elección de médico, libertad en la elección del centro y libertad en la prestación de servicios, libertad como garantía de calidad y eficiencia de los servicios que se ofrecen al ciudadano.

Como añadido a este enorme problema de ineficiencia, el SNS debe afrontar importantísimos retos que no pueden demorarse más. De cómo consigamos gestionarlos dependerá mucho esa mejora de la eficiencia. Uno de los más reclamados públicamente desde hace no pocos años, sino ya décadas, es el denominado Pacto por la Sanidad. Parece mentira que, tras tantos años de debate al respecto, no nos hayamos dado cuenta aún de que es la propia clase política la que imposibilita el pacto, porque el simple hecho de tener que pactar la no politización de este asunto supone el reconocimiento implícito de que ellos son la causa del problema. Abundando en esta cuestión, hay que apuntar que igualmente necesario es situar al frente de organismos de peso sanitario a personas conocedoras de este campo porque para abordar un mundo tan complejo como es el de la sanidad se requiere de la experiencia y la sensibilidad necesaria.

El verdadero pacto es tomar decisiones cuyo eje central sea el beneficio de la sociedad y la atención al ciudadano, algo tan simple como difícil.

De otro lado, el SNS debe afrontar otros desafíos que ya están poniendo a prueba sus cimientos y que cada vez lo harán con más fuerza. Entre ellos, las consecuencias derivadas de los cambios demográficos. Mayor esperanza de vida y, por tanto, envejecimiento poblacional, cronificación de las patologías, minusvalías físicas y psíquicas que derivan en situaciones de dependencia... Estamos ante realidades que implican un cambio de modelo que responda a las necesidades actuales y futuras de la sociedad, porque no podemos dar respuesta a situaciones distintas sin cambio alguno.

En este sentido, existe un recurrente debate sobre la necesaria integración de la atención sanitaria y la social. No es una cuestión menor que podamos abordar sin calibrar sus consecuencias; no basta trasladar la simple idea de que integrar ambas asistencias es posible y beneficioso. Desde un plano teórico puede que tenga indudables ventajas, pero si lo contextualizamos en un momento de severas restricciones presupuestarias ya no lo es tanto. ¿Cómo es posible que pretendamos unir dos realidades que requieren de una importante financiación bajo el paraguas de una misma, que ya de por sí está teniendo que soportar restricciones? Lo mismo podríamos decir de la Dependencia. No se puede pretender ofrecer un servicio al que no se dota de los recursos necesarios, porque esta supuesta integración que algunos definen como beneficiosa, serviría para igualar la calidad de servicio pero muy por abajo. Y eso, sin duda alguna, irá en detrimento de la calidad de la sanidad. Un dato para reflexionar: el déficit de la Seguridad Social actual es de unos 18.000 millones de euros; en el año 2025 las previsiones son de un déficit de unos 36.000 millones.

En conclusión, es básico que logremos hacer de la sanidad un servicio asequible para todos los ciudadanos pero necesitamos acotar sus prestaciones y responsabilizar a los ciudadanos, tanto en el uso como en el gasto. O no es de sentido común que pongamos barreras, por ejemplo, a la asistencia sanitaria gratuita e indiscriminada a extranjeros que pasan o vienen a nuestro país en muchas ocasiones buscando las grietas de un sistema que les permite acceder a servicios que en sus países de origen no tendrían en esas condiciones. Es necesario configurar un catálogo básico y apropiado de prestaciones con cargo a los Presupuestos Generales del Estado. Pero eso no significa que todo deba financiarse públicamente.

Años duros, sin duda, difícil equilibrio entre lo deseable y lo posible, decisiones a tiempo, adecuadas y responsables es oficio de la buena política y un deber para con los ciudadanos.

2

INTRODUCCIÓN

UN TIEMPO PARA LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

'Ciudadanos saludables son el mayor activo que un país puede tener'. Esta frase de un líder como Winston Churchill es una forma contundente y, al mismo tiempo, arriesgada de comenzar un capítulo sobre colaboración público-privada. Pero si se tiene en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), salud se define como “todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud”, que con salud se requieren menos recursos asistenciales, menos gasto en pruebas diagnósticas y menos gasto en medicamentos y se producen un menor absentismo laboral y bajas laborales, y la generación de investigación, innovación y de empleo que produce el sector sanitario, merece la pena al menos analizar qué lugar ocupa la colaboración público-privada, partiendo de la base de que no es algo bueno o malo por mera definición y qué aporta a contar con ciudadanos saludables como el mayor activo que un país puede tener.

Si determinamos los 10 temas más candentes para el debate en sanidad – cartera de Servicios sanitarios que nos podemos pagar; la flexibilidad laboral y la mejora de la eficiencia; transparencia de la información en la gestión sanitaria; Ley de Dependencia, Gestión Sanitaria y Gestión Sociosanitaria; los modelos de gestión, aseguramiento y provisión en colaboración público-privada; modelos de financiación de la provisión de servicios de salud; mejorar la excelencia y la calidad (la estructura, el proceso y los resultados de los servicios sanitarios); el sistema de retribución laboral en sanidad; la acreditación institucional y profesional en el sistema sanitario, y la gobernanza de instituciones sanitarias – en todas ellas existe un apartado para la colaboración público-privada.

Y es que, ante el escenario económico social en el que nos situamos actualmente, la gestión se enmarca en la recesión económica y una mayor incertidumbre, en la necesidad de mayor transparencia, debida a la crisis de confianza, y a la necesidad de una mayor eficiencia. La obligación es hacer ‘más con menos’. Es aquí donde surge el *Lean Manufacturing* (‘producción ajustada’ o ‘producción sin desperdicios’), un modelo de gestión enfocado a la creación de flujo para poder entregar el máximo valor para los clientes, utilizando para ello los mínimos recursos necesarios. Es decir, la idea central es eliminar todo lo que no aporta valor, pero quien debe definirlo es el usuario o cliente final.

El *Lean Manufacturing*, que en salud ha derivado en el término *Lean Healthcare* o *Lean Sanidad*, tiene entre sus principios clave la calidad perfecta a la primera, en el sentido de la búsqueda de cero defectos, detección y solución de los problemas en su origen, y la mejora continua en cuanto a reducción de costes, calidad, aumento de la productividad y compartir la información. Se trata de hacer todo el hincapié en la mejora de la calidad y la evolución a seguir mejorando desde todas las perspectivas posibles, pero sin perder de vista la eficiencia.

Si a esta situación añadimos la limitación de la inversión pública, con riesgo de falta de solvencia, la **búsqueda urgente de métodos de participación de terceros y la necesidad de corresponsabilización** de todos los actores (administración y gestores, ciudadanos, profesionales sanitarios y proveedores) la tendencia nos lleva a la colaboración público-privada como un medio –que no un fin– hacia la calidad y la eficiencia, así como a la viabilidad en este tiempo de crisis. Un tiempo de crisis protagonizado por la quiebra del sistema, generada por el déficit y el inmovilismo que conlleva el endeudamiento ante las reformas necesarias.

A este respecto, el Sistema Sanitario Público está en riesgo si se retrocede al pasado en el sentido de priorizar el endeudamiento y no su financiación. Pero el gasto financiero y la deuda no son atribuibles únicamente a la infrafinanciación sino a una política de gasto corriente y de inversiones públicas en que no han existido decisiones explícitas de coste-oportunidad y, en esta línea, la sostenibilidad no es sólo cuestión financiera, también es cuestión de políticas sanitarias transversales, de una gestión sanitaria profesionalizada y transparente, basada en resultados en salud y eficiencia. Y esto no es una opción si tenemos en cuenta que el derecho que cualquier ciudadano escogería sobre cualquier otro es el de la sanidad.

Junto a la infrafinanciación existe otra tendencia que, durante los últimos años, está conllevando un futuro de sostenibilidad complicada. Se trata del crecimiento del gasto sanitario debido, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), a causas muy diversas, tales como el aumento de las prestaciones demandadas, el envejecimiento de la población, la cronicidad, la medicalización de la sociedad, el incremento del gasto farmacéutico o una gestión clínica poco desarrollada.

Pero la colaboración público-privada como herramienta de gestión surge ya en el Informe Abril publicado en 1991, en el que se destaca como uno de los puntos clave la necesidad de evaluar los modelos de gestión dependientes de ideologías. En cuanto al concepto, la Comisión Europea define los modelos de colaboración público-privada como “diferentes formas de cooperación entre las autoridades públicas y el mundo empresarial, cuyo objetivo es garantizar la financiación, la construcción, la renovación, la gestión o el mantenimiento de una infraestructura o la prestación de un servicio”. A esta definición, la del Fondo Multilateral de Inversiones suma el término temporal: “un esquema de colaboración de largo plazo entre una autoridad pública y el sector privado para la provisión de un servicio público”.

Se trata de un término, pues, que se usa para describir una amplia variedad de acuerdos, desde asociaciones estratégicas, informales o flexibles, hasta contratos DBFO (Diseño / Construcción / Financiación / Operación), pasando por la formación de empresas mixtas.

En definitiva, las formas de colaboración público-privada surgen como respuesta a la necesidad de garantizar el nivel de asistencia sanitaria obligatoria financiada con fondos públicos, aportar equidad en el acceso a dicha asistencia, obtener eficiencia, de forma que el servicio se mantenga sin aumentar el gasto sanitario más allá del porcentaje razonable en relación a la capacidad del país y conseguir unos resultados en salud óptimos y la satisfacción del usuario con el menor coste posible. Así, del mismo modo que el *Lean Manufacturing* ubica en el eje central de su actuación al cliente, el *Lean Healthcare* debe poner en el centro al usuario del sistema sanitario. Éste es uno de los retos más importantes a los que nos enfrentamos; no obstante, aunque no sabemos qué significa para usuarios estar en el centro del sistema, esta línea de trabajo debe girar en torno a tres ejes: la materialización de la participación de ciudadanos y organizaciones en el sistema, atención a las necesidades reales de

la sociedad en el ámbito de la salud (cronicidad, aportación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, atención domiciliaria, integración de la atención sanitaria y social, etcétera), conocer qué es calidad y qué valora más el paciente y medir la satisfacción de éste de forma cualitativa y continuada.

Respecto a los proveedores, el *Lean Manufacturing* promueve la construcción y mantenimiento de una relación a largo plazo con los proveedores a través de acuerdos para compartir el riesgo, los costes y la información. En sanidad, la relación está pasando de ser administración-proveedores a administración-partners. Así, la colaboración público-privada, el riesgo compartido o el socio tecnológico son ejemplos de cómo se está materializando la relación entre gestores y proveedores, es decir, entre gestores y partners y que beneficia a todos: la industria y gestores negocian la forma de su relación, los proveedores desarrollan una relación de compromiso con el sistema más allá de la venta de su producto, se mejora el acceso a la innovación por parte de los pacientes y los gestores y la administración mejoran la eficiencia del sistema sanitario.

Son varios textos legislativos los que recogen de una u otra forma contenidos relacionados con la colaboración público-privada en España:

- **Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.** Reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario, y prevé su colaboración con las Administraciones Públicas Sanitarias competentes mediante convenios o conciertos, siempre teniendo en cuenta la utilización óptima de los recursos sanitarios públicos.
- **Ley de Nuevas Formas de Gestión 15/1997.** Abre la puerta a fundaciones, empresas públicas y concesiones administrativas y en ella se basó la creación del primer PPP (*Public Private Partnership*) en España, en 1999.
- Los contratos del sector público reciben su regulación esencial en el Texto Refundido de la **Ley de Contratos del Sector Público, aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre.** El objetivo de esta Ley de Contratos es regular la contratación del sector público, garantizando los principios de libre acceso a la licitación; los principios de publicidad y transparencia del procedimiento de contratación; y el principio de igualdad de trato. Además, se persigue la aplicación del principio de eficiencia en el gasto público, de manera que se exige la definición previa de la necesidad a cubrir, la competencia entre los licitadores y la selección de la oferta económicamente más ventajosa.

3

¿DE LA “BATA GRIS” A LA “BATA BLANCA” EN LA EXTERNALIZACIÓN?

Al hablar de colaboración público-privada es obligado dedicar un espacio a la externalización y, en ella, analizar las dos grandes formas de la misma: las denominadas externalizaciones de “bata blanca” y de “bata gris”.

Como cada vez que hablamos de gestión sanitaria en España, debemos partir de la base de que no contamos con datos objetivos y comparables ni en resultados en salud ni en eficiencia o resultados económicos, ni entre centros ni entre modelos en gestión, de forma que existe una gran escasez de publicaciones e investigaciones rigurosas que muestren una evaluación comparativa, en términos de resultados, sobre los diferentes modelos de externalización implantados en nuestro Sistema Nacional de Salud y con respecto a fórmulas más tradicionales.

Esta tendencia se produce en un contexto macroeconómico de la política económica europea de las dos últimas décadas en la que la reducción del gasto, la limitación del endeudamiento y del déficit público y las posibilidades de inversión con fondos públicos son parte esencial. En este marco, los países han ido buscando financiación adicional en medios privados para los servicios públicos para no verse obligados a restringir la cobertura de servicios públicos. Lo importante es que la institución contratante sigue siendo la responsable última del servicio, debiendo mantener las funciones de control y evaluación sobre el servicio transferido.

La Financiación Privada de Iniciativas Públicas (*Private Finance Initiative, PFI*) y la Participación Público-Privada (*Public-Private Partnership, PPP*), denominadas concesiones de “bata gris” y de “bata blanca”, respectivamente, son

fórmulas que permiten a los gobiernos atender a las necesidades de inversión del sector público sin aumentar el déficit, y a la iniciativa privada, principalmente a las constructoras y empresas de servicios, le permite no sólo mantener, sino elevar su volumen de contrataciones al tiempo que reduce su exposición como negocio cíclico. El origen lo encontramos en Reino Unido, cuando en 1992, el Gobierno británico introdujo la PFI con el fin de optimizar el valor del dinero que pagan los contribuyentes a través de la participación de empresas del sector privado en todas las áreas de servicios públicos. En el área de la sanidad, a través del programa PFI, se han construido en Reino Unido 150 hospitales, el 75% entre 1997 y 2009.

Frente a esta opción, los defensores de las PPP consideran que éstas entregan mayor valor por el dinero, argumento denominado *value-for-money (VFM)* que ha sido uno de los motivos más importantes alegados para avanzar en este tipo de colaboración. Así, mientras que en el modelo PFI, la iniciativa privada proporciona infraestructuras, construcción de instalaciones y su mantenimiento y servicios auxiliares, como tecnología, catering, parking, residuos, etcétera, en el modelo PPP la iniciativa privada proporciona también servicios de asistencia sanitaria. En el primer modelo destacan las concesiones de obra pública realizadas en la Comunidad de Madrid en los hospitales de Coslada, Parla, Aranjuez, Vallecas, Arganda, etcétera, mientras que en el segundo destaca, por ejemplo, el denominado modelo Alzira originado en la Comunidad Valenciana en La Ribera (Adeslas), Torrevieja (Ribera Salud) o Denia (DKV).

En el modelo PFI o de “bata gris”, la administración pública debe primar en los pliegos la provisión del servicio sobre los recursos empleados para su realización, dentro de la normativa vigente (jornada laboral, seguridad en el trabajo, productos y materiales certificados), seleccionar los indicadores de calidad y disponibilidad bajo criterios manejables y significativos, que aporten relevancia, y ligar el cumplimiento de los niveles de servicio con el importe del canon mensual, percibido por el proveedor. Además, sobre todo cuando conviven en un mismo centro personal dependiente del sector público y del privado, es fundamental establecer los mecanismos y estructuras organizativas necesarias para la integración idónea entre el sector público y el proveedor externo de los servicios.

En las concesiones de “bata blanca” se debe tener en cuenta que la administración pública debe conocer en todo momento la población asignada a un centro mediante una tarjeta sanitaria, algo que se complica mucho con la coexistencia de sanidad pública y sanidad privada; que el número de tarjetas asignadas no contempla un ajuste de riesgos por gravedad de la patología, sexo o edad; que el control de la cartera de servicios por la administración debe especificarse claramente en el pliego, y que no se incluyen en los contratos factores de penalización para los servicios clínicos ligados al desempeño, sino que solo se regulan por la libre elección del ciudadano que, en caso de no optar por el centro, es descontado. Además, la normativa vigente no siempre identifica de forma concreta cuáles son las prestaciones sanitarias a las que la población tiene derecho con cargo a la financiación pública, por lo que quizá lo mejor es especificar que la cartera de servicios será en todo momento la que presten las instituciones de salud del sector público de similares características.

Diversos informes, análisis y estudios realizados en los últimos años auguran la evolución del PFI hacia la concesión para gestión integral sanitaria, en la que las empresas de asistencia sanitaria tienen el protagonismo, frente a empresas constructoras o proveedoras de servicios no sanitarios, como ocurre en el PFI. Los defensores de la concesión para gestión integral sanitaria aluden, además, que la innovación en gestión llega con este modelo también a la asistencia sanitaria, redundando en la calidad de la misma. Frente a esta tendencia, existen detractores que afirman que la PPP está sometida a mayores riesgos, derivados de la incertidumbre, los problemas de medición de los resultados, la especificidad de los activos, la constante innovación tecnológica y la necesidad de un cambio en la regulación laboral.

Lo fundamental, no obstante, es la responsabilidad de la administración pública sobre los servicios que se prestan, independientemente del tipo de servicios, y la universalidad de los mismos para todos los ciudadanos. La idoneidad de un modelo u otro no es discutible en términos de si la gestión es pública o privada sino de si es eficiente, aporta innovación y calidad y hace al sistema sostenible. Y eso solo es posible contando con directivos de la salud y gestores sanitarios profesionales y, al mismo tiempo, evaluando, mediante KPIs (*Key Performance Indicators*) o índices de eficiencia y calidad que nos per-

mitan el análisis objetivo y comparativo entre centros y modelos. Para ello, es necesario diseñar la evaluación a la vez que las políticas, monitorizando los cambios antes y después de que se lleven a cabo.

Externalizar, en definitiva, no es –o no debe ser– desentenderse de un servicio o una prestación, sino perseguir la viabilidad para proporcionarlo en las mejores condiciones, con la mejor calidad posible, en un marco de infrafinanciación y en el que entran en juego muchos y diversos agentes.

4

COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN OTROS SECTORES

Junto a la sanidad, otros servicios presentan tendencias en la actualidad hacia la colaboración público-privada. Desde el sector de la defensa al de la educación, pasando por infraestructuras y fomento, el sector energético o el turismo. Los diferentes enfoques y tendencias se basan en las peculiaridades concretas de cada ámbito, si bien hay proyectos para el análisis profundo e iniciativas de las que poder aprender.

INFRAESTRUCTURAS

Si bien en el sector de las infraestructuras en España, este tipo de gestión se ha implementado de forma limitada, se trata de una herramienta que prevalece y que se está imponiendo, también en el ámbito internacional. Para ello, el sector solicita un marco regulatorio estable y predecible que sienta las bases para poder desarrollar proyectos bajo la modalidad de colaboración público-privada.

De las diferentes fórmulas que se han desarrollado, destacan el llamado método alemán o de abono total del precio y el peaje en sombra. Ambos sistemas ofrecen una financiación de la inversión para el sector público de forma diferida, el primero de ellos por efectuarse el pago al sector privado una vez que la infraestructura se ha construido, y el segundo por tratarse de pagos que realiza la Administración a posteriori por el servicio prestado a los ciudadanos, que perciben la infraestructura como libre o no concesionada.

En este ámbito, según diversas fuentes consultadas, se requiere de una mayor transparencia en la información sobre la colaboración público-privada y en la financiación de las infraestructuras públicas en general, siendo fundamental la planificación, el diseño, el control y la evaluación de la gestión, porque es la única manera de lograr la eficacia en la externalización de servicios., junto a la definición exhaustiva de la adecuada transferencia de riesgos, con organismos de control y de supervisión.

EDUCACIÓN

Cómo aumentar la calidad del aprendizaje (mejores prácticas, tipos y modelos de aprendizaje digital, etcétera), cómo conseguir una mejor interacción de los educadores con los estudiantes y cómo abordar las desigualdades son algunas de las necesidades y factores clave del cambio educativo que justifican, en gran medida, la colaboración público-privada en la educación.

La colaboración se hace en dos sentidos: uno acotado al quehacer de las empresas y otro enfoque asociado a la filantropía y/o al posicionamiento de marca de una empresa, en el sentido de Responsabilidad Social Empresarial (RSE), con políticas en becas, educación infantil, lectura y formación para el trabajo. En el primer enfoque destaca la oferta privada de educación, en la que la calidad del servicio se asocia al coste de la oferta, junto a las ofertas concertadas, en las que empresarios privados dan un servicio con una inversión que se enriquece con aportes públicos en pago de profesores y otros conceptos. En principio, el coste de este tipo de educación es menor que el de la privada.

Pero estos modelos o enfoques no son los únicos en la colaboración público-privada en este sector. En diciembre de 2016 el Consejo de Ministros, a propuesta del ministro de Educación, Cultura y Deporte, aprobó mediante Real Decreto el nuevo Estatuto de la Biblioteca Nacional de España (BNE), derivado de la Ley Reguladora que se aprobó en 2015. El nuevo Estatuto de la Biblioteca supone un impulso para la mejora de la gestión interna, los servicios a los usuarios (tanto presenciales como digitales), así como la actividad cultural ya que, en principio, agilizará la capacidad de actuación.

El nuevo Estatuto regula la composición del Real Patronato, compuesto por el Pleno y por la Comisión Permanente como órganos colegiados de gestión. Entre las competencias del Pleno está, entre otras, el impulso de las iniciativas de mejora y proyectos de colaboración e innovación, mientras que en las de la Comisión Permanente destaca el impulso de proyectos de colaboración tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

Sin duda, un ejemplo de dejar abierta la colaboración público-privada en una institución pública que necesita evolucionar.

DEFENSA

En el ámbito de las infraestructuras y equipamientos de defensa es posible la utilización de instrumentos contractuales con el sector privado para la adquisición de bienes y equipos de uso militar. Así, el Ministerio de Defensa adquiere material militar mediante contratos en los que las empresas privadas asumen el coste de construcción, financiación y mantenimiento, recibiendo la contraprestación de la Administración a lo largo del periodo de uso, de acuerdo con ciertos criterios que miden la correcta disponibilidad de dichos bienes.

Experiencias internacionales, como las desarrolladas en el Reino Unido, pero también en Alemania y Estados Unidos, están utilizando la colaboración público-privada en ámbitos como los cuarteles y vivienda militar, telecomunicaciones, equipos de simulación o incluso apoyo operativo, como el sistema de abastecimiento en vuelo de la *Royal Air Force* británica.

Algunas peculiaridades del sector de la defensa condicionan este tipo de colaboración en este ámbito: el carácter estratégico de las instalaciones militares; la confidencialidad en los resultados de los proyectos de investigación y diseño de sistemas de uso militar; la incertidumbre de los proyectos desarrollados a largo plazo, debido a los cambios en determinados factores externos al desarrollo del sistema de colaboración público-privada, como cambios geopolíticos que impliquen amenazas; el elevado nivel de innovación de las tecnologías empleadas en el ámbito militar; el alto coste inicial de los proyectos de defensa podría implicar que este tipo de colaboración no resulte adecuado para este

tipo de proyectos, a no ser que la duración del contrato sea lo suficientemente amplia para permitir que la inversión inicial sea rentable, y la dificultad en la atribución de riesgos al sector privado, cuando se trata de sistemas de armas que pueden ser objeto de destrucción por accidente o en combate.

TURISMO

Existen algunas reticencias para el inicio de proyectos de colaboración público – privada en el sector turístico, como el bajo conocimiento mutuo, desconfianza y reticencias para proceder de forma conjunta, poca confianza en que el turismo es capaz de convertirse en motor económico de las ciudades y países, así como una diferente visión sobre la relación entre impuestos, gasto público y servicios. Esto influye directamente en que desde la perspectiva pública, con un punto de vista crítico, exista una subvaloración de la aportación económica pública y sobrevaloración de la privada, por lo que, al mismo tiempo, se producen reticencias del sector privado a realizar aportaciones económicas para proyectos conjuntos.

Pero también existen puntos críticos en proyectos de este tipo desde la perspectiva privada, tales como el hecho de que existen muchas diferencias entre los modelos de gestión de los ayuntamientos, en el caso de las ciudades y, a su vez, entre los niveles de las administraciones y el pensamiento de que el sector público desea compartir pocas cosas y recurre al privado cuando no alcanza sus objetivos.

A pesar de todo ello, se puede afirmar que la gestión y la razón de ser de Turismo no se entienden sin la colaboración público-privada, destacando la elaboración del Plan Nacional Integral de Turismo 2012-2015, resultado de un ejercicio común de análisis y de definición de estrategias llevado a cabo entre el sector público y el sector privado.

5

UN MARCO CONCEPTUAL GLOBAL PARA LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

Si partimos de la gran complejidad de la organización sanitaria en el ámbito de un país, los diversos modelos existentes provienen en gran medida de combinar diversas fuentes de financiación con las diversas formas en las que los recursos financieros llegan del financiador a los proveedores del servicio. El primer caso (la financiación) es la primera forma en que comienza la relación público-privada en los sistemas sanitarios, de manera que en los sistemas basados en el modelo Bismarck, el ente asegurador es por lo general la propia Seguridad Social dependiente de la administración. No obstante, y aquí es donde aparece la relación público-privada, en algunos países existe la opción de que el aseguramiento se lleve a cabo con aseguradoras privadas, situación en la que el Estado se limita a supervisar y regular.

Pero es el segundo punto – el de las formas en las que los recursos financieros llegan del financiador a los proveedores – el que determina en mayor medida la colaboración público-privada de un sistema y/o de un modelo sanitario, compuesto por dos maneras concretas: la contratación (mediante contrato o concierto el financiador compra a los proveedores privados y públicos los servicios sanitarios que precisa) y la integración (la Administración Pública produce sus servicios sanitarios médicos, integrando a los proveedores en su organización, de forma que el financiador emplea directamente al personal sanitario y gestiona sus centros).

Mientras que la contratación es típica en los sistemas de Seguridad Social (modelos Bismarck), los países nórdicos, Reino Unido, Italia, España y Portugal, siguen el modelo de integración en la forma en que los recursos financieros llegan del financiador a los proveedores del servicio.

Llegados a este punto, es necesario determinar algunos puntos cruciales y éticos que deben estar presentes en el marco de la colaboración público-privada en el sector sanitario: el servicio de la salud es un bien público, un derecho universal; quién es el propietario del servicio, y un proyecto fundamentado en este tipo de colaboración nunca puede suponer un coste mayor que el mismo proyecto sin colaboración público-privada. Ahora bien, la situación actual determina que, no solo es la eficiencia el motivo que justifica un proyecto público-privado, sino el resultado que el proyecto aporta, su valor añadido.

Si bien existen diferentes clasificaciones de la colaboración público-privada es en torno a este valor añadido, al tipo de innovación que aportan, como tiene más sentido ordenarlas dada la evolución que el modelo sanitario necesita hacia la calidad y, en base a ésta, la sostenibilidad. Así, puede existir colaboración público-privada en cuatro ámbitos (o de cuatro tipos): en la gestión de la innovación terapéutica, en la gestión de la innovación tecnológica, en la gestión sanitaria innovadora y en la gestión de la investigación y desarrollo científico, como punto de partida de la innovación. Todos ellos, generalmente, se caracterizan, según se contempla en el *Libro Verde sobre la Colaboración Público-Privada y el Derecho Comunitario en Materia de Contratación Pública y Concesiones* de la Comisión Europea de 2004, por una relación entre el socio público y el privado de duración relativamente extensa en el tiempo, la existencia de diferentes opciones de financiación del proyecto, el rol clave del operador económico, que participa en diferentes etapas de la iniciativa y el reparto de los riesgos entre las partes implicadas.

El mencionado Libro Verde distingue, asimismo, entre dos tipos de partenariados público-privados: el contractual, que es aquel en el que el sector público desarrolla un servicio o un bien y encarga a un tercero su producción, y el institucionalizado, en el que sector público y privado se vinculan mediante una nueva estructura creada *ad hoc* con el fin de gestionar el partenariado.

Cualquier proyecto de esta índole, en cualquier caso, será evaluable según cumplan los objetivos de proporcionar resultados en salud, equidad en el acceso a la innovación y/o a la asistencia sanitaria y procesos asistenciales y sostenibilidad financiera del sistema. En definitiva, la prioridad del sistema sanitario es la mejora de los resultados en salud en un entorno financieramente sostenible. Y la innovación es la clave de esta sostenibilidad, entendida

ésta de una forma global y transversal, fomentando la eficiencia, la corresponsabilización de todos los agentes y la evaluación de resultados en salud.

COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN TERAPÉUTICA

La colaboración más frecuente en el área terapéutica es el contrato de riesgo compartido, cualquier tipo de acuerdo que distribuye los riesgos asociados a los resultados de una relación entre las partes implicadas, de forma que, ante las incertidumbres derivadas el que paga y el que cobra comparten beneficios y riesgos. Dentro de este concepto aplicado a la financiación de medicamentos, se incluyen un conjunto de mecanismos de relación económica en los que el riesgo es compartido entre financiador y proveedor, de forma que el proveedor verá modificados sus beneficios, no solo en función de cuantas más unidades venda, sino en función de las consecuencias de la utilización y de los resultados del producto.

Febrero de 2011 fue la fecha en la que se firmó el primer acuerdo de este tipo en nuestro país, entre el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada y la compañía farmacéutica GSK para la adquisición del medicamento Volibris (ambri-sentan), tratamiento para la hipertensión arterial pulmonar, cuyas bases consistían en trasladar el precio final del fármaco a los resultados obtenidos respecto a la efectividad en los pacientes tratados. Después, en el mismo año, se llevó a cabo el primer acuerdo entre una Administración Pública y una compañía farmacéutica, superando los acuerdos puntuales entre hospital e industria; fue el acuerdo entre la empresa Astrazeneca, el Instituto Catalán de Oncología y el CatSalut y se trató de un programa piloto de un año de duración de acuerdo de riesgo compartido con un medicamento oncológico: Iressa (gefitinib), indicado para cáncer de pulmón no microcítico con mutación de carácter positivo del gen EGFR. El acuerdo contemplaba la realización de una medición individualizada de sus resultados, para identificar qué tipo de pacientes son susceptibles de beneficiarse de él y así obtener mejores resultados en la práctica clínica. El CatSalut asumió parte del coste del medicamento y el resto lo financió Astrazeneca, de forma que, si concluido el periodo de un año, los médicos detectaban una mejoría en sus pacientes respecto a otros tratamientos, CatSalut elevaría el porcentaje que financiaba. Tras el éxito de la fase piloto, el programa se extendió a 26 hospitales comarcales.

Esta visión global y más estratégica la tuvo también el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con la financiación del primer medicamento de terapia celular, ChondroCelect, para la regeneración del cartílago de la rodilla. A partir del acuerdo, esta terapia comenzó a ser usada por cirujanos ortopédicos en centros públicos, además de en privados como ya se hacía. Se trató de un acuerdo basado en resultados en salud, en el que se contemplaba la financiación pública pero la compañía devolvería el dinero en caso de que no existiera respuesta al tratamiento.

Existen seis modelos diferentes de acuerdos de riesgo compartido: acuerdos precio volumen, acuerdos globales de retorno o devolución, acuerdos de acceso a pacientes, acuerdos basados en el cumplimiento y acuerdos basados en resultados clínicos. Cualquiera de ellos puede aportar distintas ventajas a financiadores, clínicos, pacientes e industria:

- Los **financiadores** mejoran el acceso a la innovación, limitan las incertidumbres del impacto económico, generan incentivos a la promoción del consumo y a la utilización coste-efectiva alinean los incentivos de la industria con los del sistema de salud y generan experiencia y conocimientos sobre resultados.
- Los **clínicos** disponen de alternativas terapéuticas eficaces.
- Los **pacientes** acceden a tratamientos innovadores.
- La **industria** recaba información y conocimiento sobre sus productos innovadores en un entorno real, accede a la financiación de productos innovadores y cuenta con un marco estable para financiar la innovación.

COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Los acuerdos de riesgo compartido y los seis modelos de éstos determinados en el apartado de innovación terapéutica son válidos también para este apartado. De hecho, el primer acuerdo de riesgo compartido destinado a aplicar una tecnología sanitaria no farmacológica data del mismo año (enero de 2011). Lo protagonizaron la Fundación Kovacs y el Servei de Salut de les Illes Balears, con las siguientes determinaciones: el Servei de Salut de les Illes Balears estableció los resultados ideales que debería obtener la intervención neurorreflejo-terá-

pica –NRT – para que su aplicación aportara un beneficio clínico significativo a los pacientes y generara un ahorro neto, reduciendo el consumo de fármacos y cirugía por encima del coste de aplicación de la tecnología.

Este contrato permitió al Servei de Salut un ahorro neto de más de 11 millones de euros entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2012.

No obstante, el modelo quizá más presente en esta área es el que promueve la figura de “socio tecnológico” y que ha adquirido un rol fundamental en los últimos años en la renovación en tecnología frente a la obsolescencia de los equipos que conlleva, entre otras cosas, una evolución más lenta hacia diagnósticos más rápidos, precisos y seguros. Se trata de un socio empresarial para las organizaciones sanitarias, que facilita la inversión y la actualización de tecnología con una visión a largo plazo, colabora en proyectos de investigación y asesora sobre el equipamiento que mejor responde a las necesidades de las entidades sanitarias y de sus pacientes. Suelen ser acuerdos vigentes durante varios años, con lo que se contribuye a la sostenibilidad y la calidad de la atención sanitaria.

Otro segmento de la industria de tecnología sanitaria que está trabajando en gran medida en este sentido son las compañías que están asesorando e implantando la digitalización del sistema sanitario en algunas comunidades autónomas, como la receta electrónica, la historia clínica y los centros de información y servicios, que supone la optimización de los recursos económicos y una gestión más eficaz de los servicios y de las herramientas tecnológicas.

COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN GESTIÓN SANITARIA INNOVADORA

El 51% de los hospitales de España está vinculado con el sistema de la red sanitaria pública, según los datos del Mapa de Modelos de Gestión de los Hospitales de Utilización Pública en España, elaborado en 2016 por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria (SCGS). Los resultados preliminares de este estudio, que aporta una primera base descriptiva de los distintos modelos de gestión en la red de hospitales de España, indican que de los 791 hospitales de España, la mitad, es decir 456 centros, tiene alguna vinculación con el sistema público, ya sea por pertenecer a la red pública o por tener algún tipo

de concierto o contrato para realizar actividad de financiación pública. Del total de estos últimos centros, el 60% (272 centros) son de titularidad pública, mientras que el 40% restante (184) son de titularidad privada –benéfica o no benéfica–.

Las fórmulas de gestión basadas en la colaboración público-privada permiten la separación entre las competencias de financiación y compra de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión. Esta separación conlleva diversas ventajas, entre las que destacan los beneficios fiscales, dado que mejora la deuda pública, el control presupuestario y la reducción del riesgo (la ejecución del contrato la realiza el contratista y el pago se realiza de forma diferida en el tiempo), y las políticas, en tanto en cuanto hace posible que la responsabilidad pública se conserve para la provisión de servicios en materia de control y financiación.

Desde que en 1999 surgiera el primer PPP (*Public Private Partnership*) en España, a la luz de la Ley 15/97 de nuevas formas de gestión, que abre la puerta a fundaciones, empresas públicas y concesiones administrativas, se han puesto en marcha diversos modelos de colaboración en el área de la gestión. Se trata de los conciertos, en los que hospitales privados ofrecen asistencia sanitaria a una población en términos de prestaciones sanitarias concretas, pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, mutualismo administrativo, por el que los beneficiarios eligen recibir provisión pública o privada en un marco de financiación pública (es el caso de MUFACE, MUGEJU e ISFAS), y las concesiones administrativas, a través del que la empresa privada se responsabiliza de la construcción, puesta en marcha de infraestructuras, y/o gestión de servicios sanitarios y no sanitarios.

Según Xabier Martínez-Giralt, existen los siguientes tipos de colaboración público-privada en este apartado:

- **Colaboración público-privada para construir infraestructuras.** El sector público contrata un proveedor privado para diseñar, construir y gestionar una nueva infraestructura (hospital, clínica, residencia, consultorio, etcétera).
- **Colaboración público-privada para construir infraestructuras y proveer servicios sanitarios.** Este tipo de contrato es más amplio que el anterior. El sector público contrata un proveedor privado para diseñar, construir y gestionar una nueva infraestructura y además también contrata la provisión de servicios sanitarios.

- **Colaboración público-privada para la provisión de servicios clínicos.** En este formato el sector público contrata la provisión privada de servicios asistenciales como diálisis, radioterapia, quimioterapia, tomografía computarizada, resonancia magnética, electrocardiografía, rayos X, guía ecográfica, cirugía de día, etcétera.
- **Colaboración público-privada para la gestión de hospitales.** En este caso, el contrato consiste en delegar la gestión de un hospital (o en general de una infraestructura sanitaria) a un operador privado.
- **Colaboración público-privada para la provisión de servicios no asistenciales.** En este caso el sector público contrata con una empresa privada la compra y el mantenimiento de servicios no asistenciales como el mantenimiento, la limpieza, el catering, la lavandería, o los equipos de información y telecomunicación. Se trata del tipo de contrato más extendido.

Mientras que el primer y último tipo de colaboración supone una externalización de “bata gris”, el resto de tipos conllevan externalización de “bata blanca”.

El mayor argumento para externalizar en principio es de índole económica (centrarse en lo que cada uno sabe hacer mejor y encargar a otros para lo que previsiblemente se tiene una menor capacidad):

- En el sector privado el seguimiento de costes y eficiencia es determinante para el éxito empresarial. No ocurre lo mismo en el sector público.
- En general, el empresario está más influido por la innovación en los servicios e incluso en la organización empresarial, que va evolucionando a consecuencia de la propia innovación y del mercado en el que opera. Sin embargo, el sector público se caracteriza por una menor flexibilidad al respecto y un mayor inmovilismo, lo que le sitúa, asimismo, en un lugar de menor preparación para resolución de ciertos problemas, gestión de equipos, negociación, etcétera.

Por otra parte, entre las ventajas potenciales de la colaboración público-privada en la gestión sanitaria destacan las siguientes: permite obviar problemas de liquidez de las Administraciones Públicas; evita contabilizar como deuda pública la financiación necesaria para nuevas inversiones; proporciona rentabilidad política (nuevas infraestructuras sin costes de oportunidad visibles); introduce mejoras en la calidad debido a la especialización de las empresas

adjudicatarias (en el caso de servicios no asistenciales); induce ganancias de eficiencia (incentivos de las entidades privadas a la maximización del beneficio); genera incentivos a la innovación debido a la extensión de las relaciones contractuales, y transfiere riesgos a la empresa concesionaria.

En todo caso, la colaboración público privada debe ser entendida como una forma de hacer gestión integrada, utilizando de forma eficiente los recursos públicos, privados, atención primaria, atención hospitalaria y servicios sociales.



En cuanto a resultados, no parece que la gestión privada de hospitales y centros sanitarios públicos garantice una mayor eficiencia, pero tampoco que determine una peor calidad asistencial. Del mismo modo, no parece que la gestión pública directa garantice una mayor calidad, pero tampoco que determine una peor eficiencia. Sí se requiere, más allá del tipo de colaboración, una autoridad pública honesta, transparencia, contratos bien diseñados, con transferencia real de riesgos (a la gestión privada y a la pública). En definitiva, una buena gobernanza y gestión y generar confianza entre los profesionales y entre la población.

Una fórmula que supuso una gran innovación al respecto fueron las Entidades de Base Asociativa (EBAs) desarrolladas en Catalunya y que supuso la modificación

en 1995 de la Ley de Ordenación Sanitaria 15/90 de 9 de julio con el fin de contemplar esta modalidad de gestión. Las EBAs son constituidas por profesionales sanitarios que participan en la gestión de los servicios sanitarios; se trata de una forma de contratación y gestión indirecta de servicios de Atención Primaria.

COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LA CREACIÓN Y DESARROLLO DE PARQUES CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS

Junto a los tres primeros tipos de colaboración según el tipo de innovación que se gestiona, la colaboración público-privada en la creación y desarrollo de parques científicos quizá sea la que combina de forma más óptima lo mejor de la iniciativa pública y privada. En los parques científicos, grandes edificios, mantenidos por un gobierno regional o por algunas universidades, varios proyectos emprendedores de base tecnológica, biotecnológica, farmacológica o de ciencia en general conviven, accediendo a bajo coste o gratuitamente a todo el equipamiento que necesitan para desarrollar su proyecto, así como a otros servicios comunes de asesoría legal, participación en eventos sectoriales bajo el paraguas del parque o de comunicación corporativa.

Según la Asociación de Parques Científicos y Tecnológicos de España (APTE), que cuenta con 69 miembros en las 17 comunidades autónomas de nuestro país), existen más de 7.735 empresas e instituciones instaladas en los parques científicos, cifra que crece cada año casi un 20%. De ellas, el 6,5% se corresponde con compañías del sector salud, el 22,7% con compañías relacionadas con la informática o las telecomunicaciones y el 18,8% con el área de ingeniería o consultoría.

Si a priori la colaboración público-privada aporta o puede aportar beneficios en términos de calidad y eficiencia-sostenibilidad, ¿a qué se deben las voces en contra?. Probablemente, el propio concepto de salud como gratuito y universal y el “choque” de éste con el concepto del mundo empresarial, a cuyos productos y servicios solo acceden aquéllos que poseen recursos económicos, sean las razones más importantes, de las que se derivan una serie de barreras de diversa índole.

BARRERAS FRENTE A LA COLABORACIÓN PÚBLICA (ELABORACIÓN PROPIA)

NOTA: el contenido que se recoge en la figura es meramente expositivo, sin entrar a valorar si los prejuicios, por ejemplo, son o no fundados.

ADMINISTRATIVAS Inmovilismo y rigidez del sistema sanitario. Falta de autonomía de los centros.	POLÍTICAS Visión cortoplacista. Prejuicios políticos hacia la colaboración con el sector privado. La sanidad como arma arrojadiza en la política.
LEGISLATIVAS Aún quedan vacíos legales en la regulación de la colaboración público-privada. Rigidez.	DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Miedo hacia el cambio en las condiciones laborales. Prejuicios hacia la colaboración con el sector privado.
SOCIOCULTURALES Prejuicios socioculturales hacia la colaboración con el sector privado Miedo a que la sanidad deje de ser universal y gratuita debido a la colaboración público-privada Miedo a un empeoramiento de la calidad, debido a la creencia de que la gestión sanitaria privada busca la rentabilidad por encima de la calidad	

De forma paralela a la proliferación de modelos de colaboración y de las aptitudes del sector público y del sector privado, nace otra tendencia con fuerza en los últimos años: la “empresarización” del sistema sanitario. Me refiero a la incorporación de formas de gestión características del sector privado al ámbito público que suponen la “empresarización” de los modelos de gestión, en busca de eficiencia y resultados que aporten sostenibilidad, lo que no significa privatización de la sanidad. El reto para los nuevos modelos de gestión es beneficiarse de las ventajas en coste, calidad y precio del sector privado sin perder las garantías del sector público, así como proveer servicios públicos de calidad, utilizando los criterios de universalidad y servicio social, mientras se deja un lugar a la obtención de beneficios privados.

En este sentido, en el caso de la colaboración público-privada en la gestión, para que los modelos de gestión pública directa funcionen se requiere lo mismo que en los modelos de gestión que surgen de la colaboración público-privada: buena gobernanza y gestión, generar confianza, evaluación y resultados, cambios organizativos reales, etcétera.

6

ENFOQUE ESTRATÉGICO Y GLOBAL

A pesar de que cada vez se desarrollan más proyectos e iniciativas en los que existe una colaboración público-privada en el sector de la salud, lo cierto es que aún, en general, esta herramienta no se utiliza con un enfoque estratégico y global, sino mediante proyectos aislados. No obstante, en tanto en cuanto la colaboración público-privada – enfocada a la gestión de la innovación en sus distintas modalidades – se realice de forma más estratégica y global, mayores serán los beneficios en términos de calidad y sostenibilidad, mayor planificación de recursos y mayor minimización de las barreras se conseguirá, sobre todo las que se refieren a los políticos, profesionales sanitarios y socioculturales.

Seguramente la falta de resultados, sobre todo en el ámbito de la colaboración público-privada en la gestión sanitaria, sea uno de los motivos más relevantes, junto a la visión parcial y cortoplacista de las políticas sanitarias, de la falta de enfoque estratégico y visión global. Así, existe una ausencia total de evidencias acerca de su efectividad y eficacia, si bien tampoco existen estudios sobre los mismos requerimientos en la gestión pública directa con los que hacer el análisis comparativo entre unos y otros modelos de gestión.

En el caso de la colaboración público-privada en las áreas de la innovación terapéutica y de tecnología sanitaria, los resultados existen, pues en la mayoría de los casos las cláusulas de los contratos que se firman incluyen éstos como factor decisor del precio de los productos, pero, sin embargo, no hay un registro global de resultados de experiencias. Algo en lo que trabajar, por otra parte, para el aprovechamiento del Big Data en salud.

Volviendo al enfoque estratégico y global, éste tiene dos perspectivas: la necesidad de integrar en la estrategia de un sistema sanitario la colaboración público-privada en su concepto más amplio y darle a los proyectos de colaboración público-privada

el matiz de ser estratégicos. En este punto es necesario hacer hincapié, asimismo, en la importancia de que la comunicación, tanto externa como interna, esté presente en dicha estrategia. No en vano algunos proyectos de este tipo de colaboración en el ámbito de la gestión han fracasado desde el punto de vista del apoyo de los profesionales sanitarios en parte por una mala comunicación interna, así como desde el punto de vista social por una mala comunicación externa.

Una forma de darle el matiz a estos proyectos de estratégicos es concebirlos como una alianza estratégica, un paso más allá de la colaboración público-privada.

Según se recoge en el Informe AMPHOS *Alianzas Estratégicas en el Entorno Hospitalario*, publicado en 2016, una alianza debe ser un acuerdo entre dos o más organizaciones independientes que se comprometen a colaborar en determinadas actividades para alcanzar unos intereses pactados por ambas partes. No obstante, solo son estratégicas si actúan como instrumento para desarrollar alguna de las líneas establecidas en el Plan Estratégico de la institución.

De esta forma, se considera alianza estratégica aquella fórmula organizativa que representa un marco de colaboración estable entre dos o más organizaciones que persiguen unos objetivos comunes a través de la realización de acciones conjuntas que implican intercambiar, compartir y/o generar recursos y/o capacidades. En definitiva, para que una alianza sea estratégica debe cumplir los siguientes requisitos: disponer de unos objetivos comunes explícitos; mantener la independencia jurídica de las instituciones participantes; formalizar explícitamente el marco de colaboración institucional; desarrollar la colaboración en un marco temporal continuado; contribuir al desarrollo de objetivos estratégicos de las organizaciones participantes, y establecer un marco de gestión estratégica, basado en una toma de decisiones compartida y coordinada entre las partes, estableciendo mecanismos de control y seguimiento de los objetivos y acciones diseñados.

En tanto en cuanto la alianza debe estar destinada a desarrollar alguna de las líneas establecidas en el Plan Estratégico de una institución, la cultura organizativa juega un papel clave para que los procesos de transformación de las organizaciones sean exitosos. Y, en esta línea, los equipos directivos de los servicios de salud son pieza clave en dicha cultura organizativa y en el impulso de este tipo de alianzas. Y esto, una vez más, es algo que debe estar implícito y explícito en el Plan Estratégico de un sistema sanitario o institución.

7

EL LIDERAZGO EN LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

Cualquier proyecto de colaboración público-privada, sea estratégico o no, necesita contar con líderes de la gestión profesionales, con una formación y experiencia *ad hoc* para la labor que desempeñan. En mayor o menor medida, la gestión de proyectos de este tipo –desde el planteamiento hasta la evaluación pasando por el desarrollo y seguimiento– requiere la visión estratégica del sistema sanitario y poder enfrentarse a los retos principales que supone planificar y gestionar este tipo de contratos en el actual contexto, convirtiendo un reto en una oportunidad de mejorar la eficiencia de la gestión pública.

Desde otro punto de vista, conseguir que la colaboración público-privada tenga un enfoque estratégico requiere igualmente de directivos de la salud profesionalizados, en sus distintos niveles y ámbitos, que pongan en práctica una gestión sanitaria profesionalizada, en torno a los principios de transparencia, evaluación, calidad, eficiencia y sostenibilidad, pero también con habilidades directivas de liderazgo.

En todos los niveles de la gestión sanitaria debe existir liderazgo en la colaboración público-privada. En el ámbito nacional, por ejemplo, el impulso de políticas que promuevan acuerdos donde primen la calidad y la eficiencia, pero también los resultados, la evaluación y la transparencia, es clave para la supervivencia del sistema tal y como lo conocemos. Igualmente, en el ámbito de los gobiernos autonómicos, también es fundamental el desarrollo de legislación al respecto.

En el nivel más de gestión, encabezado en primer lugar por consejerías de sanidad y servicios regionales de salud, se juega un rol clave en la inclusión de la colaboración público-privada en sus diversas modalidades en el plan o marco

estratégico del sistema. Esto requiere una visión estratégica que sobrepase el enfoque cortoplacista de los gobiernos, algo que en la actualidad, no obstante, es muy complicado.

Aquí juegan un papel fundamental las economías de escala, frente a los acuerdos de colaboración público-privada que se puedan llevar a cabo desde áreas sanitarias integradas o incluso centros concretos de forma aislada. De hecho, algunas veces, la razón principal de que se pongan en marcha, por ejemplo, acuerdos de riesgo compartido desde centros hospitalarios concretos se debe a una falta de estrategia en este ámbito por parte del servicio regional de salud.

En este punto aparecen, de forma que pudiera parecer contrapuesta, los beneficios que aporta la autonomía en la gestión de los centros. Y es que, incluso para los proyectos de colaboración público-privada las consejerías y servicios regionales de salud deben establecer, primero, en manos de quién queda cada aspecto en lo que concierne a su gestión y, segundo, la buena gobernanza de los centros.



8

OPINIONES EXPERTAS SOBRE LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

En un tema tan crucial en la actualidad y en el futuro próximo, en el que faltan datos y evidencias y recorrido, es fundamental recoger y tener en cuenta opiniones expertas por venir de los distintos sectores o agentes involucrados en el diseño, puesta en marcha, seguimiento y evaluación, con el fin de recoger las visiones más relevantes en torno a la colaboración público-privada.

Este apartado se dedica a ello: desde la visión más global y estratégica aportada por César Pascual Fernández, la perspectiva conceptual de Boi Ruiz y el análisis crítico con mirada al futuro de Pepe Martínez Olmos, hasta la exposición concreta de voces de áreas y sectores concretos que participan en la colaboración público-privada – en el ámbito de la gestión de la innovación–: José Ramón Luis Yagüe (Farmaindustria), Margarita Alfonso (Fenin), Alberto de Rosa (Grupo Ribera Salud), Manuel Vilches (Fundación IDIS) y Ángel Puente (COGESA). Directivos y compañías, políticos y patronales sectoriales, con diversos posicionamientos, opiniones y objetivos y, sin embargo, todos ellos de acuerdo en que la colaboración público-privada es una opción para construir calidad y sostenibilidad en los sistemas sanitarios.

LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN SANIDAD COMO CREACIÓN DE VALOR PÚBLICO

CÉSAR PASCUAL FERNÁNDEZ

Director de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

La necesaria evolución de los servicios autonómicos de salud y la crisis económica han puesto de manifiesto una realidad: la incapacidad de generar los suficientes

recursos para hacer frente a los crecientes e imparables gastos que generan, por una parte, unos servicios consolidados cada vez más sofisticados y caros y, por otra parte, una gran demanda ciudadana de los mismos y de nuevos aún más costosos por regla general. En este sentido, aunque la participación de entidades privadas en distintos ámbitos de la gestión de los servicios sanitarios públicos viene siendo una realidad desde hace mucho tiempo, con mayor o menor complejidad y con nuevos instrumentos tecnológicos sobre los que desarrollar esta gestión, ha sido en las dos últimas décadas cuando el debate acerca de su grado de participación ha tomado su mayor carta de naturaleza.

Hoy en día es inconcebible un Estado moderno que, para responder a los retos económicos y sociales que tenemos planteados, no conlleve un equilibrio de las obligadas relaciones tanto entre distintos niveles de gobierno y administraciones que colaboren entre sí de forma intensa como porque sean capaces de incorporar iniciativas que surgen de la esfera privada como ocurre con la prestación de servicios o la construcción de infraestructuras (incluidos aquellos que sean en la asistencia sanitaria bien sean de soporte, de apoyo, clínicos o integrales). Hay quienes se resisten ante esta realidad y piensan que aún una administración fuerte puede ser capaz en solitario de responder a los retos que nuestra sociedad tiene planteados.

Es un hecho que las colaboraciones público-privadas (en todos los sectores pero particularmente en sanidad que es lo que nos ocupa) se han convertido en un importante modelo de afrontar el tema de las reformas de las administraciones públicas en los últimos años y que estos modelos contractuales en general han sido ampliamente considerados como un paso adelante en la mejora del funcionamiento de la administración.

Existe un alto grado de consenso internacional que las colaboraciones público-privadas son una prometedora vía de reforma porque ofrecen una variada gama de formas en las que las administraciones (incluidas las sanitarias) pueden trabajar en cooperación con empresas y otras organizaciones no gubernamentales, es decir, con la sociedad civil. En Europa esta apuesta por esta incorporación de la sociedad civil a la gestión del entorno público constituye una prioridad. La colaboración público-privada permite avanzar en una buena gobernanza pero implica abandonar mitos y axiomas no contrastados científicamente y transformar la administración pública para que abandone su diseño tradicional y sea capaz de trabajar en red, liderando y gestionando esta red.

El problema radica en muchos casos en que la creciente importancia de externalizar funciones y tareas de servicios públicos exige que las administraciones estén bien preparadas para gestionar colaboraciones público-privadas y, en este sentido, no están tan claras las cosas. Es justo reconocer que algunas colaboraciones público-privadas no han servido para sus propósitos, ya sea por desajustes entre los modelos elegidos y las metas políticas o bien porque no se ha hecho lo suficiente para crear capacidades para gestionarlos de manera eficaz. Ello es debido, entre otras cosas, porque aunque existe una amplia serie de opciones, no ha sido fácil para las administraciones en muchos casos decidir qué forma de colaboraciones público-privadas se adapta mejor a circunstancias particulares para satisfacer las necesidades detectadas de prestación de servicios públicos.

Sin embargo, en el ámbito sanitario nos encontramos ante una circunstancia que ha sido utilizada hasta la saciedad para el cuestionamiento sistemático de este tipo de contratos: los resultados de las colaboraciones público-privadas si bien en la mayoría de los casos han resultado exitosos no es menos cierto que en la práctica en otros han tenido dificultades, no tanto en la obtención de resultados en la prestación de servicios sino en su articulación dentro del sistema sanitario. Es un hecho demostrable que son muchas las colaboraciones público-privadas las que están demostrando su mayor eficiencia, resistiendo comparaciones, visibilizando el grado de adecuación a estándares de calidad,... Pero para que el modelo sea capaz de cumplir con todas las expectativas es necesario que se impliquen en el proceso de la mano de las administraciones públicas (que recordemos son las titulares de la competencia que se gestiona bajo este modelo) y eso no siempre ocurre así. En efecto, existen necesidades en la colaboración público-privada que no están bien cubiertas y ello está produciendo que algunas de estas colaboraciones no estén yendo todo lo bien que podrían ir. Hay que tener presente que gestionar una infraestructura, un equipamiento o un servicio a través de este tipo de contratos es complejo y, a pesar de las expectativas generadas y de una cierta creencia generalizada, un contrato de colaboración público-privada no garantiza *per se* el éxito del proyecto dado que no son más que una herramienta de gestión, de manera que, en gran medida, dependerá de cómo se esté gestionando el proyecto para determinar qué resultados se obtienen.

Recordemos que los acuerdos de colaboración público-privados aparecieron en todo el mundo como respuesta a las dificultades cada vez mayores de las admi-

nistraciones públicas a la hora de lograr fondos para financiar la provisión de servicios de la forma más eficiente posible. Concretamente es en Australia a finales de los 80 donde surgió el concepto de colaboración público-privada en sanidad, aunque ciertamente cuando adquirió notoriedad fue en el inicio de la década de los 90 en Gran Bretaña, donde este tipo de contratos permitió al NHS renovar parte de la red de hospitales en un momento de falta de financiación para inversiones. A partir de ahí, su extensión por diversos países ha sido una tónica general.

A la hora de recurrir a los contratos de colaboración público-privada son fundamentalmente tres los argumentos que se han esgrimido para su justificación: financiero, de eficiencia y de transferencia de riesgo.

El argumento financiero. Para entender este tipo de contratos hay que tener presente en primer lugar que la colaboración público-privada es un mecanismo financiero que transforma la inversión de un volumen importante de recursos hoy en un flujo de pagos futuros. Desde este punto de vista solo tendría sentido formalizar un contrato de este tipo cuando la emisión de deuda privada es más barata que la emisión de deuda pública o cuando el Estado tiene limitaciones a la emisión de deuda pública. Ahora bien todos somos conscientes que lo habitual, salvo circunstancias excepcionales, es que el tipo de interés de la deuda pública sea inferior al de la deuda privada (por la capacidad de los gobiernos para diversificar riesgos). Por tanto, la emisión de deuda pública es un mecanismo más barato para transformar una inversión inicial importante en un flujo de pagos futuros. En conclusión, las ventajas de las colaboraciones público-privadas sólo pueden basarse en los aspectos financieros del proyecto excepto cuando las limitaciones en la deuda pública lo justifican.

El argumento de la eficiencia tiene su fundamento en la evidencia de que las inversiones del sector público en infraestructuras a menudo soportan, por regla general, mayores sobrecostes y retrasos que las infraestructuras construidas por la iniciativa privada. En este sentido, parece lógico pensar que si el ahorro asociado a los menores sobrecostes compensa el mayor coste del capital privado, estaría justificado un contrato de colaboración público-privada para la construcción de una infraestructura sanitaria.

Finalmente, en cuanto a la transferencia de riesgo desde el sector público hacia el sector privado merece la pena detenerse en dos consideraciones: el

sector privado lógicamente exige una compensación por asumir un riesgo y a la hora de formular el contrato (transferir el riesgo) la información de las partes sobre el coste real de la inversión o de la prestación del servicio es diferente. Esta información asimétrica (riesgo moral) posibilita que la parte mejor informada pueda desarrollar comportamientos oportunistas en su beneficio. Conviene contemplar el riesgo moral a la hora de definir la transferencia de riesgo en todos sus términos, dado que el riesgo de demanda en nuestro ámbito podemos considerar que prácticamente no existe y el que prima es el riesgo de disponibilidad además del de construcción.

Las colaboraciones público-privadas se han convertido en un importante modelo de afrontar el tema de las reformas de las administraciones públicas en los últimos años. Efectivamente estos modelos han sido considerados de forma amplia por los expertos internacionales en gestión pública como un paso adelante en la mejora del funcionamiento de la administración. Entre otras cuestiones, las colaboraciones público-privadas facilitan y estimulan la producción de soluciones innovadoras, más allá de lo que cada una de las organizaciones participantes habría obtenido por sí sola. Pero para ello, también existe consenso generalizado, resulta imperativo que las administraciones estén bien preparadas para gestionar colaboraciones público-privadas.

En muchos casos, aunque existiera una amplia serie de opciones, no ha sido fácil para las administraciones decidir qué forma de colaboración público-privada necesita y se adapta mejor a circunstancias particulares. La colaboración público-privada requiere un contexto de baja incertidumbre para que funcione bien y cuando más la hemos estado aplicando ha sido en momentos de crisis. Eso introduce limitaciones importantes. Además, existe el peligro de que las soluciones buscadas deriven más de convicciones ideológicas e ideas preconcebidas que del análisis riguroso de las necesidades particulares. En este sentido, un error muy habitual en la selección del modelo de colaboración público-privada en el que las distintas administraciones han caído es el de la imitación que se inspira en una serie de modelos existentes y confía en trasplantar uno que parezca el más adecuado a una situación particular restringiendo las opciones a formas que ya han sido probadas.

Conviene recordar también que, en términos generales, los procedimientos de licitación en España de las colaboraciones público-privadas (muchas

de ellas en régimen de concesión) han sido manifiestamente mejorables, denotando una falta de competencia y con el agravante de las dudas existentes acerca del control de los contratos y de la transferencia de riesgos (captura del regulador). Las Administraciones Públicas españolas no han estado preparadas ni han dispuesto de funcionarios cualificados para llevar a cabo las colaboraciones público-privadas debiendo recurrir a agentes externos. En este sentido, resulta crítico que la administración sea capaz de generar un staff de funcionarios (probablemente proveniente de aquel que con la puesta en marcha de las colaboraciones público privadas ve reducida su carga de trabajo) con competencias en gestionar los nuevos procesos vinculados al control y mejor aprovechamiento de las ventajas y oportunidades que el modelo puede proporcionar. Este grupo de gestores públicos necesita las competencias para reconocer dónde es probable que se produzcan puntos de tensión, comprender sus orígenes estructurales y conocimientos para resolver los conflictos de manera constructiva.

Por ello, la primera lección aprendida es que tenemos que realizar un buen diseño y en este sentido los conceptos básicos a incluir en proyectos de colaboración público-privada desde una perspectiva analítica a la hora de diseñar los contratos cuando el contrato implica tanto la construcción de la infraestructura como la gestión de las actividades clínicas son los siguientes:

- Análisis del ciclo de vida (*Whole of life costing*). Es fundamental comprender y definir los costes totales del proyecto incluyendo su diseño, la construcción, el mantenimiento y su operación, desde la etapa inicial y durante el tiempo de vida útil estimado.
- Añadir valor (*Value for Money*). Se añade valor cuando los beneficios derivados de una infraestructura y su operabilidad superan los costes en los que se incurrió para desarrollarla y en los costes en los que se incurrirá para operarla y mantenerla. No es un indicador tradicional financiero de rentabilidad, dado que no solo involucra el comportamiento de los flujos de caja de un proyecto, sino que también incorpora dentro de sus principales determinantes la distribución de riesgos entre la administración y el adjudicatario, la proporción que representa la aportación pública y la capacidad de autogeneración de fondos por parte de la infraestructura.

- Especificar adecuadamente los niveles de servicio (*Output Specifications*). La administración contratante debe definir qué quiere y qué necesita, y no cómo esto debe ser alcanzado, definiendo perfectamente las tareas que deben ser desempeñadas y/o los resultados que deben ser alcanzados por la prestación de un servicio sin describir el método para alcanzarlo aunque en ciertas ocasiones pueden existir algunas excepciones.
- Combinación de calidad y precio adecuada (*Affordability*). Un proyecto de colaboración público-privada es asumible (*affordable*) si es sostenible por los presupuestos públicos durante el horizonte temporal del contrato. La regla de decisión es: el valor presente de los rendimientos de la inversión realizada es superior al valor presente del endeudamiento futuro asumido.
- Capacidad de renegociación futura. En contratos de larga duración como son las colaboraciones público-privadas es imposible prever todas las contingencias que pueda deparar el futuro. Por tanto, el diseño de un contrato de colaboración público-privada debe contemplar la capacidad de renegociación de los niveles de actividad y del nivel tecnológico del equipamiento previendo cláusulas en los contratos que concreten las condiciones bajo las que iniciar dicha renegociación. El problema que nos encontramos es que no disponemos de un cuerpo teórico que nos proporcione una guía sobre cómo proceder.

Si la administración es capaz de diseñar contratos de colaboración público-privada ateniéndose a los puntos mencionados y desarrolla, como ya se ha mencionado, un cuerpo de gestores públicos con el expertise necesario para la adecuada gestión este tipo de contratos las posibilidades de éxito son muy altas.

Dicho lo cual es un hecho que la introducción de la colaboración público-privada en el sector de la sanidad ha sido, y continúa siendo, controvertida. Inicialmente la controversia y el debate acerca de la conveniencia y los aspectos positivos y negativos de su implementación se ha desarrollado fundamentalmente en el Reino Unido, donde los aspectos que han sido objeto de crítica se han centrado no tanto en el uso de la colaboración público privada en sí misma, sino en su diseño y consecuencias.

En nuestro país han primado más las razones ideológicas que el análisis riguroso. En el debate sobre las fórmulas de gestión del SNS ha ganado la batalla el de la privatización de la gestión de los centros sanitarios públicos, donde

los posicionamientos ideológicos han primado sobre el análisis científico a la hora de identificar las ventajas e inconvenientes de las diferentes formas de gestión. En este sentido, es lamentable observar cómo gran parte del debate sociopolítico se centra en la propia figura de la colaboración público-privada en una especie de satanización de la participación de la sociedad civil en la articulación del llamado Estado del Bienestar. En efecto, la mayor parte de las veces la distinción entre privatización y contratos de colaboración público-privada no se establece en términos diáfanos y lo habitual es que con frecuencia ambos conceptos se confundan y confundan.

Parte de la literatura disponible sobre los procesos de colaboración público-privada plantean conclusiones negativas alegando fundamentalmente falta de evidencia o posibilidad de efectos adversos, pero en ella no se objetivan las dificultades en su implantación ni las restricciones que han debido sufrir en su desarrollo y tampoco ofrecen información acerca de la dirección que deberían haber adoptado o adoptar estas iniciativas. Pero es importante señalar que buena parte del debate más técnico no cuestiona la figura de la colaboración público-privada en sí misma sino los resultados los resultados de su implementación. En este punto, mucho tienen que ver la capacidad de la administración en el control y seguimiento del contrato. De la crítica se deduce que lo que ha faltado en muchas ocasiones ha sido disponer de un marco coherente que orientase el proceso de diseñar las nuevas estructuras organizativas fundamentadas en la colaboración público-privada y desarrollar las capacidades de gestión necesarias para que funcionen.

Si algo parece claro del análisis de las experiencias internacionales es la conclusión de que la gestión privada de los servicios sanitarios no es necesariamente mejor que la gestión pública, ni al contrario, tampoco no se ha podido demostrar que la gestión pública lo sea (fundamentalmente por la escasa tradición en evaluar la gestión pública). Además, en el caso de las colaboraciones público-privadas existe un cúmulo de factores tales como el entorno administrativo e institucional, la cultura de los centros, las condiciones de los contratos y la adecuada supervisión por parte del financiador de la calidad del servicio prestado, que son elementos a tener muy en cuenta cuando se analizan estos casos y que la mayor parte de las veces son obviados en los estudios realizados.

La experiencia española nos ha permitido analizar una gran variedad de alternativas de contratos de colaboración público-privada con mayor o menor nivel de éxito, pero todos ellos exitosos. A pesar de los intentos de desprestigio de algunas iniciativas (incluso hubo quien afirmó y afirma la existencia de fracasos como en el caso Alcira) lo único que ha quedado demostrado es cómo la administración inicialmente (por falta de conocimiento y experiencia en el manejo de estos contratos) no supo definir con exactitud qué quería y qué necesitaba, lo que conllevó a que finalmente hubieran de introducirse modificaciones en los contratos y algunas de tal magnitud en el contrato que finalmente avocaron a uno nuevo (como en Alcira que fueron interpretadas como renegociaciones por algunos).

Lo cierto es que nuestro sistema sanitario requiere de una transformación innovadora que nadie pone en duda, pero esta transformación necesariamente va a conllevar modificaciones estructurales e importantes esfuerzos de transparencia, participación ciudadana y rendición de cuentas. Hoy en día no es posible pensar en esta transformación necesaria sin que contemple una reorientación hacia la cooperación entre los distintos agentes y organizaciones que participan en el mismo en torno a objetivos comunes. En este proceso las fórmulas de colaboración público-privada representan un elemento fundamental. Pero las mayores dificultades surgen del hecho que se requiere estar dispuestos a asumir la introducción de cambios en los procesos de decisiones, en la distribución de poder y recursos (financieros, humanos, etcétera), en los criterios y normas sobre el funcionamiento del sistema y en las políticas o estrategias de actuación. Ello supone asumir profundos cambios en el sector público donde los gobiernos tienen que articular un nuevo modelo de relación con la sociedad, donde se clarifique qué actividades del sector público permiten generar un mayor valor mediante la incorporación de actores privados, se definan los requisitos que han de cumplir las organizaciones privadas que participan en la gestión pública y los mecanismos transparentes de control, seguimiento y evaluación necesarios. Todo ello teniendo en cuenta que, si bien todos los agentes pueden y deben contribuir a proporcionar valor público, las responsabilidades no son simétricas y las instituciones públicas deben asumir su papel de liderazgo.

Si así lo hacemos encontraremos la fórmula para que los contratos de colaboración público-privada cumplan con eficacia el objetivo para el que fueron puestos en marcha de promover el necesario cambio e innovación en la administración pública que se pretendía y que nuestro sistema sanitario tanto necesita.

LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA ENTENDIDA COMO COOPERACIÓN

BOI RUIZ

Ex Conseller de Salut de Catalunya

La aplicación de las políticas sanitarias requiere de instrumentos de gestión lo más adhocráticos posibles, es decir, lo más adaptables y flexibles para responder con la rapidez y la eficiencia necesarias a los cambios de la demanda y del entorno que se están produciendo y se van a producir. La Administración actualmente no dispone de muchos de ellos.

Huelga decir que la Administración tampoco podrá disponer ni de toda la experiencia necesaria, ni de toda la capacidad instalada, ni de todo el capital conocimiento requeridos en cada momento ante los nuevos desafíos para la salud como son el envejecimiento, la cronicidad, la globalización, la concentración urbana de las poblaciones, los cambios climáticos, la innovación tecnológica o la sostenibilidad financiera. Tampoco, por mucho que innove la iniciativa privada, sin la Administración como medio y garante, podrá llegar a implementar toda la innovación que pueda crear en beneficio de las personas a atender a través del Sistema Nacional de Salud y sus Servicios Autonómicos de Salud.

Basta pensar en simples ejemplos para ilustrar lo que decimos: la innovación en Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), en diagnóstico por la imagen, en nuevos fármacos, en modelos organizativos y de gestión, etcétera.

Los nuevos retos a los que los sistemas sanitarios se van enfrentando, obligan a que la relación entre la iniciativa privada y los responsables públicos de la Administración cambie. Dicha relación deberá adentrarse en valores de cooperación más que en valores de mercado o de cliente a proveedor. Esa visión debe ser compartida por la Administración y la iniciativa privada y centrándola en un objetivo común: lo mejor para el paciente, el contribuyente y el profesional.

En una política sanitaria más centrada en la salud, la innovación en cómo abordar la atención sanitaria supone un reto. Tomemos como ejemplo la atención a la diabetes. La industria farmacéutica productora de antidiabéticos, la industria productora de glucómetros y la organización divisional entre

atención primaria y especializada ya no se pueden comportar igual. El objetivo ya no puede ser la de vender cuantos más fármacos o glucómetros mejor, si no el de cuidarse de los diabéticos conjuntamente con los profesionales organizados con criterio integral e integrado, con nuevos modelos de gestión clínica orientados a la prevención secundaria de la diabetes con la participación directa de los propios afectados. Los resultados obtenidos pasan a ser el objetivo y no ya las ventas. Aparece la cooperación como necesidad.

La relación de cliente proveedor ha de pasar a la de colaborador y alcanzar la de cooperador. Debe llevar implícita tres garantías: la calidad, la equidad y la sostenibilidad financiera, todas ellas medibles y comparables.

Esa colaboración cooperadora público-privada debe ser el modelo de respuesta a necesidades complejas como la descrita y requiere de acuerdos a medio y largo plazo con rigurosa transparencia, basados en la obtención de resultados en salud.

Por otro lado, cuando hablamos de dar respuesta a necesidades complejas, las partes o acuerdos deben ser flexibles y adaptados a la necesidad, porque no hablamos de comprar bienes o servicios para la Administración. Hablamos de cooperar para obtener resultados en beneficio de la salud de las personas.

Este último concepto debe ser extensible a cualquier bien o servicio desde nuevos enfoques, tanto si hablamos de gestión de equipamientos y servicios públicos, como de provisión de servicios a éstos o como si lo hacemos de aseguramiento o inversión. El progreso de nuestro Sistema Nacional de Salud vendrá por su capacidad de incorporar la innovación que la iniciativa privada y la pública, de forma sinérgica, sea capaz de generar, abandonando espacios estancos y relaciones meramente estructurales o basadas en volúmenes de actividad o de productos.

Pero muchas son aún las resistencias, no despreciables, ideológicas y culturales. Prevalece, en nuestro sistema político-administrativo, el pensamiento que atribuye únicamente al Estado la titularidad en exclusiva de procesos de valor público, especialmente en salud. Pero esa atribución pasa para algunos por la propiedad pública de los medios y la funcionarización de los profesionales y el igualitarismo consiguiente.

La concepción de que el Estado es el único garante de procesos de valor público no está ni mucho menos reñido con la cooperación público-privada orientada a resultado de valor y beneficio compartido en que el que precisamente la Administración es garante.

Ello parece aceptable en el caso de la colaboración público –privada entre el Estado, MUFACE y las aseguradoras privadas en lo que a la atención sanitaria a cargo del erario público de los funcionarios del Estado se refiere. Aquellos que eligen este modelo voluntariamente, renuncian a la asistencia en la red pública de los Servicios de Salud y son atendidos en las consultas y centros privados con la misma cartera de servicios que ofrecen los citados Servicios de Salud. Nada hace pensar que esa colaboración público-privada no sea beneficiosa para el contribuyente, el paciente y el profesional.

Muchos son los ejemplos de países en que el derecho a la atención sanitaria se deja en manos del mercado o es satisfecho directamente y únicamente por el Estado. Sus resultados no contribuyen de igual manera al bienestar y salud de las personas, especialmente en lo que a la equidad se refiere. Pero aquellos que entienden que las políticas corresponden a los Estados democráticos y su aplicación a la colaboración entre las Administraciones y las iniciativas sociales, empresariales o profesiones de todo tipo son los que se encuentran entre los primeros lugares en indicadores de salud y también en equidad.

Pensar que la prestación de servicios de toda índole sólo es pública si los medios son propiedad del Estado y el personal funcionario público, es limitar extraordinariamente la adaptabilidad que servicios públicos como los sanitarios precisan para dar respuesta a las necesidades cambiantes con el marco regulador que le es de aplicación. No es únicamente un tema de eficiencia sino de cómo afecta a la eficiencia. La creación de empresas públicas en algunas comunidades ha supuesto un avance también en los espacios de colaboración y cooperación público-privada.

Por otro lado, la afirmación de que solo aquello que es propiedad de Estado y emplea funcionarios es una garantía frente a la corrupción resulta poco solvente vistas las experiencias en nuestro país en el ámbito público. La condición humana es la que es honesta o deshonesto, no el tipo de instituciones ni su tipología jurídica, como tampoco el modelo de organización del que se doten.

La garantía de un servicio público viene dada por la responsabilidad pública en su planificación, su regulación, su control y su financiación al servicio de unos buenos resultados sanitarios desde servicios sostenibles. No se da ningún debate de la misma intensidad con la que se trata el tema sanitario en otros ámbitos públicos con fórmulas de colaboración público – privada, como por ejemplo en relación a las televisiones públicas con servicios y programas realizados por productoras. Seguramente porque, en muchos casos, los resultados de audiencia deben ser buenos. A eso en el sector sanitario se le llama privatizar. Tampoco se cuestiona el carácter público del servicio de taxi, pues quien garantiza la seguridad del viajero, la tarifa y la disponibilidad del servicio es la administración municipal correspondiente. Tipo de vehículo, acreditación del conductor, color, plazas, día festivo, horario, señalización, número de taxis en el municipio, entre otras cosas, están detrás de la placa SP.

Me dirán que un taxi no es un centro sanitario y los riesgos son diferentes. Permítanme pues que les ponga otro ejemplo. La fabricación de fármacos o su distribución. No está en manos directas del Estado, pero el control por parte de éste es incuestionable, como su financiación pública .Y, además, entre medicamento y paciente están en última instancia médico, enfermera y farmacéutico. En buena parte, el progreso en el tratamiento de las enfermedades es consecuencia de la innovación farmacológica y la cooperación público-privada en la investigación clínica y la traslación al paciente.

Ahora esta colaboración tiene nuevos retos como antes decíamos.

Finalizaré hablando de otro tipo de colaboración público-privada, poco o nada comentado por aquellos que la combaten. Cuando se hace necesario construir un nuevo equipamiento sanitario y la disponibilidad de recursos no alcanza, que es, ha sido y será aún lo habitual, se puede acudir a dos tipos de solución. Una fórmula de colaboración público-privada en régimen de concesión de la gestión a un operador que hará la inversión y la revertirá en un largo plazo y asumirá un riesgo. La otra, acceder al crédito a largo plazo de una entidad financiera que cobrará sus legítimos intereses sin asumir riesgo y sin aportar el valor añadido de un operador sanitario acreditado. Esta segunda fórmula también, amigo lector, es una colaboración público – privada que, además, si no estoy errado no precisa de concurso público como la anterior. Deberíamos estudiar cuál de las dos opciones resulta más beneficiosa para el contribuyente y el paciente y,

desde la evidencia, optar por la mejor y no desde el prejuicio en un sentido u otro en relación a qué accionistas se lucran más o menos legítimamente.

A mi juicio, el debate sobre la bondad o maldad de la cooperación público-privada en la sanidad está lleno de prejuicios y posiciones muy contradictorias, quizás por superficiales.

La cooperación público-privada, sea entre las Administraciones y organizaciones mercantiles o no, entre Administraciones y profesionales, entre Administraciones y pacientes o entre todos ellos, será más eficaz que la Administración sola para abordar los difíciles retos a los que se enfrenta para satisfacer el derecho a la atención sanitaria y a la protección de la salud. Derecho que debe satisfacerse con resultados equitativos en mayor esperanza de vida y de vida saludable. La responsabilidad deberá ser en todos los casos pública y ejercida desde la autoridad conferida democráticamente. Pero no sobra nadie en la cooperación.

INTERROGANTES EN LA COLABORACIÓN PÚBLICO/PRIVADA

PEPE MARTÍNEZ OLMOS

Diputado del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) por Granada en el Congreso de los Diputados y Portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Socialista.

1. UNAS PINCELADAS HISTÓRICAS Y DE ANÁLISIS DE CONTEXTO

Desde mi punto de vista, la experiencia española en el desarrollo del sistema público de salud a partir de la Ley General de Sanidad ha sido en general una experiencia de éxito.

Con los años, se ha demostrado en España que se puede conseguir un buen sistema sanitario que sea público, universal y con buenos niveles de calidad y equidad, a un coste en términos de producto interior bruto (PIB) asumible para nuestro nivel de desarrollo económico.

Incluso, se puede señalar que ha sido un sistema con mayor eficiencia que otros sistemas de países de nuestro entorno ya que, en general, no se ha superado el 7% del PIB ni siquiera en los años de mayor presupuesto y además, ha sido siempre inferior al de la media de dichos países.

Este sistema ha sido durante todos estos años un sistema de financiación pública y, desde finales de los años 90 del siglo pasado, de financiación por impuestos.

Ya lo largo de estos años, la colaboración entre el sistema público y el sector privado ha sido posible en base a conciertos y concesiones con un enfoque diverso en el territorio (más presencia de conciertos privados y concesiones en unas CC.AA. que en otras) pero en general, con un enfoque de complementariedad. Esta complementariedad ha tenido matices en Comunidades como Valencia, Madrid y otras con las experiencias como las del llamado “modelo Alzira” o la construcción y concierto posterior en varios hospitales y/o áreas sanitarias.

Es necesario señalar que no se ha producido una evaluación oficial y fiable de los resultados de esta colaboración y de sus diferentes modos de organización. Y eso, dificulta asegurar que los posicionamientos y los debates sean en base a evidencias.

En mi opinión, cabe pensar en un modelo de sistema sanitario público para el futuro en el que en base a características de financiación pública por impuestos y provisión pública, la relación con el sector privado tenga su fundamento en una clara complementariedad.

Para sustentar este enfoque de complementariedad creo que es necesario valorar la experiencia de estos últimos 30 años donde con ese enfoque general, la sanidad pública española ha sido capaz de situarse entre las primeras del mundo con un coste más que razonable y siempre menor que los países de nuestro entorno.

Creo que debe valorarse el hecho de que en el conjunto de países desarrollados encontramos una situación en la que a mayor provisión privada de servicios de salud, mayor es el gasto del país en términos de PIB y no necesariamente mejores son los resultados en salud en términos de calidad, equidad, morbilidad o mortalidad.

Esto debe movernos a reflexión y a debate aunque en la actualidad decir que a mayor provisión de sanidad privada se gasta más en términos de PIB, pueda ir en contra de la opinión prevalente en las publicaciones al respecto de la colaboración público/privada.

Hoy es muy frecuente que en cualquier debate sobre la sostenibilidad del sistema público de salud español se argumente en el sentido de que no es posible la sostenibilidad sin reformas.

Se argumenta que el envejecimiento de la población, la cronicidad de muchas patologías o el volumen y el tipo de innovaciones terapéuticas y diagnósticas, harán imposible que se puede pagar el sistema sanitario tal como lo tenemos diseñado. Y que por eso, es necesario intensificar la colaboración público/privada, aunque hay que señalar que no es esta la única medida propuesta.

Si nos centramos en este asunto del papel de la sanidad privada en la colaboración con el sector público, permítanme que ponga en duda ese planteamiento de que la sostenibilidad va a depender de asegurar más colaboración privada. Si analizamos la historia del Sistema Nacional de Salud desde 1986 hasta ahora, los datos no avalan esto. Hago esta afirmación porque estoy convencido de ella pero también para provocar un debate con la intención de profundizar en el análisis y buscar las mejores respuestas para los intereses de la sociedad.

Si las reformas que se introdujeran en el próximo futuro en nuestro sistema público de salud tuvieran como consecuencia un incremento del gasto sanitario mayor que el de los países de nuestro entorno y ello no conllevara una mejora en nuestros niveles de calidad y equidad o en los indicadores de salud, serían unas reformas inadecuadas.

De igual forma si la falta de reformas tuviera como consecuencia un deterioro del sistema público de salud, ello sería inadecuado para los intereses de la sociedad.

Una de las cuestiones clave para el futuro de nuestra sanidad pública es el papel de la sanidad privada que seguramente va a depender en buena medida de las decisiones políticas de los Gobiernos. Del Gobierno actual y de los del futuro. Y que haya cambios válidos o no, es probable que depende de si los cambios se hacen o no en un marco de consenso.

Y un condicionante serio va a ser el grado de inversión pública que se dedique o quiera dedicar a la sanidad. La posición formal de España ante las autoridades económicas de la Unión Europea es la de congelar el gasto público en salud en 2017 en el actual nivel del 14,4 % del gasto total, bajando una décima del PIB (6,1 % en 2016 a 6% en 2017), tal como se puede ver en el Informe de aplicación efectiva del Plan Presupuestario para 2017. http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/161017_plan_presupuestario.pdf

Si en el futuro no se cambia en la UE y en España la tendencia de recorte del gasto público y de recorte de presupuestos que está haciendo que haya un déficit estructural de al menos 7.000 millones de euros anuales, habrá sin duda un deterioro de la calidad y la equidad del sistema público.

Esto podría afectar al debate sobre el grado de colaboración entre ambos sectores.

2. EL FUTURO DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO/PRIVADA

En este contexto, es complicado responder a la pregunta de ¿cuál es nivel óptimo de colaboración público-privada en sanidad?.

Como es complicado y además en mi caso soy de la opinión de que el sector privado sanitario sea en general complementario del sector público, creo que lo más correcto es proponer una especie de batería de requisitos que debemos tener resueltos para que se puedan valorar con criterios de ética social las decisiones que se adopten al respecto.

Una primera cuestión se refiere a la necesidad de disponer de garantías de calidad en la prestación de servicios sanitarios a la población. Estas garantías son tan exigibles a la sanidad privada como a la sanidad pública. Por eso, caminar en dirección a la acreditación de los centros y servicios es algo esencial.

En segundo lugar y ligado a lo anterior, es necesaria la transparencia para asegurar que los resultados en salud y los costes de los mismos sean conocidos por parte de los pacientes y ciudadanos. Esta transparencia es imprescindible que esté asegurada en las relaciones contractuales que se realicen

entre el sector público y el privado al tiempo que hay que asegurar garantías para la libre concurrencia a los contratos que al respecto se realicen.

Que haga referencia a estos dos puntos no quiere decir que no se hayan dado pasos en materia de garantías de calidad y en materia de transparencia. Se han dado pasos y son muy positivos. Pero yo hablo de ofrecer garantías y transparencia de manera sistemática tanto en la sanidad pública como en la sanidad privada y en estos aspectos, quedan aún pasos a dar y medidas a adoptar.

En tercer lugar, es muy probable que en aras de la mayor eficiencia social de las inversiones en salud (públicas y privadas) sea más inteligente señalar qué áreas de la actividad sanitaria pueden ser de menor interés para el sector público de tal forma que ello permita a la iniciativa privada planificar la inversión y conseguir la mejor especialización y, por tanto, garantizar la mejor oferta para el sector público y para la sociedad.

En este sentido, merece la pena valorar posibles áreas no cubiertas por el sistema público como pueden ser los aspectos sociosanitarios que se necesitan asegurar para ofrecer una respuesta correcta a las demandas de la sociedad y debatir si esta puede ser un área de especialización del sector privado para colaborar con el sistema público.

De igual forma y sobre todo como consecuencia de la crisis económica y de los recortes, merece la pena valorar si se debe hacer un esfuerzo conjunto público/privado para asegurar una inversión eficiente en nuevas tecnologías diagnósticas que asegure una actualización tecnológica en nuestra sanidad. Hay síntomas de cierto deterioro en actualización de tecnología que apuntan a la necesidad de elaborar un plan de actualización tecnológica para el sistema sanitario español, que puede ser susceptible de esta colaboración.

Por tanto, en cuarto lugar, puede ser conveniente clarificar el campo de acción prioritario para la sanidad pública de la forma que ello oriente al sector privado en qué ámbitos puede ser eficiente e interesante invertir y especializarse.

Finalmente, si la sanidad privada sigue avanzando en calidad como lo ha venido haciendo en los últimos años, creo que la hipótesis de más y mejor movilidad de pacientes en el marco de la Unión Europea puede hacer que haya aquí un espacio de interés para el que es conveniente tener un buen posicionamiento.

3. A MODO DE CONCLUSIÓN

Es muy probable que en los próximos años haya un debate intenso sobre la colaboración público-privada en la sanidad española. De hecho hace ya tiempo que se viene dando dicho debate y debe alimentarse de argumentos contrastados.

Yo soy partidario de que el sistema sanitario público en España aborde una serie de reformas que garanticen la sostenibilidad de una sanidad para todos, con calidad, equidad y eficiencia en un marco de financiación por impuestos y provisión pública en el que la sanidad privada sea complementaria y sepa las áreas en las que puede especializarse para ser eficiente y útil a la sociedad.

Creo que lo que hagamos con la sanidad en España debemos hacerlo en un contexto de Pacto de Estado similar al de las pensiones. Por eso defiendo que se sitúe en las Cortes Generales el lugar donde buscar los acuerdos y hacer el seguimiento de las medidas adoptadas sean o no consensuadas. Se debe hacer con la participación de los diferentes agentes del sistema sanitario. Para ello, debiera haber una comisión con carácter permanente como la del pacto de Toledo para las pensiones.

En ese espacio, cabe también el debate sobre las medidas a adoptar en relación al nivel óptimo de colaboración público/privada en sanidad y en ese espacio cabe la evaluación de las medidas que se adopten.

Un camino de trabajo conjunto, transparente y donde quepa la evaluación permanente, es el mejor camino para que hagamos como sociedad lo que mejor sirva a los intereses generales.

LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA DESDE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

JOSÉ RAMÓN LUIS-YAGÜE SÁNCHEZ

Director Dpto. CC.AA. Farmaindustria

La colaboración público-privada en el ámbito sanitario público tiene una amplia tradición en España. Podemos encontrar muchos ejemplos bien conocidos, como son los tradicionales conciertos para determinada prestación sanitaria o los casos de MUFACE, ISFAS o MUGEJU.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en concordancia con lo dispuesto en la Constitución, reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario, y prevé su colaboración con las Administraciones Públicas Sanitarias competentes mediante convenios o conciertos, siempre teniendo en cuenta la utilización óptima de los recursos sanitarios públicos.

Cuando se plantean los análisis sobre la colaboración público privada sanitaria generalmente se centran en las concesiones administrativas mediante las que, bajo diferentes modelos, la administración sanitaria otorga a entidades de carácter privado la gestión de la asistencia sanitaria de una determinada población. En algunos casos esta concesión incluye la construcción y mantenimiento de las estructuras asistenciales, hospitales o centros de salud, durante un determinado periodo de tiempo.

La finalidad de este artículo es aportar otra visión, la de ésta colaboración desde la industria farmacéutica con el Sistema Nacional de Salud (SNS). Una colaboración básica, que coopera en hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud y que contribuye, también a la calidad, la equidad y la eficiencia de la sanidad pública así como a la sostenibilidad del SNS.

LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA INNOVADORA

La industria farmacéutica innovadora es un sector que conjuga un doble componente, el industrial y el sanitario. Es un sector empresarial formado por numerosas organizaciones públicas y privadas, que constituye un sector estratégico para la sociedad, tanto por la naturaleza de su actividad, basada en su compromiso con la salud, como por su aportación empresarial y económica, de altísimo valor añadido. Las compañías farmacéuticas proporcionan a la sociedad uno de los bienes más preciados y que más contribuye al bienestar y a la salud de la población: el medicamento.

La contribución económica del sector es muy relevante: tiene una de las mayores tasas de productividad de toda la industria española; constituye una fuente de empleo cualificado, estable y diverso: genera más de 38.000 empleos directos, con una tasa de empleo femenino superior al 50%. Es, también un sector muy competitivo internacionalmente, con unos 10.000 millones de euros al año de exportación; e intensivo en I+D, dedicando en torno a

los 1.000 millones de euros al año. El 20% de la I+D financiada por el sector privado en España corresponde a la industria farmacéutica innovadora.

LA COLABORACIÓN DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA CON EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Industria Farmacéutica Innovadora desarrolla su labor de colaborador con la sanidad en diferentes ámbitos, que incluyen:

- La investigación biomédica y traslacional
- Nuevas fórmulas de acceso a medicamentos innovadores
- La formación continuada y actualización de conocimientos de los profesionales sanitarios
- Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud
- Estrategias y programas de salud

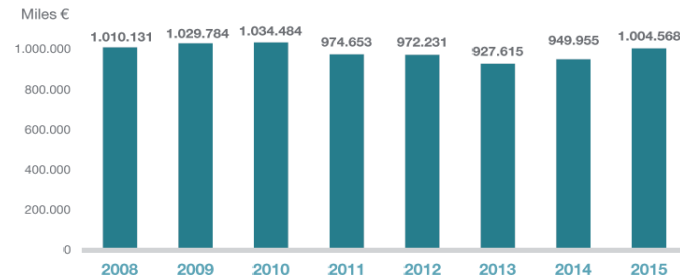
LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y TRASLACIONAL

La investigación biomédica (I+D) está en la base de la industria farmacéutica innovadora, y a este objetivo dedica una parte considerable de sus recursos económicos para, en colaboración con el SNS y con sus profesionales, avanzar en la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos. Una colaboración en la que las universidades y los institutos de investigación biomédica desarrollan, también, un papel clave.

Centrándonos en el pasado ejercicio de 2015, y de acuerdo a los datos de la encuesta que realiza Farmaindustria entre sus laboratorios asociados, el volumen de gastos en I+D de la industria farmacéutica superó los 1.000 millones de euros.

Además, la industria farmacéutica empleó directamente a 4.258 personas en el ámbito de I+D, creciendo tras cinco años consecutivos de caídas derivadas de los recortes en el gasto farmacéutico, vinculados con la crisis económica que hemos atravesado.

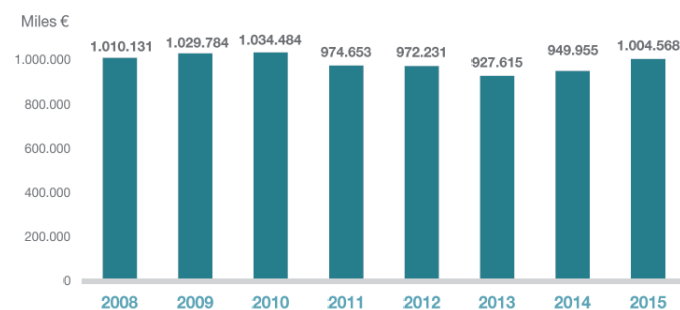
En el gráfico siguiente se muestra la evolución de los recursos destinados a I+D por la industria farmacéutica innovadora en el periodo 2008-2015.



Fuente: Farmaindustria

Uno de los capítulos más relevante de este gasto es el dedicado a los ensayos clínicos, desarrollados en colaboración con los centros y profesionales sanitarios. Así, de los 1.004 millones de euros destinados a I+D en 2015, corresponden a ensayos clínicos casi 495 millones de euros (gastos extramuros o colaboraciones externas), lo que representa el 41% del total; además se invirtieron otros 132 millones de euros en investigación básica.

En el gráfico siguiente se expresa la distribución de los gastos en I+D correspondientes al año 2015.



Fuente: Farmaindustria

Cabe resaltar que, en términos porcentuales, se ha producido un incremento en el peso de las colaboraciones externas (ensayos clínicos), pasando de un

39,3% en 2005 a un 41,4% en 2015¹. Esta evolución pone de manifiesto el compromiso de la industria farmacéutica innovadora de potenciar la participación de España en ensayos clínicos multicéntricos internacionales y la capacidad y prestigio de los investigadores españoles y del SNS.

La relación entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios es fundamental para la investigación de nuevos medicamentos. Es una colaboración positiva y necesaria para todos:

- Los profesionales puesto que actualizan y mejoran sus conocimientos sobre la enfermedad y sobre los medicamentos.
- La industria farmacéutica, que se apoya en la experiencia clínica y científica de los profesionales sanitarios.
- El sistema sanitario que dispone de profesionales que están en la vanguardia del conocimiento y la investigación biomédica.
- Los pacientes y la sociedad, que son el centro de todas las actuaciones, reciben una asistencia sanitaria de la mayor calidad, prestada por profesionales excelentes.

En España, al igual que en toda la UE, disponemos de un riguroso y garantista sistema para la autorización de ensayos clínicos: Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.

Este Real Decreto desarrolla las disposiciones específicas para la aplicación en España del Reglamento (UE) n.º 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de abril de 2014, sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE, relativas a los ensayos clínicos con medicamentos de uso humano que se realicen en España. Además, regula los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos, así como el Registro español de estudios clínicos, conformado tanto por los

¹ Puede encontrarse un amplia información sobre los resultados de la Encuesta de Farmaindustria sobre Actividades de I+D en diferentes ejercicios en: <http://www.farmaindustria.es/web/documentos/otros-documentos/>

ensayos clínicos como por los estudios post autorización observacionales que se realicen con medicamentos de uso humano.

Finalmente, dentro de este apartado cabe destacar un ejemplo pionero en esta colaboración público-privada: el Programa +i, de Cooperación en Investigación Clínica y Traslacional con las Comunidades Autónomas (CCAA).

Este proyecto, desarrollado entre los años 2010 al 2015, se centró en la financiación por la industria farmacéutica asociada a Farmaindustria en régimen de coparticipación con las CCAA de estructuras de soporte horizontal a la investigación clínica. En esta iniciativa participaron 15 CCAA y se cofinanciaron proyectos presentados por las CCAA, en función de sus prioridades. En total se desarrollaron 84 proyectos, que incluyen: la dotación y refuerzo de unidades de ensayos clínicos en hospitales (incluida la construcción de Unidades de Fase I), 36 proyectos; programas y estructuras de soporte para la investigación en atención primaria, 9 proyectos; la creación de biobancos regionales, 19 proyectos; inversiones o mejoras en centros hospitalarios para su acreditación como Institutos de Investigación Sanitaria, a efectos de su posterior acreditación por parte del Instituto de Salud Carlos III, 20 proyectos.²

El Programa +i, además de ser una iniciativa innovadora y pionera ha colaborado en reforzar la capacidad investigadora del SNS.

NUEVAS FÓRMULAS DE ACCESO A MEDICAMENTOS INNOVADORES

Con la finalidad de hacer compatible la incorporación a la prestación farmacéutica pública de medicamentos innovadores y la sostenibilidad de las cuentas públicas, la industria farmacéutica ha venido trabajando con las administraciones sanitarias en nuevas formulas de acceso, respetosas con la innovación y con los legítimos intereses de ambas partes.

Entre estas nuevas formulas se encuentran los acuerdos de riesgo compartido, mediante los que se traslada el precio final de fármaco a los resultados

² En la memoria de Farmaindustria 2015 se recoge una completa referencia del Programa +i. Disponible en: <http://www.farmaindustria.es/web/documento/memoria-anual-2015/>

obtenidos en los pacientes tratados, de forma tal que la sanidad abona por el beneficio real de los pacientes, la efectividad del tratamiento, y no por la esperanza del beneficio, que determina la eficacia del fármaco, demostrada en los ensayos clínicos.

Los antecedentes de esta iniciativa en España se remontan al año 2011 y, progresivamente han ido ampliándose a nivel de hospitales y de servicios de salud.³

Junto a esta iniciativa se han puesto en marcha también acuerdos de precio volumen, en los que varia el coste del medicamento en función del consumo realizado o los de techos de gasto, mediante los que la administración acuerda con el laboratorio un coste máximo total por un determinado medicamento prescrito, de forma que una vez que se satura este techo, el laboratorio suministra el medicamento sin coste para el sistema.^{4,5}

Se trata de iniciativas que ponen de manifiesto el compromiso del sector con el sistema sanitario y con los pacientes, facilitando el acceso a medicamentos innovadores, de alto coste, de prescripción hospitalaria.

LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

La industria farmacéutica viene colaborando tradicionalmente en la formación continuada de los profesionales sanitarios, y por tanto en sus actividades docentes. Es una colaboración necesaria e imprescindible, beneficiosa para todas las partes. El profesional sanitario tiene la oportunidad de participar en actividades formativas a las que difícilmente podría acudir si no contara

³ Hay una amplia revisión sobre los acuerdos de riesgo compartido en el artículo de Grau Marín y Rejas Gutierrez (2016) publicado en New Medical Economics, disponible en: http://newmedicaleconomics.es/revista/NME_num25.pdf

⁴ Ver al respecto el trabajo de Espín, J. y Rovira, J. (2007): "Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe", A study funded by DG Enterprise and Industry of the European Commission, EASP Final Report, June 2007

⁵ Según Tolsa (2009): "Nuevos Medicamentos y Nuevas formas de financiación: contratos de riesgo compartido". Disponible en: http://contenidos.institutoroche.es/pdf/2009/farmacoroche/Farmacoroche_10.pdf

con esta colaboración. El sistema sanitario se beneficia, también, de la formación y actualización de conocimientos a los que acceden sus profesionales. La industria farmacéutica, por su parte, muestra su compromiso con los profesionales sanitarios, con el sistema sanitario y con los pacientes.

Las actividades científicas y los congresos y reuniones profesionales son el instrumento clave para ello y la industria farmacéutica está comprometida con que éstos sean posibles, colaborando en su financiación. La labor que en este ámbito desarrollan las sociedades contribuye a que los médicos españoles ostenten un nivel de excelencia que ha sido reconocido tanto a nivel nacional como internacional y a que desempeñen una actividad asistencial que es altamente valorada por los ciudadanos.

Una colaboración con profesionales sanitarios, sociedades científicas e instituciones sanitarias regulada en el Código de Farmaindustria, sometida a estrictos y rigurosos criterios éticos, que aseguran la independencia profesional y científica de los organizadores, la calidad del programa científico-profesional y el apoyo razonable y moderado que permite que el profesional pueda asistir al evento, excluyendo cualquier otro tipo de gasto.

La última actualización del Código ha venido a reforzar, aún más, esta relación introduciendo transparencia en las transferencias de valor entre el sector y los profesionales sanitarios y las instituciones sanitarias, lo que refuerza la relación de confianza entre las partes.⁶

SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La industria farmacéutica innovadora colabora, también, en la sostenibilidad del SNS con aportaciones económicas, determinadas en función de su volumen de ventas a la sanidad pública. Esta colaboración, cuyo antecedente son los convenios de colaboración suscritos entre el Ministerio de Sanidad y Farmaindustria en los años 2000, está actualmente regulada en la disposición adicional sexta de la Ley de 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional Medicamentos y Productos Sanitarios.

⁶ Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica. Disponible en: <http://www.codigofarmaindustria.org/servlet/sarfi/home.html>

De acuerdo con esta disposición, los laboratorios, las personas físicas, los grupos empresariales y las personas jurídicas no integradas en ellos, que se dediquen en España a la fabricación, importación u oferta al Sistema Nacional de Salud de medicamentos y/o productos sanitarios que, financiados con fondos públicos, se dispensen, a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud, en territorio nacional, deberán aportar a la hacienda pública las cantidades que resulten de aplicar sobre su volumen de ventas a través de dicha receta porcentajes que oscilan entre el 1,5 al 2%.

Esta aportación se destina, de una parte a financiar la investigación independiente en biomedicina, a través del Instituto de Salud Carlos III y, de otra, al desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de programas de formación para facultativos médicos y farmacéuticos, así como a programas de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos, según la distribución que determine el Ministerio de Sanidad y Consumo previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Una gran parte de los recursos económicos aportados por la industria farmacéutica son transferidos a las CCAA para la gestión de los programas indicados.

En este marco de colaboración en la sostenibilidad del SNS se inscribe el Protocolo suscrito entre la Administración General del Estado (Ministerios de Hacienda y administraciones Públicas y de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) y Farmaindustria el 4 de noviembre de 2015.⁷

ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DE SALUD

Finalmente, otro de los ámbitos de colaboración es la participación de laboratorios farmacéuticos innovadores en el desarrollo de estrategias y programas de salud gestionados por las administraciones sanitarias.

En este apartado cabe incluir el Plan de Adherencia al Tratamiento (Uso Responsable del Medicamento) que se ha presentado y elevado a las administraciones sanitarias para su análisis y consideración el pasado 23 de noviembre de 2016.

⁷ Disponible en: <http://www.minhafp.gob.es/Documentacion/Publico/CDI/Estabilidad%20Presupuestaria/Protocolo%20FARMAINDUSTRIA.pdf>

Se trata de una iniciativa impulsada por Farmaindustria, resultado de un trabajo colaborativo en el que han participado una quincena de sociedades científicas médicas, de enfermería y de farmacia, así como asociaciones de pacientes y un amplio número de expertos en esta materia.

El Plan parte de un robusto análisis de la situación de la falta de adherencia en España en pacientes crónicos y de la evidencia científica disponible sobre las iniciativas puestas en marcha para su mejora. Entre las iniciativas propuestas en el Plan se incluyen medidas en el nivel macro, meso y de microgestión.⁸

Se complementa con un modelo económico que pone de manifiesto los costes sanitarios directos evitables así como los resultados en salud (mortalidad y eventos evitables) derivados del aumento de la adherencia terapéutica. El modelo se ha aplicado a cuatro patologías crónicas de alta prevalencia, como son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, la Enfermedad Cardiovascular, la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Depresión Mayor.

CONCLUSIÓN

La Industria Farmacéutica Innovadora se siente parte del sistema sanitario, con el que está comprometido y con el que viene desarrollando, en cooperación con las administraciones sanitarias, diferentes iniciativas que pueden enmarcarse en el ámbito de la colaboración público-privada.

EL SECTOR DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA Y LA COLABORACIÓN PÚBLICO – PRIVADA

MARGARITA ALFONSEL

Secretaria General de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin

Los acuerdos de colaboración público-privada en el ámbito de la sanidad que prevalecen en todo el mundo se han convertido en la mejor respuesta ante las

⁸ El Plan de Adherencia al Tratamiento, así como diferentes documentos relacionados con el mismo, están disponibles en: <http://www.farmaindustria.es/adherencia/>

crecientes dificultades de financiación a las que se enfrentan los sistemas sanitarios a la hora de ofrecer servicios de calidad de la forma más eficiente posible.

La dimensión de la colaboración público-privada es muy amplia, ya que este concepto engloba distintos modelos de amplio alcance. Desde la perspectiva de la organización a la que represento, la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, me voy a centrar en aquellos en los que nuestras empresas están activas y donde nuestro conocimiento y experiencia puede aportar elementos de valor en esta puesta en común que supone esta publicación.

El sector sociosanitario es un ejemplo de las oportunidades que ofrecen las distintas fórmulas de colaboración público-privada para favorecer la viabilidad y sostenibilidad de nuestro Estado del Bienestar. Para ello, es clave que la Administración Pública no se limite a invertir en recursos, sino que también debe gestionar, planificar, comparar y supervisar la provisión de servicios públicos en coordinación con el sector privado. Al ámbito privado le corresponde, por su parte, ofrecer innovación, mejoras tecnológicas y de procesos, así como gestionar los servicios con la máxima calidad, eficacia y eficiencia.

No obstante, la introducción de este tipo de colaboración en el campo de la salud ha sido y continúa siendo, controvertida. Adecuadamente gestionada, la colaboración público-privada aporta beneficios al sector público en términos de eficacia y eficiencia y generación de economías de escala, medición de resultados, y en definitiva, una mejor provisión de servicios de salud a los ciudadanos; para el sector privado representa oportunidades de ofrecer soluciones de salud diferentes y más innovadoras que las tradicionales, generando además empleo y riqueza; y lo que es más importante, para los ciudadanos supone el acceso a mejores servicios y terapias. La Comisión Europea en su Estrategia de Lisboa reconoce el papel de la colaboración público-privada como el vehículo necesario para reforzar a Europa como un espacio tecnológicamente innovador y las nuevas Directivas de contratación pública pendientes de transposición potencian este tipo de contratación mucho más flexible y que permite una negociación entre la administración y los proveedores para encontrar la mejor solución a sus necesidades.

Tenemos ejemplos de éxito como los conciertos mediante los que se prestan servicios sanitarios empleando medios distintos a los de la Administración,

que son un elemento clave para liberar las listas de espera y prestar asistencia sanitaria, demostrando que cuando sector público y sector privado convergen y encuentran soluciones compartidas el resultado es altamente positivo.

La crisis económica que arrastramos desde hace ocho años ha acentuado más que nunca la necesidad de generar eficiencias en el Sistema y el camino es establecer acuerdos entre todos los agentes del sector (públicos y privados) para hacer más eficaz y eficiente la prestación sanitaria y su gestión. En el momento actual es imprescindible identificar aquellas fórmulas de colaboración que favorezcan la inversión y garanticen el acceso de todos los españoles a la innovación y a una asistencia sanitaria del máximo nivel. Es obvio que caminamos hacia un modelo de innovación colaborativa, que contempla la incorporación sostenible de la tecnología como un elemento esencial. Por tanto, en el debate sanitario se analizan y discuten desde hace tiempo diferentes fórmulas posibles: desde la colaboración público-privada a las iniciativas basadas en la evaluación de los resultados en salud o el riesgo compartido. Hoy en día, en nuestro sector las principales fórmulas empleadas y que han demostrado ser un éxito son:

- **Conciertos para pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos** que desahogan las listas de espera, facilitan diagnósticos más tempranos a los ciudadanos, permiten que comiencen antes sus tratamientos mejorando su situación clínica y contribuyen a que la sanidad pública cumpla con los tiempos máximos de respuesta como pruebas de diagnóstico por imagen e intervenciones quirúrgicas, entre otros.
- **Conciertos para determinadas prestaciones sanitarias**, como las terapias respiratorias domiciliarias o la diálisis, que permiten que cientos de miles de pacientes reciban asistencia sanitarias y tecnología en su domicilio tratando sus enfermedades respiratorias o insuficiencia renal crónica, consiguiendo evitar ingresos, reducir la asistencia a consultas, etc..
- **Conciertos singulares**, a través de los que los hospitales privados ofrecen asistencia sanitaria a un área poblacional completa en zonas con infraestructura insuficiente.
- **Acuerdos de riesgo compartido**, en los que se acuerda el pago por los productos y servicios en función de sus resultados y la utilización del servicio. .

La coyuntura económica actual, pero sobre todo la búsqueda de la eficacia y la eficiencia, han hecho que el sector de tecnología sanitaria vea prioritario reforzar las sinergias entre los distintos agentes implicados en la generación de innovación para mejorar los procesos actuales y fomentar así una mejor inversión de los recursos públicos. El sector de tecnología sanitaria no sólo lo constituyen las empresas, sino todas aquellas entidades que de una forma u otra están implicadas con la tecnología, como los centros de investigación, los hospitales, las universidades o las empresas de patentes.

Si vemos cómo se utilizan estas fórmulas en el ámbito internacional, podemos comprobar que en aquellos países en los que el sistema de salud se financia a partir de los impuestos de los ciudadanos se utilizan más los contratos de colaboración público-privada. Así, en 2010 y según el informe del Banco Europeo de Inversión (EPEC 2012), España, Reino Unido y Portugal, por este orden, fueron los países que dieron un mayor uso a estos proyectos de colaboración, por millones de euros contratados. En el campo de la sanidad se firmaron acuerdos por un valor aproximado de 3.000 millones de euros.

Sin embargo, el impacto de la crisis económica modificó el panorama y en 2012, los primeros países en relación con el valor de los proyectos contratados fueron el Reino Unido y Francia, seguidos a bastante distancia de Holanda y España. Además, las inversiones en sanidad se redujeron hasta los 400 millones de euros. En el caso de España, en 2010 se contrataron proyectos a través de la colaboración público-privada por valor de unos 4.500 millones de euros cayendo dramáticamente la inversión hasta los 400 millones.

Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, nuestro país destina aproximadamente unos 7.600 millones de euros al año a la contratación de servicios privados, lo que pone de relieve el papel del sector privado como aliado estratégico del sistema público. Además, todas las Comunidades Autónomas, en mayor o menor medida, recurren a la sanidad privada para la prestación de servicios públicos de salud.

Retos como el envejecimiento de la población y el incremento de la cronicidad que motivan una mayor demanda de servicios asistenciales y, por tanto, la necesidad de invertir mejor, han de ser resueltos con innovación tanto en tecnologías sanitarias, como en servicios, pero también en las fórmulas de contratación, explorando

acuerdos entre el sector público y el privado que den como resultado una mejora de la salud y la calidad de vida del paciente. Estos factores generan un nuevo escenario marcado por el aumento de la presión asistencial y el desafío de asumir las dificultades de financiación y solvencia asociadas.

En este sentido, las fórmulas de colaboración entre el sector público y el privado para diseñar, desarrollar, financiar o construir infraestructuras o gestionar servicios públicos ofrecen soluciones al tomar la innovación y las eficiencias del sector privado para llevarlas a la gestión pública. El objetivo de estos acuerdos es situar las responsabilidades y los riesgos en el socio que mejor pueda manejarlos y mitigarlos.

Por tanto, los beneficios de este modelo de asociación colaborativa para el sector público se podrían resumir en: dotación de infraestructuras sanitarias con financiación a largo plazo, determinación de los niveles de prestación de los servicios objeto del contrato, transferencia del riesgo del sector público al privado y el traslado de la experiencia y el conocimiento de gestión del sector privado al sector público.

Los países de nuestro entorno europeo nos demuestran que prácticamente toda la actividad sanitaria es susceptible de adoptar modelos de colaboración público-privada: desde las infraestructuras (edificios hospitalarios, mantenimiento, servicios de soporte) a los servicios clínicos (tecnologías de la información, equipos médicos, laboratorio, gestión hospitalaria o la prestación de servicios clínicos). Además, el potencial de ahorro en los proyectos de colaboración público-privada aumenta en la medida en que se incluyen en estos modelos más ámbitos o servicios.

El sector de tecnología sanitaria está preparado y dispuesto a colaborar activamente en proyectos de innovación orientados a la mejora de los procesos. En este sentido, el sector defiende la incorporación de tecnologías innovadoras que hayan demostrado su eficiencia en la mejora de los resultados en salud. Es obvio que caminamos hacia un modelo de innovación colaborativa, que contempla la incorporación sostenible de la tecnología como un elemento esencial, ya que la innovación tecnológica procura una asistencia sanitaria más eficiente y supone un elemento diferenciador para conseguir la satisfacción de los pacientes.

En este sentido, algunas de las innovaciones disruptivas que se aplican hoy en día en la sanidad son entre otras, la simulación médica avanzada, las tecnologías híbridas, la cirugía robótica, los aceleradores lineales con electrones o el quirófano híbrido. Pero la adopción de innovación tecnológica en el sistema sanitario no puede producirse de manera indiscriminada, debe garantizarse que la tecnología evidencie su efectividad clínica, que tengan un impacto sanitario y económico positivo y rediseñar los procesos asistenciales afectados de forma que los beneficios se multipliquen.

El sector hospitalario privado ya ha dado el paso y está permitiendo una atención sanitaria más eficiente mediante la adquisición de equipos punteros y tecnología de última generación, un aspecto que se refleja en los datos: el 56% de las resonancias magnéticas, el 47% de los PET y el 36% de los TAC se encuentran en centros privados. Por Comunidades Autónomas, Madrid, la Comunidad Valenciana y Cataluña son las regiones que cuentan con un mayor número de equipos de alta tecnología.

La compra pública innovadora también representa otra oportunidad de colaboración público-privada para fomentar el desarrollo empresarial. Este procedimiento por el que la Administración contrata un producto o servicio no existente en el mercado y para el que es preciso desarrollar actividades de I+D en colaboración con el sector empresarial, es un nuevo instrumento de apoyo a la innovación.

España ha sido uno de los países pioneros en Europa en desarrollar los instrumentos necesarios para articular la innovación desde la demanda. Ya en 2011, el Ejecutivo se planteó como objetivo para el año 2013 movilizar el 3% del presupuesto de la Administración General del Estado en procesos de compra pública innovadora. Desde entonces, es una figura en proceso de consolidación, que aumenta la capacidad de compra innovadora del sector público a la vez que potencia su papel como dinamizador de la demanda.

Esta colaboración permite a la Administración Pública liderar la innovación y romper la inercia pública acostumbrada a comprar lo que ya funciona, frente a encargar productos o servicios que requieren una actividad previa de I+D.

Las fórmulas de colaboración público-privada, cuyos modelos representan oportunidades de sinergias y eficiencias que deben ser aprovechadas con una

adecuada coordinación y control públicos, mejoran el derecho del acceso de los pacientes a la mejor asistencia sanitaria. Al paciente no le importa quién gestiona, sino cómo se gestiona su prestación sanitaria.

Con el objetivo de dotar de sostenibilidad y solvencia al sistema, es necesario explorar nuevas fórmulas de colaboración que consoliden y refuercen su excelencia. Se hace necesaria la reforma del modelo estratégico de nuestro sistema sanitario pero para ello se debe contar también con todos los grupos de interés que lo integran, realizar un análisis exhaustivo del ratio coste-oportunidad, tomando como base las experiencias de los países de nuestro entorno más próximo. Estos cambios mejorarán los resultados de salud en términos comparativos.

La colaboración entre todos los agentes se basa en compartir riesgos y beneficios, buscando un interés común y aprovechando competencias y aptitudes complementarias. Para ello, debe valorarse la calidad y servicio, facilitar la incorporación de la innovación y tener una visión integral de la atención sanitaria.

De este modo se construye una visión compartida y una relación a largo plazo en la que se facilitará la mejora de los procesos en la evolución del modelo, en la que el sector de tecnología sanitaria quiere estar presente sabiendo que es clave para su éxito.

COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA, UNA HERRAMIENTA UTILIZADA MUCHOS AÑOS POR LOS GESTORES Y DEMONIZADA POR ALGUNOS POLÍTICOS

ANGEL PUENTE

Presidente de Cogesa.

La colaboración público-privada es una fórmula que se empezó a utilizar a mediados de los años 80, justo cuando se iniciaba a profesionalizar la gestión en la Sanidad.

Empiezan los primeros Máster de Gestión Sanitaria, nace la figura de los gerentes de hospitales en vez de la de Director de Hospital, se cambia la figura del Administrador por la de Director de Gestión Económica y Servicios Generales y se pro-

fesionalizan la Dirección Médica y la Dirección de Enfermería (antiguamente era una jefatura de enfermería), facilitando a estos profesionales una autonomía de gestión para hacer más eficientes y sostenibles los servicios sanitarios.

Como casi siempre, la falta de recursos económicos hace agudizar el ingenio a los gestores y buscar formulas para seguir prestando la atención a los ciudadanos e incluso mejorar los servicios sanitarios. Es así como a mediados de los ochenta empiezan a buscarse fórmulas de colaboración público-privada (en aquella época simplemente se llamaba innovación de la gestión).

Se comenzó por externalizar aquellos servicios que no eran directamente sanitarios (los que hoy en día entendemos como bata gris) y que los gestores entendían que debían estar gestionados por empresas especializadas, ya que sus costes serían menores y se podían contratar reduciendo el gasto anual de estos servicios y destinando el sobrante en reducir el déficit, o bien en invertir en los centros sanitarios.

Estos servicios que se externalizaron fueron los de limpieza, seguridad, lavandería, logística, archivo y restauración.

Hay que tener en cuenta que algunos de estos servicios gestionados por la administración tenían un absentismo laboral que superaba el 22%.

En el caso de las lavanderías es donde comienza la colaboración público-privada, ya que los gestores no solo analizan el ahorro que van a obtener por no realizar una costosa inversión en renovar el equipamiento de la lavandería y así poder aprovechar estos espacios para mejorar los servicios sanitarios, si no que empiezan a descubrir que si el proveedor que limpia la ropa, a su vez es el que tiene que proveer de ésta por un pequeño incremento económico en el kg de ropa lavada, él se responsabilizará de las pérdidas y, además, la calidad de la ropa será mejor, ya que su mayor coste lo amortiza con un incremento del número de lavados.

Algo similar ocurrió con la restauración. En los contratos de explotación el adjudicatario no solo tenía que ofertar un precio competitivo, sino que también tenía que hacerse cargo del personal y de la inversión del equipamiento; es evidente que esos requisitos solo se podían cumplir por empresas especializadas.

Algo que hay que tener muy en cuenta en esa época es que ningún partido político ni sindicato entendió esto como una privatización de la Sanidad.

Pero esto mismo no solo ocurrió con estos servicios que llamamos hoy de bata gris, de forma que la falta de recursos económicos para poder realizar compra de equipamiento (Capítulo VI-Inversiones) hizo que los gestores buscasen fórmulas, cumpliendo siempre con las exigencias de la Ley de Contratos Públicos, y así comienza la era de adquirir equipos e incluso realizar las obras oportunas (adecuación de espacios) a través de la compra de sus consumibles (Capítulo II – Gasto Corriente).

Un ejemplo claro en aquella época (mediados de los años 80) lo tuvimos en los laboratorios de Análisis Clínicos y en los Servicios de Radiología.

Los concursos de reactivos para la realización de las pruebas analíticas incluían que los proveedores debían prestar a los Centros Sanitarios el equipamiento e incluso la adecuación de espacios para la realización de éstas, incluyendo el mantenimiento de los equipos y la reposición de estos transcurridos un periodo de tiempo.

Eso mismo ocurría en los servicios de Radiología, donde a través de la compra de película radiográfica se exigía al proveedor que incluyese las reveladoras y los líquidos (revelador y fijador), así como el mantenimiento, las reparaciones y la renovación de los equipos.

Según lo expuesto hasta ahora, alguien podría decir que solo afecta a la bata gris y a un modelo de compra de equipamiento a través del Capítulo II cuando no se pudo realizar por el Capítulo VI por falta de presupuesto (los recursos económicos siguen siendo el desencadenante), y a nadie – incluidos partidos políticos y sindicatos – se les ocurrió decir que se estaba privatizando la Sanidad.

La evolución de los avances en la Sanidad son muy rápidos, tanto en la diagnóstica como en los procesos, pero la mayor preocupación de los gestores es que estos avances lleguen al ciudadano lo antes posible y de manera sostenible. Es por ello que en el caso de algunas pruebas diagnósticas llegaron a la conclusión de que el coste de la inversión que se debería realizar sería muy difícil de amortizar teniendo en cuenta el número de pruebas a realizar, pero entendiendo asimismo la necesidad por parte de los profesionales de ser conocedores del resultado de éstas para su buen diagnóstico y tratamiento, así como el derecho de los ciudadanos a éstas.

La única manera de poder realizar estas pruebas a un coste razonable fue a través de laboratorios privados especializados en este tipo de diagnósticos (las llamadas pruebas especiales), donde se adjudican a través de concursos públicos y con total transpa-

rencia. Nadie entiende esto como una privatización de la Sanidad por no realizar éstas en los propios centros sanitarios, si no que se ve como una manera de administrar bien los recursos económicos, recursos que aportamos todos a través de impuestos.

Pero vayamos un poco más allá. A finales de los 80 y primeros de los 90, la falta de recursos económicos para realizar inversiones, la administración, hace que empresas privadas vean la posibilidad de poder realizar estas inversiones y ofrecerles el proceso finalizado a un coste muy asequible.

Así es como algunos centros sanitarios y empresas privadas invierten en TAC y RM, también se crean los clubes de diálisis, y empiezan los conciertos con centros privados para reducir la lista de espera en diagnóstico y en intervenciones quirúrgicas. Es decir, comienza la colaboración público-privada en el área médica (la bata blanca).

Curiosamente la ciudadanía no protesta por este hecho. Más bien lo ven como un avance y una manera lógica de gestionar: “lo que no pueda hacer la administración de forma eficiente que lo contrate”. Además, nadie duda de la calidad de los servicios médicos que se contratan por varias razones:

- La formación en medicina y en enfermería es muy buena en España.
- El trato que reciben por parte del personal no facultativo lo valoran bien.
- Las infraestructuras no solo son muy dignas, sino que además ven que su mantenimiento y modernización son permanentes.
- En muchas ocasiones el mismo profesional que le atiende en el centro público es el que le atiende en el centro concertado.

En la actualidad, y ya con la Sanidad transferidas a las comunidades autónomas, éstas se han visto obligadas a buscar soluciones para poder administrar los presupuestos económicos y modernizar o acercar la sanidad a la población haciéndola sostenible. Es así como nacen los modelos PFI (concesiones de bata gris) y los PPP (concesiones de bata gris y bata blanca).

Como se puede apreciar, el modelo PFI sirvió para poder construir y poner operativos los hospitales en menos de veinticuatro meses. La media de construcción de un centro hospitalario desde su adjudicación hasta su puesta en marcha estaba por encima de los nueve años.

Este modelo consiste en financiar la construcción del hospital en un plazo entre los veinte y treinta años, haciéndose cargo además de las inversiones,

renovaciones y gestión de los servicios de bata gris (seguridad, limpieza, restauración, lavandería, logística, mantenimiento, electromedicina y esterilización). Es decir, servicios que ya estaban externalizados en los años 80 y 90 y que nunca crearon conflicto social ni político.

Este modelo PFI se puso en marcha en España, concretamente en Madrid, con la construcción de cinco hospitales y curiosamente a partir de ese momento algunos políticos lo empezaron a vender popularmente como PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO, incluso haciendo llegar a la sociedad la idea de que deberían pagar por la prestación de los servicios sanitarios.

Como bien se puede apreciar, la única novedad con respecto a la forma de gestionar a partir de mediados de los 80, era el financiar la construcción del hospital a largo plazo, garantizando su construcción y puesta en marcha en un plazo de dos años, ya que el resto de servicios en la mayoría de los hospitales públicos ya estaban externalizados a través de concursos públicos por periodo de dos o cuatro años con sus prorrogas correspondientes.

El modelo PPP consiste en construcción y puesta en marcha del hospital en un corto periodo de tiempo gestionando a su vez no solo los servicios de bata gris sino que, además, prestando los servicios médicos (bata blanca), con una cartera de servicios estipulada para un área con población asignada. Todo ello por un precio por cápita adjudicado que siempre está por debajo del coste de un centro público; este modelo de gestión se conoce como Modelo Alzira.

Si bien es cierto que, en la actualidad, todos los profesionales y a nivel popular relacionan este modelo con el hecho de que la prestación de los servicios sanitarios están realizados por facultativos que pertenecen a una empresa privada y así el resto de personal.

No debemos olvidar que en la década de los 80 y 90 ya existían centros privados que tenían asignada un área poblacional, como era la Fundación Jiménez Díaz en Madrid o Povisa en Vigo. En este sentido, la gran diferencia entre el Hospital de Alzira, Hospital Collado Villalba, Hospital de Torrejón (modelos PPP) con respecto al Hospital de Povisa, es que las infraestructuras al final de la concesión vuelven a la administración.

La colaboración público privada tan solo se demonizó de forma salvaje en Sanidad, ya que los servicios de bata gris que se realizan en otros sectores no se llevan a nivel de

calle con populismo como se hace en Sanidad. Póngase como ejemplo los servicios de mantenimiento que se realizan en el Ejército Español o la limpieza en los cuarteles, incluso la restauración, y sin embargo a nadie se le ocurre decir que estamos privatizando el Ejército; como mucho se dice que estamos profesionalizando el Ejército.

Esto mismo lo podemos trasladar a los servicios que se encargan de la limpieza o la seguridad, el mantenimiento de parques y jardines de una ciudad, la recogida de basuras, la restauración, la logística, etcétera. Y, sin embargo, a nadie se le ocurre decir que se está privatizando el Ayuntamiento, las Diputaciones o el mismo Congreso de los Diputados y el Senado por tener externalizados estos servicios.

Ya vemos que la colaboración público privada existe desde hace treinta décadas y que, gracias a ella, hemos podido hacer sostenible este magnífico Sistema Sanitario que tenemos.

Tan solo debemos seguir avanzando en este sentido tanto con las empresas de servicios como con la industria farmacéutica y las industrias tecnológicas, para poder seguir optimizando los recursos, ser más eficientes y abaratar el gasto sanitario en los procesos.

Creo que es de justicia reconocer la labor de los gestores que hace ya treinta años y con una autonomía de gestión muy superior a la que se tiene ahora, iniciaron aquella “innovación de la gestión” hoy llamada colaboración público privada.

Asimismo, si verdaderamente queremos mantener el nivel de calidad de nuestra sanidad y la sostenibilidad de ésta, no queda más remedio que tener un mayor sentido de Estado por parte de los partidos políticos y llegar a un verdadero pacto de Estado para que “LA SANIDAD DEJE DE SER UNA MONEDA DE CAMBIO”.

PARTICIPACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN ESPAÑA: EL MODELO ALZIRA

ALBERTO DE ROSA TORNER

Consejero Delegado del Grupo Ribera Salud

En el actual debate sobre la colaboración público privada, los posicionamientos ideológicos están muchas veces por encima del análisis científico a la hora

de identificar las ventajas e inconvenientes de las diferentes formas de gestión. El debate de la colaboración público-privada no es un debate regional, ni tan siquiera lo es de ámbito nacional, es una cuestión global; como también lo son los retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios de todo el mundo, donde la colaboración público-privada se presenta como una herramienta eficaz para introducir las reformas que todos reclaman y cuyos objetivos son: crear valor público, es decir, una asistencia sanitaria de calidad para los ciudadanos; la responsabilidad económica, es decir, la sostenibilidad del sistema y, en tercer lugar, una atención altamente especializada aplicando las mejores prácticas mediante el uso de la tecnología y la excelente coordinación entre los distintos niveles de asistencia.

Para nuestro grupo ha sido enriquecedor poder acercarnos a la realidad de otros países para conocer, de primera mano, las reformas que ya se están acometiendo. Es un hecho incuestionable que España afronta los mismos retos y comparte los mismos objetivos que los países de su entorno. Es tentador tener una visión localista e ignorar los profundos cambios que se están produciendo en países tan avanzados como los Estados Unidos, Reino Unido u Holanda, o en aquellos que aspiran a dar un salto cualitativo en infraestructuras y en modelo sanitario como, por ejemplo, Eslovaquia y toda la región de Europa Central o América Latina. También Asia.

Existe actualmente una tendencia creciente a creer que es necesario un cambio de enfoque desde modelos centrados en los 'prestadores' hacia otros modelos asistenciales enfocados a identificar y satisfacer las necesidades asistenciales de la población para alcanzar el **Triple Aim for healthcare systems** definido por el Institute for Healthcare Improvement (IHI) y que consiste en: mejorar los resultados en salud de la población, aumentar la calidad asistencial y la satisfacción del paciente, ganar eficiencia y controlar el coste sanitario per cápita.

Si nos detenemos en las últimas cifras publicadas, podemos observar que España no se ha recuperado de la crisis económica en lo que a gasto sanitario se refiere. Así se deduce de los últimos datos publicados por la OCDE, que señalan que en 2015 el país redujo una décima su inversión en salud, pasando del 69,8% en 2014 al 69,9% el año pasado.

De este modo la inversión continúa con la caída que empezó en 2009. En ese año, el gasto sanitario suponía un 75,4%, una cifra que se ha ido reduciendo desde entonces hasta situarse en los seis puntos menos que obtiene actualmente. En 2015 el gasto español se situaba más cerca del 66% de Portugal o el 69,2% de Irlanda que del 85% de Alemania o el 78,6% francés. 2

Respecto al porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB), el gasto en sanidad en España supuso en 2015 un 9%, según la OCDE. Se trata de una décima más que lo invertido el año anterior, y el mismo dato que el obtenido en 2013. La inversión española en sanidad se ha mantenido en torno al 9% del PIB desde 2009, con ligeras variaciones décima arriba, décima abajo.

Los datos son similares a los obtenidos por países como Italia – 9,1%-, Islandia – 8,8% – y Australia – 9,3%-, mientras que quedan lejos del 16,9% destinado por Estados Unidos o el 11,5% de Suiza. Entre los países que menos porcentaje del PIB destinan a sanidad, están Lituania – 5,6%, Estonia y Polonia, ambas con un 6,3%.

En la sanidad española los modelos de colaboración público-privados tienen una larga tradición; es el caso del modelo de farmacia español, un ejemplo de gestión privada de un servicio público, que cuenta con una extraordinaria valoración por parte de los ciudadanos. Pero, por lo que respecta a la gestión sanitaria, hay que diferenciar fundamentalmente tres modelos: el sistema concesional, Muface y los conciertos entre la Administración y el sector privado.

Dentro de los sistemas concesionales destaca el *Modelo Alzira*, con el que fuimos pioneros en España en 1999 y que tras 17 años de experiencia, se ha extendido a otras comunidades autónomas y países. Es un modelo de éxito que ha marcado un precedente en la gestión sanitaria porque responde a las necesidades del ciudadano, a las expectativas de los profesionales y a los requerimientos de la Administración, quien mantiene su capacidad de planificación y control de la calidad asistencial. El elemento fundamental sobre el que reposa la base del modelo es el concepto del **pago capitolativo**, que se utiliza por primera vez como modelo de financiación en un Sistema Nacional de Salud y que incluye una fórmula trasfereencial de desplazados ventajosa para la Administración. Este sistema financia la salud y, por ello, obliga a alinear los objetivos del financiador (Administración) con la organización que siempre buscará conseguir el mejor estado de salud de la población.

Por su parte, el modelo Muface lleva funcionando en España más de 30 años, pero hay que decir que no es un modelo complementario del sistema público como sí lo es el sistema concesional, sino que se trata de un modelo sustitutivo por el que se inclinan, -qué paradoja-, todos los años 2.000.000 de funcionarios. Todos ellos deciden cada año si quieren recibir la asistencia sanitaria a través de la sanidad pública, o bien por compañías de seguros privados. Llama la atención sobremanera que aproximadamente el 85% de los maestros, jueces, militares 3 y funcionarios públicos en toda España, en general, se inclinan por recibir su prestación y la de sus familias a través de compañías privadas y no a través del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, no me puedo imaginar una sanidad pública de calidad con los resultados de la sanidad española sin la colaboración con la red de farmacias y su modelo ejemplar en el mundo, o sin el modelo de conciertos para aliviar las listas de espera, o sin el modelo concesional para hacer frente a nuevas infraestructuras o gestionar más eficazmente las existentes, o sin el modelo Muface, que permite disminuir la presión sobre los hospitales públicos derivando la asistencia a la sanidad privada.

En esta época de debates y de cuestionamiento de muchas situaciones, los que creemos, defendemos y queremos la colaboración público-privada para hacer sostenible la sanidad pública, no debemos estar a la defensiva. Es necesario que hagamos pedagogía del valor público que la colaboración público-privada aporta a la sociedad, a la Administración Pública y al sistema de salud, en general. Es necesario avanzar sobre una cultura nueva de lo que significa 'lo público' que, desde luego, tiene que pasar porque todos entendamos que hay que optimizar el dinero de nuestros impuestos, buscando fórmulas de gestión compatibles con una excelencia en la calidad sanitaria y que, además, sea sostenible.

Ahora bien, en mi opinión, no todos los modelos de cooperación público-privada (CPP) son válidos. Para que dicho modelo sea óptimo y se alcance una relación simbiótica entre todas las partes es necesario que se den una serie de condicionantes:

- El primero, un marco legal estable que solvete la falta de experiencia existente en los estamentos que ha creado la Administración Pública para promover la CPP; lo que, a su vez, permitiría solventar aquellos estamentos que carecen de funcionarios o técnicos capacitados para gestionar un modelo tan complejo.
- El segundo punto es la necesidad de proyectos planificados. Se debe establecer como regla general ser muy rigurosos en estos proyectos. La

Administración Pública debe planificar sus inversiones, por lo que resulta indispensable que se realicen estudios rigurosos de las necesidades y una pormenorizada previsión de la demanda; a partir de estos resultados, se deberán establecer prioridades y calendarios de actuación.

- El riesgo compartido sería el tercer punto. La CPP tendrá más éxito si se realiza un reparto de riesgos entre lo público y lo privado que, según cada proyecto, sea asignada con la mayor eficiencia posible. Por ende, se contribuirá a encontrar la inversión y financiación necesaria en cada oportunidad. 4
- Reglas contractuales claras. Limitación de precio y/o beneficios por contrato para que no predomine la visión mercantil sobre la asistencial. Deben arbitrase mecanismos de rescisión del contrato en caso de la empresa no cumpliera las condiciones del contrato.
- La transparencia es absolutamente necesaria para el buen funcionamiento de la CPP, siendo imperativa tanto por parte de la Administración a la hora de otorgar la concesión como del concesionario en su gestión. En este sentido, la monitorización continua del servicio y el establecimiento de sistemas de medición ayudarán, sin duda, a que la colaboración sea lo más eficiente posible.
- Elección adecuada de socios a largo plazo. Es necesaria la participación de empresas que apuesten por generar valor en un servicio público centrado en el paciente, con visión a largo plazo y voluntad de permanencia.
- Hay que contar con los profesionales. Ellos son el principal activo del sistema y generadores de la confianza en el ciudadano. Deben entender y compartir el modelo.

De este modo, la colaboración entre la Administración Pública y la iniciativa privada generará valor para la sociedad, incorporando gestión y financiación privada que ayudará a la sostenibilidad del sistema sanitario público a largo plazo, implementando un nuevo modelo de alianza basada en los valores de alineamiento y consenso que deben regir la colaboración público-privada.

En primera persona, nuestro modelo de gestión

Entre todos los modelos de colaboración público-privada presentes en sanidad, el llamado *Modelo Alzira* ha marcado un antes y un después en el panorama sanitario nacional e internacional por su modelo de integración. Tanto

es así que hasta la Universidad de Harvard presentó en 2015 el modelo de gestión que hemos desarrollado en el Hospital Universitario de La Ribera como *business case study*.

A éste se le añade, además, el estudio de investigación desarrollado por la prestigiosa Universidad de Berkeley (EE.UU.), que ha analizado diferentes modelos a nivel internacional, y cuya una conclusión sobre el modelo concesional es clara: este sistema de gestión aporta eficiencia y ahorra recursos al sistema sanitario público, reduciendo el gasto per cápita en el entorno del 30%. El mismo informe destaca que el modelo permite reducir las listas de espera de 40 a 20 días en primeras visitas y, de 100 a 40, en intervenciones quirúrgicas. El porcentaje asignado a gastos operativos es sensiblemente inferior y la estancia media de un paciente ingresado en este modelo también es más ajustada, contribuyendo a generar el ahorro que se le atribuye. 5

En términos parecidos se expresa Mark McClellan, Director de Iniciativas en Innovación Sanitaria del Instituto Brookings de EE.UU., quien en el informe *'Accountable Care. Focusing Accountability on the outcomes that matter'* indica que Ribera Salud *"ha demostrado de forma convincente la viabilidad de organizaciones sanitarias público privadas con mejores cuidados a más bajo coste"* y que *"en términos de resultados, calidad y costes, el Modelo Alzira ha cosechado resultados ciertamente impresionantes"*. Y es que Ribera Salud ha desarrollado su propia pirámide poblacional utilizando distintos sistemas de ajuste a riesgo clínico. Esta pirámide se utiliza como base para la aplicación de distintas estrategias asistenciales, con el objetivo de ofrecer siempre una atención integral al paciente adecuado, en el momento correcto y en el riesgo pertinente.

Para el mantenimiento de una sanidad universal y un sistema sostenible, la colaboración público-privada es esencial y el modelo de gestión de Ribera Salud ha adquirido en los últimos años un peso relevante, sobre todo en Europa y en América Latina. Desde su creación en Valencia en 1997, nuestro grupo ha evolucionado a través de la mejora continua de sus procesos (gestión de personas, sistemas de información y gestión clínica) lo que le ha convertido en un referente para numerosos estudios de instituciones y organizaciones, así como objeto de visita para delegaciones de más de 80 países

que periódicamente visitan los centros del grupo en Alzira, Torrevieja, Denia y Vinalopó-Elche, interesados por conocer su funcionamiento y modelo de gestión. Hemos sido invitados a participar en los últimos años en los principales foros internacionales de gestión, donde ha impartido más de 100 conferencias y ha presentado su experiencia en el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Asiático de Desarrollo y en el Foro Económico de las Américas, entre otros.

**Datos extraídos de http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT*

ESPAÑA NO ES UNA EXCEPCIÓN EN MATERIA DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN SANIDAD

MANUEL VILCHES MARTÍNEZ

Director General del Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad (IDIS)

Nuestro país, y cada día que pasa es más evidente, necesita soluciones para poder mantener un sistema sanitario solvente y sostenible y para ello es fundamental dejar aparte los apriorismos y entrar de lleno en el análisis de una situación que, por la propia evolución de los tiempos, está desacompañada con una realidad que nos envuelve, protagonizada por el envejecimiento progresivo de la población, la cronicidad, la eclosión de una innovación cada vez más útil (y a la par, más cara...) en todos los ámbitos y el afloramiento de una medicina cada vez más individualizada basada en perfiles genéticos y moleculares.

En este contexto, para poder realizar un análisis adecuado de la situación actual de nuestro país en el ámbito de la cooperación entre los ámbitos público y privado, debemos tener muy en cuenta los antecedentes de los sistemas de salud existentes, los conocidos modelos Beveridge y modelo Bismark, los más extendidos en Europa. El primero se caracteriza por estar inspirado en el informe Beveridge de 1942, manteniendo una financiación pública a través de impuestos y mediante presupuestos estatales, tiene libertad de acceso toda la población y está implantado en países como España, Italia, Portugal o Reino Unido, entre otros. El modelo Bismark está inspirado en la legislación social de la Alemania de 1883, se financia mediante cuotas pagadas por empresas y trabajadores, y la población no cubierta

puede tener acceso mediante el sistema impositivo o a través de los seguros privados, éste es el sistema elegido por países como Alemania, Austria o Francia.

El sistema privado puede tener diversas funciones y alcances según el país donde se implanta, estando en forma de doble aseguramiento, constituyéndose la opción voluntaria privada como un suplemento (España, Italia, Portugal, Reino Unido,..) o bien como un complemento al aseguramiento público, facilitando el acceso a servicios no cubiertos por el Sistema Nacional de Salud –SNS– (Francia, Bélgica, Dinamarca,..). También el aseguramiento privado puede ser sustitutivo del sistema público, como es el caso de Alemania o la República Checa, dando cobertura a personas que no tienen acceso al SNS o que renuncian voluntariamente a él, o en España, ofreciendo las mismas coberturas del SNS al colectivo de funcionarios del Estado, Mutualidad Judicial o Fuerzas Armadas.

Lo más importante sería señalar que la financiación sanitaria en la UE (no así la provisión) es fundamentalmente pública (con una media del 80% del gasto sanitario total, sensiblemente más alta que en España) y que éste es el rasgo común más importante de los países de la UE. El modelo social de la UE es el referente de lo que se podría considerar el “Estándar Internacional de Servicios de Salud”, que incluye:

- Cobertura +/- universal de toda la población con un sistema de seguro/s obligatorio/s.
- Financiación pública de este seguro/s, de acuerdo con el nivel de renta, con unas prestaciones básicas cubiertas para los que no tienen recursos.
- Cobertura amplia de prestaciones – medicamentos, tecnologías, servicios-.

Teniendo en cuenta las evidentes diferencias entre los distintos modelos en los diferentes países, todos ellos tienen en común aspectos relevantes y característicos de los Estados del bienestar, tales como la universalidad, por lo que tienen como objetivo el ofrecer cobertura a toda la población o en su defecto a la mayor parte... Otro aspecto fundamental es el de la equidad, un atributo que está muy arraigado en los países de nuestro entorno geográfico y económico, una característica que puede considerarse complementaria a la de universalidad.

Un elemento a tener muy en cuenta para entender el modelo relacional es la forma en que los recursos financieros llegan a los proveedores (médicos,

hospitales, centros asistenciales, etcétera), y las relaciones que se establecen y estructuran entre financiadores y proveedores. En este contexto, puramente pragmático, se plantean en los diferentes países dos modelos básicos: los de contratación y los de integración.

En los sistemas de contratos (no-integrados), concurren diferentes entidades que gestionan los seguros de carácter público, mediante su financiación y compra, a través de contratos establecidos con proveedores privados o públicos, siendo éstos quienes prestan los servicios sanitarios que precisa la población asegurada, con una particularidad muy relevante: es **el asegurado** quien elige entre los diferentes profesionales y servicios disponibles. Este prototipo corresponde al modelo implantado en sistemas clásicos de Seguros Sociales (p.e. Alemania, Francia, Austria, Holanda..), quienes no poseen (en términos generales) centros sanitarios, hospitales, ni emplean personal sanitario. Podríamos decir que corresponden a entornos liberalizados donde el Estado actúa como garante de calidad y resultados puesto que establece las condiciones, las premisas y los objetivos a alcanzar, teniendo también toda la capacidad de control y sanción en caso necesario.

En el otro caso, en el modelo integrado (p.e. R.Unido, Italia, Portugal, España) existe un único aseguramiento y es el “Sistema Nacional de Salud” quien gestiona sus propios servicios sanitarios en respuesta a las necesidades de la población cubierta, integrando a los proveedores en su propia organización administrativa y configurando de este modo una red propia de instalaciones y servicios sanitarios. En este modelo, el Estado –a través de las entidades administrativas competentes – diseña y gestiona un aseguramiento único, financia con cuotas e impuestos las prestaciones, gestiona sus centros y emplea al personal sanitario. En nuestro país cuenta con una modificación significativa añadida, la cesión casi integral de competencias a las Comunidades Autónomas en entorno sanitario, lo que hace que en este modelo integrado los gobiernos autonómicos se conviertan en “agencias “sanitarias y tengan que gestionar instituciones sumamente complejas y con un gran número de trabajadores con diferentes regímenes laborales y/o estatutarios.

Si prestamos atención a un aspecto clave, muy especialmente en los tiempos de dificultad económica que vivimos, el de la financiación, el modelo Bismarck (sistema de seguros sociales / p.e. Alemania, Francia, Bélgica, Austria),

modelo no integrado, está financiado por cotizaciones sociales obligatorias y sus características principales (según los expertos) son:

- Contratos entre las entidades que gestionan los seguros y los proveedores sanitarios públicos (hospitales públicos de Francia, por ejemplo) o privados.
- El personal sanitario del país pertenece a una gran variedad de entidades de titularidades muy diferentes.
- No existe formalmente Atención Primaria (aunque las reformas de Alemania y Francia favorecen el modelo de médico general o de familia).
- Las características de los seguros y de los proveedores determinan una gran libertad de elección para los pacientes (tipo de médicos, frecuencia, etcétera).
- Listas de espera prácticamente inexistentes (mercado de servicios médicos muy abierto).
- Gasto sanitario global más elevado (mayor influencia de la demanda).

En el caso del modelo Beveridge (Servicios Nacionales de Salud / (p.e. R. Unido, Italia, Portugal, España), modelo integrado, está financiado por impuestos y cuotas sociales y sus características principales, según los expertos, son:

- Sistemas integrados: con carácter general, los servicios son de patrimonio y gestión del financiador (gobiernos).
- El personal sanitario es empleado público (excepciones en Atención Primaria).
- La atención está basada en la medicina de Atención Primaria (médico general-de familia, responsable de una lista de población y puerta de entrada a los especialistas). Los pacientes deben acudir a su médico general (asignado, sin posibilidad de elección en la mayoría de los casos) en primer lugar y, si es necesario, éste les remite al especialista correspondiente.
- Existencia de listas de espera, cuya importancia varía según países.
- Gasto sanitario global algo menor (alto grado de control por los gobiernos), pero con mayor tendencia al endeudamiento.

Por poner algún ejemplo que nos acerque a la realidad, tomando como modelo del sistema “Bismark” a Alemania, la provisión de los cuidados de

salud, los cuidados ambulatorios se realizan principalmente por médicos generales (GP) y por médicos especialistas de práctica privada contratados por los Fondos de Enfermedad. Los pacientes tienen libre elección de médico, psicoterapeutas, dentistas, farmacias y servicios de urgencia y el cuidado de los pacientes a nivel hospitalario agudo se realiza por un sistema de proveedores mixto, público y privado, existiendo copagos en diferentes entornos asistenciales y provisosores.

Respecto al modelo “Beveridge” y tomando como referencia al Reino Unido, la cobertura es universal, hay globalidad de prestaciones y gratuidad –relativa, no completa– en el momento de uso. La asistencia primaria se realiza por medio de los médicos de medicina general (GP) que son autónomos y desde el 2004 su remuneración es en base a un sistema mixto: capitativo con un plus extra de calidad. Los GP de asistencia primaria se unen en grupos que actúan como médicos de cabecera de toda la población asignada. Actúan como “gatekeepers” para el acceso al resto del sistema. Los hospitales reciben su financiación por contratos de actividad mediante el análisis del case-mix y los GRDs. Los médicos del staff hospitalario son asalariados, pero se les permite tener actividad privada. En este modelo también existen copagos en diferentes entornos asistenciales y provisosores.

Un problema del sistema inglés ha sido el carácter incremental de sus listas de espera, de acuerdo con la teoría liberal de Margaret Thatcher, desde el año 2004 cualquier ciudadano en lista de espera quirúrgica de más de seis semanas tiene la opción de operarse fuera del sistema, en el sector privado, haciéndose acuerdos con clínicas privadas.

El cambio más radical introducido en el sistema inglés estriba en la posibilidad de “compra de servicios sanitarios por parte de los médicos de atención primaria”, que, a su vez, pueden establecerse en parte del accionariado sanitario (GP fund holdings). Los hospitales no cuentan con más presupuestos que los que puedan lograr de la “compra de sus servicios sanitarios por parte de los generalistas”, en aplicación de la máxima “el dinero sigue al paciente”.

En España, por centrarnos ya en nuestro entorno, claramente diferente a los previos, aunque se compartan las líneas generales del modelo Beveridge de ascendencia inglesa, el gasto sanitario en relación al PIB posiciona a nues-

tro país en la media de la OCDE (9,1%) y bastante por debajo de algunos de los principales países de nuestro entorno como Alemania (11,0%) o Francia (11,1%) e incluso Reino Unido (9,9%), en tanto que se encuentra en línea con Italia (9,1%) o Portugal (9,0%).

La financiación pública representó en 2014 el 69,8% del gasto sanitario total, suponiendo el gasto sanitario privado el 30,2% (Sistema de Cuentas de Salud 2014, Mº de Sanidad). En comparación con nuestro entorno, España se posiciona como uno de los países en donde el peso del gasto sanitario privado respecto al gasto sanitario total es más elevado, situándose por delante de países como Alemania (23,7%), Italia (22,6%), Francia (21,3%) o Suecia (15,9%).

En términos evolutivos, el gasto sanitario privado en relación al PIB ha registrado una tendencia creciente en los últimos años, pasando del 2,2% (20.094 Mill. €) en 2005 al 2,8% del PIB (28.895 Mill. €) en 2014.

El sector sanitario privado en España representa un peso sumamente importante en el sector productivo con 244.335 profesionales, 450 hospitales privados (que representan el 57% total de centros hospitalarios, lo que corresponde a una dotación de 51.967 camas, 33% del total de camas existentes en España) y más de 3.000 centros médicos ambulatorios. Supone el 30,2% del gasto sanitario total, y sumando al gasto sanitario privado el gasto público realizado en provisión privada, se alcanzan más de 35.000 millones de euros, lo que supone el 3,5% del PIB. En base a los presupuestos del Estado, se ha estimado para 2015 un gasto sanitario público per cápita de 1.091€. El gasto privado se ha estimado en 525€ per cápita, pero ambas estimaciones son optimistas –a la baja– a tenor de los resultados que se están viendo.

Contribuye de manera muy positiva a la descarga asistencial y a un cierto grado de ahorro del sistema público gracias a los más de 7,5 millones de asegurados (excluyendo los mutualistas), que no consumen – o lo hacen de forma esporádica – los recursos del Sistema Nacional de Salud. Se estima que el ahorro generado en 2015 por el seguro privado se situaría entre los 4.034 millones de euros (si el ciudadano cubierto por la póliza privada realiza un uso mixto, consumiendo recursos públicos y recursos privados y los 8.103 millones de euros si el ciudadano cubierto por la póliza privada utiliza exclusivamente el sistema privado). Asimismo, el sector sanitario privado alivia la presión sobre la sani-

dad pública al complementar y ampliar la oferta asistencial con la amplísima provisión de la que dispone, ya citada, y con la actividad asistencial que realiza (en términos de intervenciones quirúrgicas, la sanidad privada realizó el 32% de las intervenciones con hospitalización del total de las realizadas en el país, 1,5 millones sobre 4,8 millones totales).

En este contexto regulatorio, la colaboración que el sector privado tiene con el sistema público, indirectamente por la actividad realizada sobre los pacientes asegurados, que acabamos de comentar, y directamente a través de conciertos, convenios singulares, concesiones y el mutualismo administrativo (con cerca 1,92 millones de mutualistas, único modelo sustitutivo en España, modelo que permite aportar eficiencia en la prestación de un servicio público, ya que el gasto per cápita de la población cubierta – 801€ – es sustancialmente inferior al gasto sanitario público per cápita – 1.091€ – a igualdad de cobertura de prestaciones), ayudan a garantizar la accesibilidad a la población de los servicios sanitarios, permite reducir las listas de espera, reportar beneficios financieros y aportar flexibilidad e innovación en la gestión, todo ello manteniendo o incrementando la calidad del servicio prestado. Por ello, la sanidad privada es, de hecho, un aliado estratégico imprescindible para el sector sanitario público dado que contribuye a poder mantener las actuales cuotas de accesibilidad, sostenibilidad y calidad del sistema para todos los ciudadanos. Si no se contara con la aportación del sector sanitario privado, la demanda asistencial en el sector público crecería más de un 30 % para poder dar el mismo nivel de servicio actual (en el que ya existen claras ineficiencias y puntos de mejora), con lo que la situación derivaría en gravísimas dificultades para el sistema.

Todas las Comunidades Autónomas en España, en menor o mayor medida, recurren a la contratación de servicios privados para dar respuesta a la demanda de servicios sanitarios públicos, introduciendo una mayor eficiencia al sistema sanitario. De hecho, según los datos más recientes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España destina al año, aproximadamente, 7.623 millones de euros a la contratación de servicios privados, más de un 11 % del presupuesto global sanitario, y aquí me gustaría ampliar la escasa información de la que se dispone en términos generales en este campo.

Existen múltiples tipos de conciertos, algunos perfectamente asumidos –y asimilados– por los servicios públicos, realizados con entidades privadas, como

podrían ser las terapias respiratorias, el transporte sanitario, rehabilitación, diálisis, psiquiatría, larga estancia, etcétera, etcétera, (que si se suspendieran generarían bloqueos imposibles de resolver por ausencia de provisión pública), y otros, los más conocidos, destinados a agilizar listas de espera de pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas, a través de Acuerdos Marcos, que benefician directamente a aquellos que más lo necesitan, los pacientes, agilizando la obtención de un beneficio asistencial, y además a un coste sensiblemente más bajo que los precios de transferencia marcados por prueba, estancia o GRDs en cada una de las diferentes Comunidades Autónomas.

El modelo de colaboración concesional, tan “conocido” en medios de comunicación (y con un impacto presupuestario global bastante reducido por su escasa implantación), ha recibido un refuerzo positivo recientemente desde un estudio de investigación multinacional desarrollado en 2013 por la Universidad de Berkeley (EEUU). Liderado por Richard M. Scheffer, ha analizado diferentes modelos de concesiones a nivel internacional y ha obtenido una conclusión clara: este sistema de gestión aporta eficiencia y ahorra dinero al sistema sanitario público, los resultados preliminares de esta investigación arrojan, en el año 2012, un ahorro para la Generalitat Valenciana de alrededor de un 30% por cada uno de los 250.000 habitantes que atiende el hospital analizado en cuestión (Alzira, Hospital de la Ribera), concretamente un 29,7%.

El mismo informe ha destacado que el modelo permite reducir las listas de espera de 39 a 20 días en primeras visitas y de 57 a 40 en intervenciones quirúrgicas, el porcentaje asignado a gastos operativos es sensiblemente inferior y la estancia media de un paciente ingresado en este modelo también es más ajustada, contribuyendo a generar el ahorro que se le atribuye.

En cualquier caso, e independientemente de haber demostrado su eficiencia y sus altos niveles de calidad percibida por el paciente – los centros sanitarios con mejor percepción están dentro de los concertados o concesionales año tras año-, la presencia y actividad de la concertación privada está presente en todas las comunidades autónomas, siendo muy mayoritaria en prestaciones ya comentadas, y de altísimo impacto, como el transporte sanitario, las terapias respiratorias domiciliarias o la diálisis a nivel nacional, entre otras muchas, pero existe también una gran presencia hospitalaria, en el ámbito del concierto singular (hospitales de titularidad

privada que tienen asignada un área poblacional para tratamiento integral, como cualquier otro hospital de titularidad pública), como por ejemplo el grupo de hospitales Pascual (Andalucía) o los hospitales de la Orden de San Juan de Dios o de la Cruz Roja a nivel nacional, entre otros (POVISA (Vigo), Hospital de Jove (Gijón), Fundación Jiménez Díaz (Madrid) en prácticamente todas las comunidades autónomas.

El reto ahora se encuentra en conseguir que nuestro sistema sanitario se dote de las herramientas posibles para asegurar su viabilidad actual y futura y seguir dando los mejores niveles de calidad asistencial a sus pacientes. Para eso, dentro del entorno de crisis financiera en el que hemos estado sumidos durante años, con los grandes problemas de sobrecarga de actividad que nos genera un envejecimiento progresivo de nuestra población y una obsolescencia tecnológica forzada por las restricciones presupuestarias de los últimos diez años, debemos tener amplitud de miras y entender que los art. 89 y 90.1 de nuestra Ley General de Sanidad, conforme al art. 38 de la Constitución, ya recogen el ámbito de la colaboración público-privada, que existe la posibilidad de obtener eficiencias significativas sin menoscabar ni un ápice la calidad de la atención y que la obligación del Estado debe ser la de garantizar que todos los habitantes del país, que día a día colaboran en la medida de sus posibilidades al sostenimiento del mismo con sus impuestos, reciban la mejor asistencia, la más rápida, la más accesible, la más adecuada a sus necesidades en cada momento, y no convertirse en provisor de servicios en un entorno cerrado, sin competencia y que en ningún caso va a generar más que demoras e inequidades al no estimular la generación de eficiencia (a excepción de los esfuerzos directos, voluntarios y no compensados de nuestros magníficos profesionales sanitarios, tanto asistenciales como de gestión).

Los usuarios del SNS deberían pedir a sus gobernantes que realicen la mejor de las gestiones, que les provean de la más amplia red asistencial que se pueda tener, con el máximo número de profesionales y puntos de atención posibles, que se encarguen de conseguir la disponibilidad de la última tecnología para tratar sus patologías, y que además todo esto lo hagan con criterios de sostenibilidad y equidad. Hay que darle al paciente el papel decisorio, que tenga capacidad de elegir, no tomemos las decisiones por ellos...para todo ello es imprescindible no solo el impulso de las formas tradicionales de colaboración descritas con anterioridad, hay que desarrollar otras novedosas, como la interoperabilidad, fenómeno esencial e imprescindible para dotar a los sistemas sanitarios de los mayores niveles de eficiencia y sostenibilidad, facilitando al paciente y sus familias el libre acceso y

movimiento entre sistemas, públicos o privados, con todas las medidas de seguridad y garantías de calidad, al disponer de la información clínica en cualquier momento y/o lugar, haciendo más eficiente la atención sanitaria, evitando así duplicidades y por lo tanto redundancias innecesarias.

Los criterios de interoperabilidad entre los diferentes Centros y CCAA y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación juegan y jugarán un papel determinante en las Organizaciones Sanitarias de nuestro futuro más cercano, ya que mejoran la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios, siendo herramientas de gestión estratégica claves para incrementar la accesibilidad y equidad ayudando a la toma de decisiones clínicas y de gestión correctas, siempre en beneficio del sistema en general y de cada paciente en particular.

Ante una realidad tan patente se hace cada vez más urgente la necesaria reforma del modelo estratégico de nuestro sistema sanitario, cambios que le deben procurar una eficiencia necesaria en la gestión, solvencia y suficiencia financiera, a la vez que los mejores resultados de salud en términos comparativos. Para ello debe contar con todos los grupos de interés que lo integran, y entre ellos, por supuesto, contar con la cooperación privada, dejar a la SANIDAD, con mayúsculas, fuera del discurso político cortoplacista y tener altura de miras y plantear cambios imprescindibles, tomando como base las experiencias acumuladas en los países democráticos de nuestro entorno más próximo, Estados con sistemas de bienestar social perfectamente asentados que nadie pone en entredicho ni en tela de juicio hoy en día y que olvidaron hace tiempo las limitaciones que aquí todavía se imponen algunos.



BIBLIOGRAFÍA

1. “1. Sistemas Sanitarios En La Unión Europea | Gestion Sanitaria – Grupos Relacionados Por El Diagnóstico (GRD)”. gestion-sanitaria.com. N.p., 2016. Web. 13 Aug. 2016.
2. “Bismarck Vs. Beveridge: Is There Increasing Convergence Between Health Financing Systems?”. OCDE. N.p., 2016. Web. 13 Aug. 2016.
3. “Dos Modelos De Sanidad Pública – OCU”. Ocu.org. N.p., 2013. Web. 13 Aug. 2016.
4. Freire JM. El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. OECD-HEALTH DATA 2006, June 2006. Disponible en: www.oecd.org.
5. Freire JM. Sistemas de salud: evaluación y comparación internacional. UNEDENSISIII (Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad): 2006. Sep 9;127(9):337–42. Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500565/n2.1_Sistemas_salud._Evaluacion_y_comparaci__n_internacional.pdf
6. “Sanidad Privada, Aportando Valor 2016”. Fundación IDIS. N.p., 2016. Web. 13 Aug. 2016.
7. “The Search For Low-Cost Integrated Healthcare The Alzira Model – From The Region Of Valencia”. NHS Confederation. N.p., 2016. Web.
8. “Richard Scheffler: Financing Integration And Payment For Quality”. Slideshare.net. N.p., 2016. Web.
9. Sistema de Cuentas de Salud 2014. Principales resultados. Ministerio de Sanidad y Consumo. Julio 2016.

9

CONCLUSIONES

LAS 20 CLAVES DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN SANIDAD

1. La colaboración público-privada **no es algo bueno o malo por mera definición**. No es un fin, sino un medio hacia la calidad y la eficiencia.
2. La tendencia hacia el **Lean Healthcare junto a la limitación de la inversión pública, con riesgo de falta de solvencia, la búsqueda urgente de métodos de participación de terceros y la necesidad de corresponsabilización** de todos los actores nos lleva a la colaboración público-privada.
3. **Beneficios que puede aportar** la colaboración público-privada: la industria y gestores negocian la forma de su relación, los proveedores desarrollan una relación de compromiso con el sistema más allá de la venta de su producto, se mejora el acceso a la innovación por parte de los pacientes y los gestores y la administración mejoran la eficiencia del sistema sanitario.
4. **No existen datos objetivos y comparables ni en resultados en salud ni en eficiencia o resultados económicos, ni entre centros ni entre modelos en gestión**, de forma que hay una gran escasez de publicaciones e investigaciones rigurosas que muestren una evaluación comparativa, en términos de resultados, sobre los diferentes modelos de colaboración público-privada implantados en nuestro Sistema Nacional de Salud y con respecto a fórmulas más tradicionales.
5. Lo fundamental, no obstante, **es la responsabilidad de la administración pública sobre los servicios que se prestan, independientemente del tipo de servicios, y la universalidad** de los mismos para todos los ciudadanos.

6. Los **puntos cruciales y éticos** que deben estar presentes en el marco de la colaboración público-privada en el sector sanitario son: el servicio de la salud es un bien público, un derecho universal; quién es el propietario del servicio, y un proyecto fundamentado en este tipo de colaboración nunca puede suponer un coste mayor que el mismo proyecto sin colaboración público-privada. Ahora bien, la situación actual determina que, no solo es la eficiencia el motivo que justifica un proyecto público-privado, sino el resultado que el proyecto aporta, su valor añadido.
7. Si bien existen diferentes clasificaciones de la colaboración público-privada es en torno al tipo de innovación que aportan, como tiene más sentido ordenarlas dada la evolución que el modelo sanitario necesita hacia la calidad y, en base a ésta, la sostenibilidad. Así, puede existir **colaboración público-privada en cuatro ámbitos (o de cuatro tipos): en la gestión de la innovación terapéutica, en la gestión de la innovación tecnológica, en la gestión sanitaria innovadora y en la gestión de la investigación y desarrollo científico, como punto de partida de la innovación.**
8. Según el *Libro Verde sobre la Colaboración Público-Privada y el Derecho Comunitario en Materia de Contratación Pública y Concesiones de la Comisión Europea de 2004*, se trata de proyectos caracterizados por una relación entre el socio público y el privado de duración relativamente extensa en el tiempo, la existencia de diferentes opciones de financiación del proyecto, el rol clave del operador económico, que participa en diferentes etapas de la iniciativa y el reparto de los riesgos entre las partes implicadas.
9. Cualquier proyecto de esta índole será evaluable según cumplan los **objetivos de proporcionar resultados en salud, equidad en el acceso a la innovación y/o a la asistencia sanitaria y procesos asistenciales y sostenibilidad financiera** del sistema. En definitiva, la prioridad del sistema sanitario es la mejora de los resultados en salud en un entorno financieramente sostenible. Y la innovación es la clave de esta sostenibilidad, entendida ésta de una forma global y transversal, fomentando la eficiencia, la corresponsabilización de todos los agentes y la evaluación de resultados en salud.
10. A pesar de que cada vez se desarrollan más proyectos e iniciativas en los que existe una colaboración público-privada en el sector de la salud, lo cierto es que aún, en general, **esta herramienta no se utiliza con un enfoque estratégico y global**, sino mediante proyectos aislados.
11. No obstante, en tanto en cuanto la colaboración público-privada – enfocada a la gestión de la innovación en sus distintas modalidades – se realice **de forma más estratégica y global, mayores serán los beneficios en términos de calidad y sostenibilidad, mayor planificación de recursos y mayor minimización de las barreras se conseguirá**, sobre todo las que se refieren a los políticos, profesionales sanitarios y socioculturales.
12. Seguramente la **falta de resultados**, sobre todo en el ámbito de la colaboración público-privada en la gestión sanitaria, sea uno de los motivos más relevantes, junto a la visión parcial y cortoplacista de las políticas sanitarias, de la falta de enfoque estratégico y visión global.
13. **En el caso de la colaboración público-privada en las áreas de la innovación terapéutica y de tecnología sanitaria, los resultados existen**, pues en la mayoría de los casos las cláusulas de los contratos que se firman incluyen éstos como factor decisor del precio de los productos, pero, sin embargo, no hay un registro global de resultados de experiencias.
14. **El enfoque estratégico y global tiene dos perspectivas:** la necesidad de integrar en la estrategia de un sistema sanitario la colaboración público-privada en su concepto más amplio y darle a los proyectos de colaboración público-privada el matiz de ser estratégicos.
15. Una forma de darle el matiz a estos proyectos de estratégicos es concebirlos como una **alianza estratégica**, un paso más allá de la colaboración público-privada. Una alianza debe ser un acuerdo entre dos o más organizaciones independientes que se comprometen a colaborar en determinadas actividades para alcanzar unos intereses pactados por ambas partes. Solo son estratégicas si actúan como instrumento para desarrollar alguna de las líneas establecidas en el Plan Estratégico de la institución.
16. Cualquier proyecto de colaboración público-privada, sea estratégico o no, necesita contar con **líderes de la gestión profesionales, con una**


formación y experiencia *ad hoc* para la labor que desempeñan. En mayor o menor medida, la gestión de proyectos de este tipo –desde el planteamiento hasta la evaluación pasando por el desarrollo y seguimiento – requiere la visión estratégica del sistema sanitario y poder enfrentarse a los retos principales que supone planificar y gestionar este tipo de contratos en el actual contexto, convirtiendo un reto en una oportunidad de mejorar la eficiencia de la gestión pública.

- 17. En todos los niveles de la gestión sanitaria debe existir liderazgo en la colaboración público-privada.** En el ámbito nacional, por ejemplo, el impulso de políticas que promuevan acuerdos donde primen la calidad y la eficiencia, pero también los resultados, la evaluación y la transparencia, es clave para la supervivencia del sistema tal y como lo conocemos. Igualmente, en el ámbito de los gobiernos autonómicos, también es fundamental el desarrollo de legislación al respecto.
- 18.** En el nivel más de gestión, encabezado en primer lugar por consejerías de sanidad y servicios regionales de salud, se juega un rol clave en la **inclusión de la colaboración público-privada en sus diversas modalidades en el plan o marco estratégico del sistema.** Esto requiere una visión estratégica que sobrepase el enfoque cortoplacista de los gobiernos, algo que en la actualidad, no obstante, es muy complicado.
- 19.** En este punto aparecen, de forma que pudiera parecer contrapuesta, los beneficios que aporta la autonomía en la gestión de los centros. Y es que, incluso para los proyectos de colaboración público-privada **las consejerías y servicios regionales de salud deben establecer, primero, en manos de quién queda cada aspecto en lo que concierne a su gestión y, segundo, la buena gobernanza de los centros.**
- 20. 'Ciudadanos saludables son el mayor activo que un país puede tener'** (Winston Churchill): en tanto en cuanto con salud se requieren menos recursos asistenciales, menos gasto en pruebas diagnósticas y menos gasto en medicamentos y se producen un menor absentismo laboral y bajas laborales, y la generación de investigación, innovación y de empleo que produce el sector sanitario, nos dirige a analizar al menos qué lugar ocupa la colaboración público-privada en el sistema.

BIBLIOGRAFÍA

- Anuario Partners (2011). Reflexiones sobre la cooperación público-privada. Monográfico: la cooperación público-privada en el sector salud.
- Build and Beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs. Health Research Institute, 2010.
- La Colaboración Público-Privada: entre indeterminación, flexibilidad e incertidumbre. Alejandro Araujo Barceló. Universidad Carlos III de Madrid.
- Libro Verde sobre la Colaboración Público-Privada y el Derecho Comunitario en materia de contratación pública y concesiones. Autor: Comisión de la Comunidad Europea, 2004.
- Reflexiones sobre la cooperación público-privada. Monográfico: la cooperación público-privada en el sector salud. ESADE, 2011.
- Williamson, O. E. «The economics of organization: The transaction cost approach». American Journal of Sociology, vol. 87 (3), 1981.

AGRADECIMIENTOS



A la presidenta del Congreso, **Ana Pastor**, por su disposición y por su defensa de una Sanidad pública, universal, gratuita, eficiente, de calidad, y económicamente sostenible.

A **los socios** del Círculo de la Sanidad, sin cuyo compromiso y sin cuya inquietud permanente por buscar la excelencia en el funcionamiento de todos los rincones del sistema sanitario no hubiera sido posible este libro.

A **Boi Ruiz**, por su compromiso profesional y personal con la mejora de nuestro sistema sanitario.

A **Joaquín Estévez**, por compartir con nosotros su profundo conocimiento de la gestión sanitaria y que ha vuelto a demostrarnos una vez más que siempre podemos contar con él.

A **Alfonso Flórez** que aceptó el titánico esfuerzo de condensar en un puñado de páginas, más de tres décadas de experiencias como directivo sanitario.

A **Irene Villa**, por poner 'alma' a este libro en unas páginas llenas de emoción, fuerza y naturalidad.

Y a **Gema Sierra** y a **Esperanza Sanabria**, de ILUNION, que con su trabajo y sus desvelos, fueron esenciales para que este libro que hoy tiene entre sus manos, se convirtiera en una realidad.

LA SANIDAD NO ES MONEDA DE CAMBIO

El Círculo de la Sanidad, es una asociación sin ánimo de lucro que tiene como principio central desde su fundación, el fomento del intercambio razonado de ideas, análisis y estudios entre todos los agentes implicados en el sector sanitario (profesionales, asociaciones, instituciones, pacientes, empresas...) con el doble objetivo de generar debate sobre las cuestiones más candentes que afectan al Sistema Nacional de Salud e impulsar su mejora permanente.

Para el cumplimiento de ese presupuesto fundacional, el Círculo cuenta con el extraordinario capital de conocimiento que le proporcionan sus socios, todos ellos directivos con importantes puestos de responsabilidad en las principales empresas proveedoras de productos y servicios del sistema sanitario y todos ellos comprometidos con su modernización y su sostenibilidad a medio y largo plazo.

Este libro, es un ejemplo del compromiso del Círculo de la Sanidad con sus principios fundacionales y con el futuro de la Sanidad Española. En primer lugar, porque reúne a voces de diferentes ámbitos del sector, la de los políticos, con la presencia del ex conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya, el Dr. Boi Ruiz; la de las asociaciones, con el presidente de SEDISA, el Dr. Joaquín Estévez, la de los profesionales, con el Dr. Alfonso Flórez; y la de los pacientes, a los que pone voz Irene Villa, para abordar la situación actual del sistema sanitario e identificar posibles campos de mejora.

En segundo lugar, porque ya desde el título responde a un propósito muy concreto, que es casi un clamor dentro el sector sanitario: la necesidad de buscar o construir los espacios de encuentro necesarios para sacar las políticas de salud pública de la arena de la refriega política y promover un gran Pacto Político y Social por la Sanidad que garantice la sostenibilidad a medio y largo plazo del actual sistema sanitario español, un modelo de referencia a nivel internacional que vive bajo la permanente Espada de Damocles de la insuficiencia financiera.



www.circulodelasanidad.com

P.V.P. 15€

