
II CICLO DE FORMACIÓN EN ALTA DIRECCIÓN SANITARIA 2019

LA TRANSFORMACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN
SANITARIA: SU IMPACTO EN LOS
PROFESIONALES Y LOS PACIENTES

FUNDACIÓN

GAS
PAR
CA
SAL



II CICLO DE FORMACIÓN EN ALTA DIRECCIÓN SANITARIA 2019

LA TRANSFORMACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA: SU IMPACTO EN LOS PROFESIONALES Y LOS PACIENTES

Directores

Vicente Ortún Rubio. *Profesor emérito de Economía y Empresa,
Universidad Pompeu Fabra de Barcelona*

Juan del Llano Señarís. *Director, Fundación Gaspar Casal*

Comité Científico

Joaquín Estévez Lucas, *Presidente, SEDISA*

José Soto Bonel, *Gerente, Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid*

Beatriz Massa Dominguez, *Gerente, Departamento de Salud Alicante - Sant Joan d'Alacant*

Isabel López San Román, *Gerente, Área Integrada de Guadalajara*

Domingo del Cacho Malo, *Gerente, Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés*

Revisión

Gema Pi Corrales, *Relaciones Institucionales, Fundación Gaspar Casal*

Jordi Gol Montserrat, *Coordinador de Investigación, Fundación Gaspar Casal*

Edita:

Patrocina:

Con el aval de:



Edición: Fundación Gaspar Casal

© Fundación Gaspar Casal

ISBN: 978-84-09-20165-5

Depósito Legal: M-11566-2020

Maquetación, impresión y encuadernación:

Impresión A2

Crta. M-506 – Km. 25,800 – Vía de Servicio

28320 - Pinto (Madrid)

ÍNDICE

Introducción.....	5
La transformación de la política y de la administración sanitarias: la palanca de la gobernanza.....	9
La transformación hospitalaria: la palanca de la tecnología.....	25
Atención sanitaria integrada: pensando en el paciente.....	55
La exigencia de calidad y orientación al paciente.....	81
Conclusiones	119

INTRODUCCIÓN

Voy a ponerme en los zapatos de los que estáis aquí, que fundamente sois directivos sanitarios públicos, oficio del que no tengo casi idea. Bueno, sí, una vez cada 40 años estoy en algún consejo de administración de hospitales, he tenido alguna responsabilidad gestora, pero conozco poco el tema, aunque lo suficiente como para imaginarme, para imaginaros en un entorno muy esclerótico, pese a que innováis, pero posiblemente no lo suficiente y tenéis muchas posibilidades de caer ante los cantos seductores de la tecnología y del marketing apoteósico. Eso sí, con una ventaja: estabáis a prueba de Amazon, y por aquí voy a empezar.

Amazon es el Alí Babá de Occidente y el que nos llevará al escenario de Tucídides, aquel que puede provocar una guerra entre China y Estados Unidos y, de hecho, fría, ya la está provocando. Un sector se dice que está a prueba de Amazon cuando no está sometido a competencia. Prácticamente no hay ningún sector económico a prueba de Amazon. Quizás el sector inmobiliario y, hasta hace poco, el sector sanitario. Amazon ya hizo un intento hace años de entrar en el sector sanitario; entró en la distribución farmacéutica, pero fracasó. Y hace poco, hará un año y pico, volvió otra vez y volvió de la mano de Warren Buffett, el único inversor alfa de la historia, que es el patrón de Berkshire Hathaway, de la mano de J. P. Morgan, para dar asistencia sanitaria al millón de empleados de las tres empresas combinadas en Estados Unidos. ¿En qué se basarán? Ni idea, pero una pista: ¿alguien sabe a quién han contratado como *chief executive officer*? Doy pistas: podría ser uno de vosotros. Sí, sí, no es alguien que se dedique a la tecnología CRISPR, no es alguien que esté entre tubos de ensayo, es un clínico.

Ya he dado una pista, que para hacer gestionar los conocimientos clínicos son convenientes. Sí, yo creo que sí. ¿La gestión sanitaria no continúa siendo esto de tratar bien el asma y la insuficiencia cardíaca y la diabetes? ¿No continúa siendo eso de evitar la sobreutilización y la infrautilización? Pues posiblemente por la elección que han hecho en Amazon continúa siendo eso. El que han escogido se llama Atul, A-T-U-L, y pronunciado en castellano sería Gawande, G-A-W-A-N-D-E. Si hoy alguien sale con curiosidad, que haga una búsqueda en Internet y lea algo de lo que ha escrito, ver alguna de las conferencias que ha dado, ya tendremos algo de gestión. A ver, ¿quién es cirujano aquí? ¿Alguien? Él, Atul, fue el que introdujo el listado de comprobación quirúrgica. ¿Para qué sirvió? Para reducir la mortalidad en un 46%, 46 % de reducción de mortalidad en 8 países del mundo.

A Obama, el presidente de Estados Unidos, una vez le preguntaron que qué había leído de sanidad y cuál era la lectura que más había influido en sus concepciones sanitarias. Contestó que un artículo de Gawande. El artículo está publicado en el New Yorker y habla de McAllen y El Paso. ¿Por qué zonas con idéntico estado de salud tienen unas variaciones en gasto que van de 4 a 1? Gestionar es conseguir esos resultados, pero gastando 1, no gastando 4, porque lo más caro no es lo mejor. Vamos a la segunda parte, escleróticos, ¿alguien cree que no está en un entorno esclerótico? Estamos sometidos por el derecho administrativo que, gracias a la Unión Europea, se va modernizando. Tenemos una Ley de Contratos del Sector Público que es mejor que lo que teníamos. Hay un menú para hacer cosas civilizadas. Que las hagamos es otro tema, pero el menú existe gracias en gran parte a la transposición de directivas europeas. Pero, claro, hemos de ser conscientes que en este país venimos de la profilaxis de las cesantías decimonónicas. En 1918 el Estatuto Maura creó los funcionarios y dio estabilidad e inamovilidad; la reforma más importante de la Administración Pública española la hizo el Opus Dei en tiempos de Franco. López Rodó *et al.* Ciertamente tenemos el estatuto del personal sanitario, del 2002, y cierto que tenemos comisiones y reformas que han servido para poco, pero la regulación de nuestro sistema sanitario nos lleva bastante a la esclerosis y, pese a ello se innova: se hacen códigos ictus, códigos de infarto, fast-tracks, prácticas de enfermería avanzada, se reduce, se concentra la cirugía digestiva oncológica en otra especialización y se baja la mortalidad a la mitad, se crean entidades de base asociativa, se hacen muchísimas cosas, muchísimas.

También hacen muchas cosas en el mundo. En el mundo uno que todo el mundo conoce es Kaiser, a este lo conocemos todos, ¿no? Uno que casi nadie conoce es Geisinger. Geisinger secuencía el exoma a toda la población, tratando los hallazgos (BrCa, Lynch...) en atención primaria, y a los diabéticos tipo II les proporciona terapia alimentaria en lugar de farmacológica, bajando así los costes anuales a una quinta parte y consiguiendo una bajada de la hemoglobina glicada 2'5 veces superior. Geisinger además es una zona poco dinámica de Pensilvania. Tenemos a Mayo, tenemos a la Veterans, tenemos a Aravind y a Narayana Hrudalaya en India. Excelentes organizaciones en un par de sistemas sanitarios de los peores del mundo. Tenemos muchas cosas y algo debemos tener porque somos, como ha dicho Juan, un sistema sanitario que incluso a veces sitúan como primero del mundo. Ayer todavía saca la Unión Europea su informe anual diciendo que España es el número uno de la Unión Europea de 28.

¿En cuántos terrenos podemos decir que somos el número uno? Pero no solo en la esperanza de vida, que somos con diferencia la más alta, sino en los indicadores esos finitos, la mortalidad evitable, la innecesaria, en esa somos también no los primeros, pero

delante está a lo mejor Islandia que no cuenta, son países demasiado pequeños. O sea que bien, bien, pero un poquito insuficiente. También os imagino a vosotros pues, no sé, es que me he apuntado nombres de biomarcadores que os refieren vuestros oncólogos, el de pulmón o el de digestivo. Claro, eso como gestores os debe crear mucha inquietud porque pensaréis: “Bueno, y en lugar de ir marcador a marcador, ¿no sería mejor hacer eso que llaman *next generation sequencing*?”

Hoy me he dedicado en el tren a leer el New England que ha salido hoy, y tiene un artículo perfecto, precioso, para dar una conferencia sobre el tema. Es una revisión de fronteras en medicina dedicado a la secuenciación. La idea de esta *next generation* son millones de procesos en paralelo sobre distintos fragmentos de DNA de las personas que permite una riqueza de resultados impresionante y con muchas implicaciones en la clínica y en la salud pública. Pero ¿y en la organización?, ¿no llegaremos tarde y mal desde la gestión pública al *next generation*? ¿Por qué? Porque esto tiene unas economías de escala descomunales, descomunales.

Aunque te pongas de acuerdo en el listado de biomarcadores, ¿quién lo va a hacer? Como tendrá una economía de escala descomunal el abordaje de la inteligencia artificial. En la medicina de precisión no me meto mucho, la medicina de precisión al fin y al cabo es lo de siempre, pero con datos de genómica, es la única diferencia. La medicina individualizada y la medicina estratificada han existido siempre, lo que aporta de precisión son los datos genómicos. ¿Inteligencia artificial? ¿No vamos a llegar también tarde y mal?

Ya tenemos procedimientos, numerosos algoritmos registrados por la FDA que son más sensibles y más específicos que, por ejemplo, el habitual examen de fondo de ojo. El tema es: ¿qué implicaciones tiene? ¿No hay que trabajar más en red?, ¿no hacen falta más organizaciones matriciales?, ¿no hay que volverse más un sistema, acabar de una vez con la idea del médico cowboy autosuficiente y autónomo? ¿Somos parte de un conjunto? Hace unos años, en los 70, bastaba la intervención de un clínico en un proceso de un enfermo ingresado; hoy como mínimo intervienen 15 clínicos, incorporando obviamente enfermería. Estas implicaciones organizativas de los cambios tecnológicos supongo que las percibís, pero yo espero que en estos días encontremos alguna idea de cómo abordarlas. Esclerosis y cambios.

Y, por último, y con esto finalizamos, hemos de hablar en estas sesiones acerca de cómo mantenemos una cartera de servicios sensata que haga el sistema sostenible, ese factor de sostenibilidad que hemos quitado de las pensiones (el introducido en 2013), pero que

en sanidad no lo podemos quitar porque en estos momentos y en este país estamos gastando 1.977.000, casi 2 millones, en este momento, de euros, por año de vida ajustado por calidad. Nosotros, aquí, hoy. Mucho más de los 25.000-60.000 € que hemos recomendado como horquilla en un artículo que publicado recientemente en Gaceta Sanitaria.

No penséis que la medicina de precisión vaya a resolver las enfermedades derivadas de la contaminación ni de los estilos de vida ni del calentamiento global. No, la salud pública y la orientación a la primaria están aquí para quedarse. Entonces creo que hay que recomponer el cuadro con lo que ha sido una medicina buena desde siempre, pero mucho más sistémica, procurando tener una cartera de servicios sensata, siendo muy consciente de que no por razones ideológicas, sino que por razones prácticas si el sistema sanitario no se financia públicamente deja de ser eficiente. Cuando, en lugar de atender una hemorragia, practicáramos una “chorradoplastia”, porque ésta se paga más, pasaríamos muy rápidamente a ocupar posiciones bajas en el ranking internacional.

Y, por último, el último aspecto que me gustaría, y espero que encontremos entre todos alguna respuesta, es cómo vencemos las limitaciones que tenemos, que tenéis a la gestión pública en sanidad. ¿Tendría sentido, manteniendo financiación pública, establecer una competencia por comparación en calidad, no a quien te lo hace más barato sino a quien lo hace mejor? Pues este tipo de cosas seguro que serán contestadas, en lo que puedan, por nuestros ponentes.

Vicente Ortún Rubio

Codirector de los Ciclos de Formación en Alta Dirección Sanitaria

Profesor Emérito, Universidad Pompeu Fabra de Barcelona

LA TRANSFORMACIÓN DE LA POLÍTICA Y DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIAS: LA PALANCA DE LA GOBERNANZA

Primera conferencia de apertura



Eduardo Madina Muñoz

Licenciado en Historia contemporánea en la Universidad de Deusto. Tiene un máster en Integración europea por la Universidad del País Vasco, especializado en Relaciones Internacionales. Ha trabajado como técnico en el Parlamento Europeo y ha impartido clases en diferentes universidades españolas sobre Relaciones internacionales y construcción europea. En la actualidad es el director de la unidad de análisis y estudios de KREAB. Anteriormente, fue profesor asociado de Historia Contemporánea en la Universidad Carlos III de Madrid.5. Fue director y presentador de un programa de contenidos musicales en Radio 3 llamado El Archiduc.

Muy buenas tardes a todas y a todos. La verdad es que es un gusto para mí estar en un minicurso o microcurso de formación como este que tienen personas, profesionales tan relevantes de algo tan querido por todos. Les aseguro que yo no sé si soy historia, sí, creo que sí, pero en mi historia he tenido algunos instantes donde los hospitales me han salvado la vida, concretamente tras un atentado de ETA en el año 2002 que, si no llega a ser por quien gestionaba el hospital de Cruces, yo no estaría hoy invitado a hablar aquí con ustedes.

Les aseguro que les llevo muy dentro, a su trabajo, a la orientación de sus horas y horas de carrera profesional a lo largo de toda su vida y de, cómo no, el sistema público de salud donde nací yo, donde nació mi hijo, donde han pasado casi todos los momentos más emocionalmente indiscutidos de toda mi etapa vital, desde la que tengo por lo menos consciencia.

Hace 2 años yo era diputado. Un día decidí dejar de serlo, entregué el escaño en el Congreso al siguiente en la lista, que era un tipo excepcional que fue jefe de Gabinete de Felipe González en Moncloa que se llamaba José Enrique Serrano, y decidí empezar una vida nueva o una nueva vida. Y esta sucede dentro de una pequeña unidad de análisis de tendencias del mercado para más o menos 200 empresas de distintos sectores, muchas de ellas o algunas de ellas del sector de la salud, multinacionales que operan en mercado español formando parte de la división en España de una consultora que se llama KREAB, que nació en Suecia en el año 1970 y que tiene ya presencia en 26 países del mundo. Básicamente se dedica a la comunicación: ayuda a las empresas a comunicar mejor aquello que hacen y a relacionarse mejor con todo lo que les influye en su día a día desde el propio mercado; las dinámicas de la competencia, las instituciones, los medios de comunicación; a comprender mejor la conversación pública que sucede a su alrededor y cómo les va interactuando para producir realidades que después terminan normalmente en su balance y en su Excel y en su día a día de aquello a lo que se dedican.

Por otro lado, dirijo un máster de formación de ejecutivos en ESADE para, sobre todo, directores de comunicación y directores de relaciones institucionales de empresas de todo tipo, por tercer o cuarto año ya, y he visto que se es mucho más feliz haciendo estas cosas que en la enorme capacidad de producción de infelicidad que tienen a veces algunos procesos políticos.

Yo reconozco que he vivido las dos partes de una misma moneda: procesos políticos que producen enorme felicidad y capacidades de transformación, y después también

procesos políticos embarrancados, como si el campo estuviera enormemente mojado y lleno de barro, y no se pudiera tocar bien la pelota y aquello terminara siendo más bien un circuito de esfuerzos condenados, como diría Ortega, a la melancolía. He vivido ambas experiencias. La primera es muy recomendable, la segunda no lo es tanto, y cuando vi que la última etapa de mi vida política estaba más bien recargada de esta última, decidí empezar una etapa nueva en una empresa que es esta, KREAB, y es a la que alguien mandó un email desde la Fundación para que yo viniera hoy a estar aquí con ustedes. Yo respondí inmediatamente que sí, sobre todo por el reto que significa ponerme delante de profesionales como ustedes para tratar de filtrar mi propio pesimismo político con el país en el que vivimos y en el que ustedes son gerentes y profesionales de la salud y del sistema público de salud en España para, poniéndome a prueba a mí, también poner un poco a prueba cuál es su perspectiva y compartirlo en 45 minutos sobre cuál es la realidad política que van a encontrarse ustedes en el día a día de su trabajo. Porque de alguna manera por un lado o por otro terminará aterrizándoles en el día a día de sus condiciones y de sus circunstancias en el conjunto de las comunidades autónomas a partir de una política nacional que, si quieren, es la que podemos pasear brevemente con todos ustedes para determinar algunos rasgos de lo que yo creo que se debería hacer para un poco provocar al siguiente ponente, que sabe muchísimo más que yo, para enlazar su charla, algo más ya vinculado al sistema público de salud y a las políticas de transformación de la gobernanza en el ámbito de la salud en nuestro país. Bueno, yo creo que hay algunos elementos que conviene no pasar por alto a la hora de analizar qué nos pasa como país.

Lo primero que nos pasa es que España ha tenido una generación histórica como en ningún otro momento de su historia para alcanzar el punto histórico en que se encuentra actualmente, y cuyo recorrido algunos otros países de nuestro entorno iniciaron cuando ganaron la Segunda Guerra Mundial. Nosotros a esa cita con el recorrido, es verdad que podemos estudiar las transformaciones de la economía española y su apertura al mundo a partir del año 59, pero el recorrido que España ha hecho de un salto de 5.000 € de renta per cápita en el año 82 a la renta per cápita en el entorno de los 29.000 € que tiene a día de hoy, cuando todavía no han pasado del todo las últimas consecuencias de la crisis, es un salto que sin sistema democrático y sin descentralización autonómica no se hubiera podido producir.

No hay ni uno solo de los parámetros de nuestro país que no esté homologado no ya a los países de nuestro entorno. Un amigo de la universidad me decía hace poco: “¿Tú has escuchado a algún francés alguna vez hablar de los países del entorno de Francia?”. Francia no tiene entorno, Francia tiene Francia, básicamente tiene ombligo y se mira el ombligo.

Y nosotros estamos todavía con ese deje de comparativa con nuestro entorno europeo que se nos escapa siempre en el primer párrafo del análisis, pero si miramos todos los parámetros de renta per cápita, producto interior bruto, distribución de productos sobre número de habitantes, indicadores de desarrollo humano en todos los órdenes, muchos de ellos aquellos que les afectan a ustedes, España está en el grupo de los 20 países más destacados del mundo en desarrollo humano; de los 13 sistemas democráticos más avanzados del mundo en cuanto a calidad democrática, estabilidad institucional, seguridad jurídica, parámetros derivados de un sistema constitucional y de una democracia liberal como la nuestra, y no tiene nada que envidiar básicamente por el recorrido que ha hecho entre el año 78 y el año 2015. Y me paro ahí como un punto de división con lo que ha venido desde el 2015 hasta la actualidad, que no tiene nada que ver con lo vivido anteriormente.

Es verdad que como está tan cerca nos cuesta verlo, pero a partir del año 2015 se establece un punto, como si fuera un verso, un pie quebrado que hemos cambiado de línea y ahora estamos escribiendo otro tipo de narrativa política. La primera de ellas: la política nacional se ha bifurcado por completo de la política autonómica y municipal. El comportamiento de la política autonómica, probablemente con la excepción de Cataluña, que tiene variables que si quieren podemos verlas, pero son diferenciales y diferenciadas, es exactamente igual en el conjunto de las comunidades autónomas y de los nueve mil y pico ayuntamientos de España. Las legislaturas de una realidad pluripartidista arrancan, los gobiernos se establecen. En mi tierra, yo soy de Bilbao, un gobierno transversal PNV-PSOE; en Madrid un gobierno de las tres formaciones de centroderecha y derecha y extrema derecha; en Andalucía, igual; en Aragón un gobierno complejo de 5 formaciones políticas en el centroizquierda; en Canarias un gobierno muy complejo de 5 formaciones entre regionalistas, insulares y formaciones de izquierda pero ha salido adelante tras la pérdida de la mayoría absoluta de Coalición Canaria; en Cantabria un gobierno del PRC apoyado desde fuera; en Castilla y León un gobierno por la derecha o el centroderecha; en Baleares un arcoíris de 6 formaciones políticas.

Todas las legislaturas arrancan, todas las legislaturas avanzan, los presupuestos se aprueban, se ejecutan en el año en curso y se legisla dentro del ámbito competencial de cada comunidad autónoma. Y en los ayuntamientos pasa igual. Gobierna Madrid una suma de formaciones; Barcelona una bien distinta, por cierto, inesperada, Ada Colau con el apoyo del PSC y de algo así como una especie de escisión de Ciudadanos con Manuel Valls, un ex primer ministro francés, funciona, por ahora funciona. No hay problemas de descarrile del pacto político, de ruptura de los procedimientos legislativos normalizados y de los Presupuestos Generales en vigor. En la política nacional es todo lo contrario: llevamos

4 elecciones generales en 4 años. España ha caído del grupo de los 5 países de mayor productividad legislativa de la Unión Europea al grupo de los 5 de menor productividad legislativa, y ha pasado de una historia de 40 años de recorrido democrático donde ha tenido una capacidad de producción legislativa y de adaptación de su normativa a los estándares europeos a todos los efectos, a tener una completa parálisis regulatoria y legislativa en el Congreso de los Diputados y en el Senado. Por tanto, primer elemento de análisis que les toca directamente, bifurcación de los contenidos, modelos, cláusulas de funcionamiento e incluso metodología de la política nacional con respecto a la política autonómica. Dos: ¿se ha producido en España una gran mutación sociológica de la población española? No. Los indicadores, si cogemos el cero como extrema izquierda y el 10 como extrema derecha, que es lo que hacen habitualmente los sociólogos y reparten en función de cómo se considere cada uno en esa escala del 0 al 10, la sociedad española se define igual con quizás un perfil de apertura en el entorno del 5, donde cada vez hay menos gente, pero todo el mundo se sigue definiendo en términos de conservador, liberal, socialdemócrata, socialista, de izquierdas, de derechas, de centro, de centro reformista, etiquetas que llevan funcionando desde finales de los 80 y principios de los 90 hasta la actualidad... Y sigue habiendo exactamente el mismo número de personas que votan: 11 millones de personas al eje de centroizquierda y en el entorno de los 11 millones de personas en el eje de la centroderecha. Los mismos resultados que en el año 2008, que, en el año 2004, más o menos que en el año 2000, que en el año 1996. Por tanto, no hay una gran transformación de la sociología española, hay una gran transformación de los materiales de la política, una sociedad igual de plural que se proyecta políticamente diferente en sus instituciones centrales y han aparecido una multiplicidad de formaciones políticas para un esquema pluripartidista y de un país que ha pasado de un sistema bipartidista de sujeción del sistema a un sistema bibloquista de dos partidos, pero lo mismo en plural. En vez del singular, Partido Popular, Partido Socialista en el entorno del 80-85% de los escaños disponibles en el Congreso de los Diputados, para ahora haber caído al 60% y tener 11 millones de personas a cada lado del eje del 5 y un problemón en términos de aritméticas legislativas, gobernabilidad, legislación, aprobación presupuestaria como no lo ha tenido España probablemente en ningún momento de su historia. Es decir, la política española absorbe muy bien el ciclo pluripartidista posterior a la década de la crisis de Lehman Brothers en sus autonomías y en sus ayuntamientos, y la absorbe muy mal en la política nacional y en el funcionamiento del Congreso de los Diputados.

No hay ninguna comunidad autónoma que haya repetido elecciones, ninguna. Hay alguna que ha adelantado un poco la fecha, pero ninguna ha repetido un sistema de cuatro elecciones generales en cuatro años. Yo quiero pensar que son cuatro y no cinco, pero viniendo

para aquí me llaman por teléfono miedos que dicen: “C***, vamos a terceras elecciones”. Yo creo que no vamos a ir, pero si no vamos ahora iremos dentro de un año y medio. Conclusión: no terminamos de salir de esta sensación de bloqueo institucional en un camino bifurcado, como recuerda la obra de Borges, *Este jardín de senderos que se bifurcan*, la política autonómica y los ayuntamientos, por un lado, y la política nacional ha cogido un camino diferenciado. ¿Da la sensación a corto o a medio plazo de que esto vaya a ser una fenomenología política nueva que se vaya a corregir? No, da todo lo contrario, y da todo lo contrario porque yo creo que vamos a tener Gobierno, lo más seguro es que lo tengamos antes de Navidad. Vamos a tener el primer Gobierno de coalición de la historia de España.

Pedro Solbes, buen amigo mío, decía que todos los Gobiernos son Gobiernos de coalición entre el Gobierno y el ministro de Economía. En este caso, un Gobierno de coalición entre dos partidos políticos diferenciados que van a formar parte de un mismo Consejo de Ministros y en principio van a tener unidad de acción en la práctica parlamentaria. Unidad de acción quiere decir que van a votar lo mismo a las iniciativas no legislativas, a las tomas en consideración de las leyes, a los Presupuestos Generales del Estado, a las proposiciones de ley de los demás grupos parlamentarios en un sistema endiabrado de comprensión y de funcionamiento del propio Parlamento y del propio Congreso y del propio Senado. A partir de ahí, yo creo que tendremos Gobierno antes de Navidad. Va a ser un Gobierno de coalición apoyado en el entorno de unas 8 formaciones políticas de fuera y en la abstención de otras 2 para un panorama parlamentario que básicamente va a dar en el entorno de los 168-169 síes a la investidura de Pedro Sánchez, unas 18 abstenciones, o 19, en función de lo que haga finalmente Coalición Canaria, que orbita entre la abstención y el sí, abstenciones que las darán Junqueras y Bildu, y 164 votos negativos que vendrán del Partido Popular, de Ciudadanos, de Vox, de Junts per Catalunya y de Navarra Suma. Este es el panorama aritmético parlamentario que vamos a tener. La principal pregunta que se hacen hoy los fondos de inversión que operan en España, las grandes multinacionales que están decidiendo partidas de inversión es si esto es o no es sostenible, si esto es o no es, vamos a decir, interpretable, anticipable, si se puede quitar toda la niebla que hay para ver España en próximos cuatro años, si esto va a tener visos de seguir siendo la España reconocida en estos últimos años, porque, como saben, los capitales son miedosos y toman decisiones todo lo bien medidas que se pueden tomar a la hora de invertir en un país o en otro.

Bueno, nuestra sensación, con la que desde KREAB hablamos con quienes nos preguntan, es que no hay que tener miedo a una pérdida de la seguridad jurídica de España, los estándares institucionales de funcionamiento de nuestro país van a seguir siendo de los

más avanzados de la Unión Europea y probablemente del mundo, pero no hay que esperar grandes transformaciones legislativas regulatorias o presupuestarias en ninguno de los órdenes de la vida.

Primero, porque sacar adelante una ley con este panorama parlamentario va a ser de una dificultad inmensa.

Segundo, porque, como el Gobierno lo sabe, va a tener tendencia a tirar un poco más del decreto que del proyecto de ley. Tercero, porque, como los grupos parlamentarios son tantos y las formaciones políticas que los forman son tantísimas, van a tener un problema de distribución de cupos que va a reducir el número o la entidad al menos de las proposiciones de ley, propuestas de ley hechas por los grupos parlamentarios dentro del Congreso.

Tercero, porque hay varios elementos que son como cisnes negros que pueden saltar desde la piscina en el medio plazo sin que sepamos cuál es su impacto definitivo. El primero, Cataluña. La primera pregunta que nos hacemos es qué pasa si hay que volver a aplicar el artículo 155 –al que anteriormente el presidente del Gobierno Rajoy recurrió, junto con Ciudadanos y con el Partido Socialista– en caso de una declaración unilateral de independencia, en caso de desórdenes públicos alentados por el propio presidente de la Generalitat, en caso de que suceda algo que motive jurídicamente, no política o emocionalmente sino jurídicamente, la aplicación de ese artículo. ¿Puede hacerlo un Gobierno apoyado en Esquerra Republicana y con Podemos dentro del Gobierno? ¿En qué condiciones puede hacerlo cuando, además, el PSOE ha perdido la mayoría absoluta en el Senado, que como saben es la Cámara encargada de la aplicación de ese artículo? ¿Cuánta dificultad genera y distorsión introduce esta coalición de tantos partidos a la izquierda en las relaciones entre PSOE y PP a la hora de aplicar, por ejemplo, el artículo 155 en el Senado? ¿Cuántas ganas de levantar el veto al Senado va a tener el PP que, como saben, tiene el derecho de veto en la Cámara Alta al Presupuesto si el Partido Socialista no consigue la mayoría que necesita sacar adelante un Presupuesto General del Estado? ¿Cuántos años más va a seguir en vigor el Presupuesto de Montoro? El otro día me lo encontré y me dijo: “Parezco el Cid Campeador, dejé el Presupuesto hecho hace 3 años y estáis... están prorrogando y prorrogando y prorrogando. ¿Cuándo van a hacer uno mejor que el que hice yo?”, porque es que es de una España de hace tres años.

Vamos a ir a 2021 con el Presupuesto con el cálculo de ingresos y gastos de hace tres años y el Gobierno tirando de crédito extraordinario para partidas que necesita y ajustando por no ejecución de previsión de gastos, sobre todo en el Ministerio de Ciencia e Inno-

ción del ministro Pedro Duque, para ajustar por el otro lado. Segundo cisne negro: ¿cuánto va a tener de entidad la crisis económica o la ralentización de la economía o, en el mejor de los casos, la japonización por estancamiento económico de la zona euro y, por tanto, también de nuestro país en los próximos años? ¿Va a ser una crisis como la que tuvimos en el año 2008? Bueno, no lo parece, de esas parece que solo hay una a lo largo de un siglo, pero sí será un ciclo donde la actividad económica tendrá menor capacidad de crecimiento del producto interior bruto de la que ha tenido en estos últimos años y, aunque es verdad que la última reforma laboral permite generación de empleo por debajo de un crecimiento del 1,5, España no crecía o no tenía capacidad de generar empleo o actividad económica por debajo de un 2 de crecimiento, ahora ya con este formato de contratación y despido diferente, un poco más, si quieren más barato o si quieren más ágil, como lo quieran... más dinámico o más flexible, como lo quieran llamar, elijan la palabra que más les guste, aunque tenga más capacidad de sujetar el número de empleo y la actividad laboral en nuestro país sufrirá la economía en tanto que seguirá necesitando hacer ajustes entre el ingreso y el gasto con una menor actividad económica dentro del panorama español.

La Comisión le pidió hace tres días al Gobierno español un ajuste de 9.600 millones, prácticamente un punto de PIB, para una coalición de Gobierno que no está programada para ajustar gasto. Por tanto, primer elemento, veremos decretos de subidas de impuestos seguramente entre las Navidades o el mes de febrero –que es cuando empezará el primer periodo de sesiones de esta nueva legislatura– y el verano, y seguramente afectarán a las socimis, afectarán a tecnológicas, a los tramos más altos del IRPF, al impuesto de patrimonio, quizás al impuesto de sucesiones, a una cosa que llaman tasa Tobin, que en realidad no es una tasa Tobin, porque no grava las transacciones internacionales o transnacionales de capital, sino que básicamente lo que grava es la compraventa de acciones en el mercado bursátil español. Ya es un proyecto fiscal o un proyecto de impuesto que ha enviado el Gobierno a la Comisión Europea en el Presupuesto que cayó en el Congreso en el mes de marzo, y que por eso llevó a España a elecciones generales tras el voto negativo de Esquerra Republicana, para intentar alcanzar un mayor nivel de ingresos y corregir los desajustes de aviso de la Comisión Europea y no caer en el procedimiento de déficit excesivo que, como saben, tiene multas, penalizaciones, etc., etc.

Bueno, ese panorama político que en el corto plazo más o menos se describe por ahí y que seguramente tendrá poco procedimiento legislativo ordinario y mucha dificultad aritmética sobre las sombras de la economía, de la situación política en Cataluña y de la eficiencia o eficacia que sea capaz de desplegar un gobierno como ese, tiene algunos, como si dijéramos una cara B del disco de temas muy relevantes de país que no se van

a tratar a fondo como deberían. El primero de todos: ¿está España adecuándose, como debería, a la gran transformación tecnológico-robótica-digital que se está produciendo en el mundo y que ya estamos inmersos en ella, que lo va a invadir todo a efectos de relaciones humanas y, por supuesto, relaciones productivas, que va a afectar de manera nuclear a las capacidades competitivas de nuestra economía, en una economía abierta, globalizada e interdependiente? La respuesta es no. Y la respuesta es no porque España ha caído al grupo de países que menor invierte o menos invierte, perdón, en investigación, desarrollo e innovación en el ciclo de los últimos 4 o 5 años. Alcanzó el puesto número 13 en el año 2008, caía al 19 cuando se sumaba inversión pública y privada, y ahora está ya que no merece la pena ni valorar en los niveles a los que ha caído, porque además el Ministerio hace una cosa que no debería y es calcular en el Presupuesto la ejecución de crédito mucho de lo que computa como I+D+i con un mercado de tipos muy bajo, cercano al cero.

Conclusión: grandes parámetros del Presupuesto no ejecutados y, a la hora de la verdad, un gap enorme, o de diferencial enorme, entre lo que presupuesta cuando elabora el Presupuesto y lo que realmente ejecuta cuando termina el año.

Conclusión 2: inmensa pérdida de capacidad competitiva de nuestra actividad económica, inmensa pérdida de capacidad de generación de talento interno por externalización del talento, que se nos va. Más de 3.500 médicos se han ido de España en el último año. Perdemos talento a chorros en ciencia, en innovación, en generación de valor añadido para nuestra cadena productiva y, como decía uno de mi pueblo, Unamuno, que inventen ellos. Somos muy dependientes de la actividad de generación de valor que compramos en mercados que hacen otros externalizando mucho de lo que hemos formado dentro de nuestro propio país en nuestro sistema de formación profesional y, sobre todo, en nuestro sistema universitario. Conclusión o primer elemento del análisis: ¿este Parlamento tiene capacidad para hacer un debate a fondo sobre cuál va a ser la posición de España ante el reto de la tecnología, de las tecnologías, de la digitalización, el 5G, el *blockchain*, la robótica y el impacto que todo eso va a tener en productividad, competitividad, mercado laboral? Ha sido citado el presidente Obama; uno de los últimos informes que dejó hecho, su equipo –en Moncloa iba a decir– en la Casa Blanca, cuando fueron sustituidos por este genio de la política que se llama Donald Trump, fue una potencial tasa de sustitución de la mano de obra disponible cercana al 75% en los próximos 20 años en EE.UU. por transformación tecnológica en última instancia.

Es verdad que se generarán nuevos empleos, que aparecerán nuevas demandas de la economía para el empleo humano, pero mucho de lo que hoy comprendemos como empleo

será sustituido en las próximas décadas. ¿Ese debate lo estamos teniendo la altura que lo deberíamos tener? Mi perspectiva, mi percepción es que no, que es una invitación al tiempo perdido. Dos: ¿cuál va a ser la posición de España ante la transformación energética de lo que llamamos impacto ecológico hoy, que se ha declarado la Unión Europea como una zona o el primer continente del mundo que se declara en crisis climática?, que lo estamos. Sin grandes... sin volverse loco, pero lo estamos.

Bueno, mi opinión es que no, mi opinión es que el sistema energético, su impacto producido ecológico, no se cambia por decreto sin interlocución con los actores, con los sectores, con los sindicatos y con las empresas, y que España para hacer esa gran transformación necesita al menos una conversación sostenida en el tiempo para llevar a cabo el debate en las instituciones de un proyecto de ley que afecta a todos y a todo, y que coloca a España ante el reto de contribuir en nuestro entorno europeo a la lucha contra el cambio climático y a la reducción de la huella ecológica de nuestro sistema productivo y que afecta al cambio de energías sólidas... fósiles altamente contaminantes, por lentamente un proceso de adaptación de la economía y de la vida en España a energías más limpias, más ecológicas, más renovables y sin tanta huella de carbono y de impacto en la atmósfera y en nuestro entorno vital. ¿Lo estamos haciendo? Mi opinión es que no.

Mi opinión es que hemos caído demasiado rápido en la trampa de los gravámenes fiscales. Felipe González, el expresidente del Gobierno, siempre hablaba de la tribu de la que procedemos los que nos sentimos socialistas o socialdemócratas, venimos desde una construcción teórica de la izquierda y siempre es una teoría política que se cree justificada en los discursos redistributivos de la economía. Nosotros somos los que mejor redistribuimos la riqueza existente. Seguramente uno de los déficits de la izquierda en toda Europa ha sido que no ha sido capaz de establecer una teoría del crecimiento de la economía y de la descentralización de ese modelo de crecimiento para luego redistribuir, porque la tesis redistributiva está muy bien cuando hay cosas que redistribuir; cuando llegan crisis y no hay redistribución posible da la sensación de que el instrumento teórico deja de tener la utilidad que tiene cuando sí se crece.

Dicho esto, sobre esa teoría redistributiva la fiscalidad siempre es un elemento muy a mano, un comodín de la fiscalidad. No podemos caer en la trampa de gravar mucho el diésel a cambio de desgravar mucho los Teslas, porque estaremos entonces gravando al tipo de 6.000 € al año que hace repartos en Vallecas con una furgoneta de 12 años diésel y le estaremos desgravando el Tesla a Pau Gasol, y estaremos haciendo una transferencia invertida de renta de los trabajadores a las gentes o personas que más rentas tienen,

multimillonarios que desgravan la adquisición de un coche y trabajadores o trabajadoras con rentas medias o medias-bajas, en barrios de rentas medias-bajas, que hacen sus trabajos con una furgoneta diésel a la que se grava. Eso no es cambiar el sistema productivo, la huella ecológica, la transformación energética en nuestro país. Esto es recurrir a medidas rápidas que normalmente tienen otro lado incluso contrario teóricamente al propio planteamiento.

El debate requiere de más lentitud, de más profundidad y afecta a muchos más órdenes de la vida de los que pensamos. Tres, cohesión social. De la misma manera que yo siempre he pensado que la izquierda tenía una cierta alergia a la palabra “competitividad”, discutía mucho en el Congreso en mi etapa como diputado con Montoro y estos sobre la palabra “cohesión social”, porque dudaba de que le tuvieran el cariño que en la izquierda yo intuía que se le tenía. Al igual que veía que la izquierda tenía un problema con el concepto de “competitividad”, que los pensamientos liberales o de centroderecha lo tenían más engrasado y se sentían más familiares y más cómodos con esa pronunciación, pero es clave en el desarrollo de España de estos últimos 35 años. Es decir, los mecanismos redistributivos del sistema público de salud y de educación han sido determinantes del salto en desarrollo que España ha tenido.

Si no se le llega a haber ocurrido a este país exigir a sus políticos que pusieran en práctica un sistema de salud como el que ustedes conocen, mucho mejor que yo, y un sistema de educativo como el que todos conocemos, el salto en renta, en desarrollo, en PIB, en riqueza nacional, en construcción de un sistema de país altamente identificable con los países más avanzados del mundo, no hubiera sido posible. Por eso antes cuando le escuchaba a Vicente hablar de que todo el sistema tiene el carácter público de este sistema es el que le hace ser y le da toda la entidad que ha ido teniendo, a mí me parece que es una línea roja que no debería ni siquiera ser planteable en términos políticos tocarlo en ninguna comunidad autónoma. Yo creo que al que quiera tocar el sistema de salud o el sistema educativo habría que arrojarlo por la ventana directamente, o sea, echarlo del debate, lo que no quiere decir que haya que discutir sobre niveles de inversión, eficiencia y eficacia en el gasto, incluso, si quieren, distribución competencial, capacidad de armonización de políticas en el Consejo Interterritorial de Consejeros de Sanidad, cuáles son los niveles que queremos y no queremos invertir en nuestro sistema público, si podemos seguir mucho más años por ejemplo por debajo de la media europea en inversión en sanidad.

A pesar de tener una alta aceptación y alta valoración de nuestro sistema de salud, a pesar de ser un sistema muy querido por todo el mundo más o menos homogéneo en el conjunto de las comunidades autónomas y de los territorios de nuestro país, ¿estamos

así bien o podemos destinar unos mayores niveles de inversión? ¿Se puede proteger en la Constitución Española? A lo mejor ese debate es planteable, es decir, todo es reducible excepto aquello que la sociedad española decide constituir en intocable y a lo mejor es intocable un volumen o un porcentaje sobre nuestro producto interior bruto fijado en nuestra Constitución, porque hemos decidido que nos constituimos como una sociedad que decide que es intocable aquello productor de cohesión social, que es básicamente un sistema de distribución a través del principio de solidaridad, de recursos colectivos para un bien mayor, que es que la mayoría de la sociedad española acceda, independientemente de su renta, a unos niveles mayores de educación y a unos estándares mayores de salud. Porque es indiscutible que una sociedad con indicadores más altos de salud, y tasas más bajas de enfermedad y una longevidad por esperanza de vida que es la más alta del mundo, como saben, junto con Japón, es una sociedad más justa y más productiva que una sociedad con asimetrías de acceso a la salud por renta o por territorio o por otras variables que pueden existir y, por tanto, con tasas elevadas en determinados sectores sociales de enfermedad.

Esa es una sociedad menos justa y menos productiva económicamente, menos productiva. Por tanto, lo miremos como lo miremos esos debates deberían estar en una mesa y, sin embargo, no lo están, a pesar de que España ha sabido hacer esto invirtiendo menos de la mitad de lo que invierte por ejemplo sobre PIB Estados Unidos en salud y produciendo una realidad social completamente diferenciada de la que produce el sistema de salud de Estados Unidos. Hay bienes a proteger, me temo que no sé si este debate va a estar en la Mesa del Congreso de los Diputados y del debate político deliberativo legislativo presupuestario de los siguientes 3, 4 años, pero sin duda en mi opinión debería estarlo.

Cuatro, el debate territorial, siempre fiel a la cita de todas las tertulias, análisis, cafés y reuniones de amigos, pero es evidente que España tiene un problema con un sector de la sociedad que no está cómodo con el actual modelo de descentralización del poder político y tiene que debatir cómo arreglar esto si no quiere que termine siendo algo todavía más grave de lo que era ya hace 5 años, de lo que está siendo en la actualidad y lo que de fondo sigue siendo. Es muy sorprendente, y les recomiendo ese libro, que si un día en algún viaje tienen media hora libre lean un librito editado por Galaxia Gutenberg que es el debate entre Ortega y Gasset y Azaña en el Congreso de los Diputados, cuando ambos eran diputados, en los años 30, debatiendo sobre el Estatuto catalán. Es la intervención de Azaña y la réplica de Ortega y Gasset. Sé que no es lo mismo hoy que otros diputados que hay en el Congreso, y diputadas, que esto es otro nivel, pero el lenguaje y los conceptos son exactamente los de hoy, los de hoy. Discuten sobre realidades que están vigentes

hoy. Por tanto, la envergadura histórica del fenómeno y de la realidad trasciende mucho lo de las tertulias y lo de los cafés, pero de alguna manera alguien tendrá que remangarse y meterse ahí hasta seguramente llenarse de porquería y tratar de orientar para que esto deje de ser el principal elemento de pérdida de energía del debate político que lo trastoca y lo toca todo y es productor...

Recuerdan a Hegel, ¿no? Acción-reacción, la historia dialéctica: hipótesis, antítesis, síntesis. Bueno, pues no hay nada más reactivo en un sector de la sociedad española que el proceso independentista que se está viviendo en Cataluña, y viceversa, no hay más reacción en el proceso independentista que algunos fenómenos de última hora que han aparecido dentro de la política nacional con 52 diputados en el Congreso. Dicho esto, desde esa panorámica esos son los retos que tiene el país en el ámbito de la digitalización y de la adaptación de España hacia una realidad digitalizada con una enorme transformación productiva y tecnológica que estamos ya inmersos en ella; cómo va a seguir siendo nuestra economía competitiva en una economía abierta, por cierto, últimamente arancelizada y en un ciclo algo contractivo de la globalización, esta guerra graciosa entre Trump y China que está arancelizando el mundo y también los productos españoles en los mercados internacionales; cómo vamos a tener con nuestra demografía y nuestros indicadores de natalidad, quen amigo mío, bien conocido, Paco Marugán, siempre me decía: "No te engañes, la única diferencia entre nuestros indicadores de natalidad y los del Vaticano es que nuestros datos son oficiales", pero tenemos un problema gravísimo de natalidad y de pirámide demográfica invertida que cuestiona nuestro modelo redistributivo y nuestro modelo de cohesión social y ante el que tenemos que responder con un debate de profundidad y serio en estos 3, 4 años que están por delante si queremos no perder el tren de la década siguiente o de los 12, 15 años siguientes; cuatro, el debate territorial para la conformación de un país que tiene en el peso de su historia algunos de los elementos que le aceleran y le frenan, y uno puede elegir el capítulo que quiera, pero puede frenarse mirando hacia atrás y puede acelerarse a la vez, porque de todo tenemos en nuestra historia. Un cierto peso, un país con demasiada historia que a veces le ha servido para no querer repetirla y otras veces le ha frenado un poco a la hora de dejarla atrás. Un legado un poco pesado que, bueno, de alguna manera ha reaparecido en estos últimos acontecimientos que hemos vivido: la salida de Franco del Valle de los Caídos, otra vez el recurrente debate sobre las naciones y las patrias, siempre en el debate de este país, preguntándose siempre quién es y a qué quiere dedicarse cuando sea mayor, pero que por el camino deja aspectos de la realidad que por ejemplo es el que ustedes tienen todos los días en su puesto de trabajo que hacen mucho más país, mucha más sociedad y en última instancia mucha más patria que cualquier bandera del mundo.

Y eso es lo que yo tengo la sensación de que es porque estoy como divorciado un poco de la política desde hace dos años y en el divorcio uno se encuentra, bueno, hay de todo, pero a veces sucede que te encuentras cómodo fuera y lo ves con una cierta distancia que te sirve para objetivar y en mi caso reconozco que para ser un poco más pesimista.

Esa bifurcación de la que les hablaba al principio entre lo autonómico, lo municipal y lo nacional, pues en mis sentimientos sucede igual. Soy muy optimista desde el punto de vista autonómico y municipal, creo que vamos a ver cosas muy novedosas, muy interesantes, muy relevantes en muchos aspectos del día a día de interferencia e impacto directo en la vida de las mujeres y de los hombres de este país en los próximos años en ciudades y comunidades autónomas. Muy relevantes es muy relevantes y créanme que lo digo desprovisto de toda crítica, solo desde un punto de vista exclusivamente analítico. Descreo de las capacidades regulatorias, legislativas, innovadoras de un Parlamento que ha sido como un instrumento un tanto útil en un salto que para mí ha sido novedoso.

Yo siempre lo cuento así, como experiencia personal, ya para terminar antes de las preguntas que quieran o del debate que quieran: el diferencial de mi primer día y de mi último día en el Congreso de los Diputados –primer día marzo o abril del año 2004, último día verano de 2017– explica como una curva de transformación enorme del país en el que yo vivía, y no terminé de darme cuenta hasta que lo vi un poco desde fuera. Los debates y las personalidades en el año 2004 sin nostalgia del pasado eran muy diferentes de los que me encontré cuando me iba. La altura deliberativa legislativa que encontré entre el año 2004 y el año 2011, 2012, 2013 se transformó en algún punto en el que en alguna curva nos salimos a partir de 2014 hasta la actualidad. No sé muy bien en cuál.

Sí sé que vi a grandes diputados de todos los partidos y diputadas de todos los partidos defender con una altura una especie de amor a España o a la sociedad española, como atentos a la cita con los grandes desafíos que el país tenía, muchos de ellos en el ámbito de la salud y de la sanidad. A partir de un momento lo dejé de ver y mi sensación hoy un poco si quieren ya coloquialmente, como diría Arguiñano, como perejil final del plato, es que la política nacional ha saltado un poco del campo del documental al campo de la ficción; el documental en el sentido de que trabajas con los materiales de la realidad, que es donde están los ayuntamientos y las comunidades autónomas, y ha saltado al campo de la ficción donde los principales problemas son de ficción. ¿Quién está ganando el relato de la repetición electoral?, ¿quién está perdiendo el relato de la repetición electoral?, ¿quién va a ganar en el relato de la abstención de Esquerra a Pedro Sánchez, Junts per Catalunya o Esquerra Republicana de Catalunya? ¿Quién va a ganar entre Torra y Puigdemont? ¿Quién va a ganar...?

Somos la sociedad hablando de los problemas de los políticos y cada vez menos los políticos hablando de los problemas de la sociedad y la inversión de esa curva es peligrosísima, porque a la tercera curva te despistas y aparece Trump. Por tanto, yo tendría cuidado y exigiría la autonomización y municipalización de la política nacional, les diría vuelvan ustedes hablar de nosotros y hasta que no lo hagan se acabó, no vamos a volver a hablar de ustedes, porque esto va de realidad, de tratar los aspectos de la realidad y no los hilos de guión, de si los *spin doctors* y las estrategias y el abrazo, ¿qué impacto ha tenido el abrazo, el no abrazo? Si da igual, esto es que de los votos de la sociedad española en el Parlamento salga un Gobierno que gobierne y un Legislativo que legisle. A poder ser es eso, ya está, tan fácil: un Ejecutivo que ejecute, un Legislativo que legisle y un Poder Judicial que juzgue. Fácil. Dificilísimo en realidad, pero fácil, simple, sencillo, hasta donde puedan y si no pueden pues que lo digan: miren, no podemos, vayan ustedes de nuevo a votar a alguien que sepa. Bueno, sería una realidad más de documental, ¿no?

Dicho esto, veremos si la presión de la opinión pública y la presión de la propia realidad hacen que cuando el Gobierno arranque tengamos éxito como país y sepamos aprovechar el tiempo para hacer, digamos, afrontar algunos asuntos que están en la agenda, no sé si de la ficción, pero sí sé que, de la realidad, ¿no? Esto no tiene nada que ver con la gestión hospitalaria y con su día a día, pero es lo que me han pedido que haga, que les hable del panorama político que vemos.

Ha sido un placer.

LA TRANSFORMACIÓN HOSPITALARIA: LA PALANCA DE LA TECNOLOGÍA

Segunda conferencia de apertura



**Jaime del Barrio
Seoane**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cantabria, ha desarrollado su carrera profesional en diferentes ámbitos relacionados con su titulación como el propio ejercicio de la misma, el coaching, la docencia o la política, donde ha sido teniente alcalde del Ayuntamiento de Santander, diputado autonómico del Parlamento de Cantabria, con posterioridad, Consejero de Sanidad y Servicios Sociales de Gobierno en esta Comunidad durante dos legislaturas.

Hasta octubre de 2014 ha sido el director General del Instituto Roche, institución que trata de acercar los avances en Genética, Genómica y Proteómica a la sociedad. En la actualidad es Senior Advisor - Healthcare & Life Sciences en EY y presidente de la Asociación Salud Digital.

Buenas tardes, terminaba Eduardo Madina diciendo “todo lo que yo he contado ahora mismo no tiene nada que ver con la gestión hospitalaria y con su día a día”, no estoy de acuerdo, todo lo que ha contado él precisamente tiene mucho que ver con lo que yo voy a contar ahora, y verán que muchas de las cosas que él ha introducido sin que previamente nos hayamos puesto de acuerdo van a tener su correlación con muchas de las cosas que yo les voy a contar.

En primer lugar, quiero dar las gracias a la Fundación Gaspar Casal por su amabilidad al invitarme y gracias a todos ustedes por estar la tarde de un jueves aquí atentos, y espero al menos mantener su atención durante estos próximos minutos. En la introducción decía, que no he tenido la suerte de conocer a Eduardo anteriormente, le he conocido ahora, pero yo también estuve 12 años en política, aunque no he venido a hablar de eso, pero le oía hablar y me identificaba con muchas de las cosas que él contaba.

Mi experiencia en política se remonta a antes del 2003, en los que estuve en el Legislativo autonómico y en el Ejecutivo regional de Cantabria y estuve siempre en gobiernos de coalición y la verdad es que hicimos muchas cosas que han perdurado en el tiempo, las coaliciones de gobierno son buenas y permiten avanzar y consolidar lo avanzado.

Pero les decía que no he venido a hablar de ello y si de la transformación sanitaria porque yo soy un médico, un médico que hace ya muchos años terminó la carrera, que empezó ejerciendo como médico rural en los pueblecitos de los Picos de Europa en Cantabria. Imagínense ustedes con veintitantos años que ibas a ver a un paciente, al que acompañaba su familia y te llamaban “don Jaime”, tenías autoridad, *auctoritas*, con tan solo veintitantos años, en los que no tienes experiencia y te enfrentas cara a cara con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y al final te das cuentas que lo primero que tenía que hacer era escuchar mucho, normalmente la gente de los pueblos que llama al médico, está curtida y cuando te llama es por algo grave, por lo que había que escuchar mucho y aplicar un 80% de sentido común y el resto de conocimientos médico.

Sabemos mucha Medicina, mucha gestión, muchas cosas, pero un 70% o un 80% se sigue necesitando de sentido común más un poquito de ética, y de hacer las cosas bien en base a nuestro conocimiento y experiencia. Y esto yo creo que me ha servido toda la vida. Médico en un pueblo, médico de hospital, adjunto en Medicina Interna y en un momento determinado, tras doce años en la primera línea de la política, también como Eduardo, de repente, teniendo mi acta de diputado autonómico y con 4 años por delante para poder seguir siendo diputado y médico en el hospital, pues dimití y entregué mi acta de diputado

y di un giro a mi vida profesional. Es decir, el primer mensaje es: no es verdad que todos los políticos no se sepan marchar, muchos nos sabemos marchar y sabemos hacer otras cosas, de verdad. Y desde entonces, y ya termino con esta introducción, he estado 11 años en una multinacional farmacéutica, en Roche Pharma, y en estos últimos 5 años en lo que se conoce como una *big four*, una de las cuatro grandes empresas que a nivel global hace consultoría y auditoría de grandes empresas e instituciones tanto públicas como privadas. ¿Por qué les digo esto? Porque la Salud ahora mismo es uno de los grandes focos de toda inversión, dado que su conocimiento se está trasladando a la gestión de datos, de grandes bases de datos (*Big Data*), algo de mucho VALOR en la Economía de Datos en la que estamos inmersos.

Para ir entrando en materia, la primera imagen que se me viene a la memoria es la de historias clínicas apiladas a modos de legajos de papel. Yo no sé si alguno de Vds. en sus hospitales siguen teniendo esas montañas de papel (me temo que sí), pero yo las he conocido al inicio de mi vida profesional. Yo bajaba con mascarilla a los archivos porque necesitaba revisar historias en papel para hacer la tesis doctoral y porque cada historia que sacaba me producía (no tengo alergia) irritaciones respiratorias y, sin embargo, ahora mismo estamos ya en esta otra época, como antes les decía: digital, global y disruptiva desde edades muy tempranas. En estos minutos voy a intentar cumplir lo que me ha pedido Juan del Llano, en concreto hablar de la visión meso de la transformación hospitalaria, pero la meso es el jamón york del sándwich y, si no hablo un poquito de la macro y de la micro y no les traslado estas visiones se queda un poco sólo, se queda sin pan. Entonces voy a hablar un poco de todo esto.

Los que me han precedido en la palabra, tanto Eduardo Madina como Vicente Ortún y como Juan del Llano, han dicho cosas muy, muy, muy interesantes y muy, muy, muy profundas, y yo voy a intentar seguir por esa línea. Cuando a mí me enviaron el programa que tienen ustedes delante, de repente vi un programa donde había una franja negra, negra, negra y yo estaba en medio. Y me pregunté ¿por qué me han puesto a mí en negro? Si de lo que voy a hablar no sugiere el negro, sino una paleta de colores. Entonces pensando bien, llegué a la conclusión de que era una cuestión de diseño, y entonces cambié mi foco y miré arriba y me di cuenta, que estaba ante una pintura de Van Gogh del año 1889 que refleja un sala de enfermos del hospital de Arlés, en concreto lleva por título: *Le Dortoir de l'hôpital d'Arles* y que para mí era una imagen familiar porque les tengo que reconocer que al principio de mi carrera profesional yo he trabajado como médico en salas de hospitalización como esta, no tan bonitas, pero salas comunes con muchos pacientes encamados, con sábanas colgadas verticalmente a modo de pared separando un paciente de otro y eso en

nuestro Sistema Nacional de Salud. ¿Ha cambiado tanto esta imagen con lo que tenemos ahora? Sí, han cambiado muchas cosas, hoy disponemos de habitaciones individuales bien dotadas en nuestros hospitales, pero en algunas otras cosas que luego les enseñaré, no han cambiado tanto.

Claro, cuando está hecha esta pintura, estamos en los albores de principios del siglo pasado, en los que la expectativa de vida al nacer se situaba alrededor de los 50 años, y en época de conflictos como la que se vivía, las tecnologías estaban a otros servicios. En estos momentos los patrones y los indicadores de salud que tenemos son bien diferentes, y cuando se habla de nuevas tecnologías en aquella época comparadas con la actual, lógicamente son muy diferentes porque el contexto también lo era.

Cien años después nuestra expectativa de vida se ha incrementado considerablemente, superando en este momento en sociedades como la nuestra los 80 años, y además hemos conseguido vivir no solo más años sino también con más calidad de vida y, hemos conseguido cronificar enfermedades que hasta hace muy poco tiempo eran mortales. Nuestro actual Sistema Nacional de Salud tiene más de treinta años y su configuración fue diseñada para atender a los pacientes en el ámbito de la atención primaria y de la atención hospitalaria a los procesos agudos y estamos ante alternativas actuales bien diferentes como son: 5G; Wifi 6; Análisis de datos avanzados; Inteligencia Artificial (IA) y *Machine Learning*; IA conversacional; ACPC; Drones autónomos, vehículos autónomos y *smart cities*; XaaS, UX/CX y privacidad.

Los retos que tiene actualmente nuestra sociedad son el envejecimiento y la cronicidad, por lo que hemos de escuchar a la sociedad sobre qué es lo que necesita desde el punto de vista de la política sanitaria y desde el punto de vista de la Salud, en el más amplio sentido de la palabra. Al mismo tiempo que observamos a nuestro alrededor un gran cambio de la mano de las tecnologías, y ahora mismo, ¿de qué estamos hablando cuando hablamos de nuevas tecnologías?, las primeras palabras que nos vienen a la cabeza son: Inteligencia Artificial, y en este sentido les pido su atención ante dos realidades: la inteligencia artificial y el móvil. Y es en este escenario en el que vamos a estar y nos vamos a mover todos, en todos los órdenes de la vida, no sólo en el mundo de la Salud, y me baso entre otras razones en que estamos ahora mismo inmersos en un mundo digital, global y de tecnologías disruptivas. Hay quien dice que no estamos en una época de cambios, sino en un cambio de época y si realmente estamos en un cambio de época, y antes se ha dicho también, lo que no tiene sentido es que sigamos trabajando con las mismas estructuras, parámetros, organizaciones, perfiles profesionales, funciones que hace ya casi casi 50, 60, 80 años.

El entorno nos está demandando otro tipo de soluciones. Cuando antes se hablaba de “necesitamos”, y Eduardo lo ha dicho muy bien, todo ese tipo de datos que ha dado son reales y hay unos rankings en los que estamos muy bien considerados como sistema sanitario. También soy de los que defiende que hay que invertir mucho más en relación a nuestro porcentaje del PIB, pero pongo solamente un apellido, pero no para hacer lo mismo: tenemos que invertir más, pero para hacer cosas muy diferentes porque el entorno ha cambiado, es decir, lo macro ha cambiado. Por lo tanto, si queremos llegar a lo micro tenemos que cambiar todo lo meso. Y además hay otra condición que también es muy potente ahora mismo y es la velocidad de los cambios, el mundo se transforma rápidamente desde lo digital en todos los sectores, y la Salud no lo es menos.

Antes les comentaba cómo en los últimos 100 años han cambiado los indicadores de salud, pero ahora mismo las cosas cambian mucho más rápidamente, en tan sólo meses, semanas, días, ... Yo creo que ya no hay nadie de ustedes que vaya a dar una conferencia que ese día, como ha hecho Vicente hoy, no busque antes en Internet algo que tenga algún tipo de relación con lo que va a hablar, porque seguro que algo ha pasado, como yo les pondré algún ejemplo ahora. Todo está cambiando, como siempre, pero ahora es digital, global, rápido, disruptivo, ... ¿Esto significa que tenemos que perder “el norte” y confundirnos en nuestro objetivo? No, para nada, pero sí que tenemos que escuchar más y tenemos que aprender a percibir y emitir, porque estamos permanentemente recibiendo señales de los pacientes, los ciudadanos, la sociedad y los médicos, los profesionales sanitarios en general no hemos sido formados para ello, sin embargo, una cosa que hacemos muy bien es identificar síntomas, signos, establecer un diagnóstico, un pronóstico y alternativa terapéutica y llevar una evaluación continua. Eso en el mundo del *business* se llama Gestión de Proyectos, y en de la Medicina se conoce como Buena Praxis, son similares, salvando algunas diferencias y esta estructura mental la tenemos, y la tendremos siempre; la podemos ir adaptando a las nuevas necesidades, pero la tendremos siempre. Uno de los factores determinantes en este momento es la velocidad en un mundo global y disruptivo. Es diferente, muy diferente, luego ya veremos cómo.

Si yo les pregunto a todos ustedes ¿quién invierte más en I+D en nuevos medicamentos?, porque ya nadie discute que en este aumento en esa expectativa y calidad de vida algo han tenido que ver los medicamentos, la salud pública, etc., etc. ¿Quién creen ustedes que hoy en día invierte más en investigación y desarrollo de nuevos medicamentos? Lo primero que nos viene es que es la industria farmacéutica, ¿no? Pues no, desde hace dos años quien tiene más potencial inversor en I+D en nuevas moléculas son las siete grandes empresas tecnológicas (Amazon, Alphabet, Apple, Microsoft, Intel, IBM, Samsung).

Estas siete grandes empresas tecnológicas en este momento están invirtiendo más en la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos que las grandes farmacéuticas, biotecnológicas, farmacéuticas especializadas y firmas de *medtech*. En concreto cada una de ellas está invirtiendo del orden de 25.000 millones de euros específicamente en el sector de la Salud. Antes lo decía Vicente, invierten, fallan, ensayan, pero vuelven a invertir y vuelven a estar ahí, ya que tienen capacidad financiera para ello. Tienen el foco (los datos) perfectamente claro. Y ya hay muchas proyecciones y prospecciones cuantificando el valor de los datos en la Salud, que es lo que nos va a ayudar a establecer mejores diagnósticos, mejores tratamientos y mejor seguimiento de las enfermedades. Antes lo comentaba también Vicente, desde el año pasado ya hay un número muy importante de alianzas y de relaciones estratégicas entre empresas farmacéuticas y tecnológicas. ¿Por qué las tecnológicas están interesadas en los datos en salud de las personas, de la enfermedad?

El futuro de la Atención Médica verá los datos correctos utilizados en el momento correcto, de la manera correcta, para permitir una atención al paciente más predictiva, más eficiente y más individualizada. Pero, cuando los datos y la tecnología aceleran su crecimiento, ¿cuál es la ecuación de valor?

Estamos hablando de datos, datos, datos, gestión de datos... estamos muy preocupados por la privacidad, la seguridad, pero estamos permanentemente emitiendo información de manera involuntaria. Ustedes están todos emitiendo información en este momento, alguien la está capturando y extrayendo valor de la misma, sin necesidad de preocuparse de su almacenamiento, gestión, ... desde el mismo momento en que se obtiene ya se traduce en valor final, probablemente no tanto a nivel individual como a nivel agrupado. Estamos emitiendo continuamente información, aquí mismos, en este preciso momento, aun estando "apagados" nuestros dispositivos móviles, en teoría.

Hemos hablado antes de Innovación, el valor futuro (FV) es impulsado por la Innovación (I) que se centra en los resultados con un alto grado de personalización y se alimenta desbloqueando el poder de los datos (D), hablamos de medicina personalizada, personalización, etc., pero donde está realmente el valor ahora mismo es en los datos y se va a multiplicar exponencialmente, porque todo esto son los datos y solamente los datos. Y el principal reservorio de datos son los sistemas sanitarios como el nuestro y el principal aporte viene del cuerpo humano. Por eso ahora mismo somos de interés para todos los grandes grupos de inversores en la Economía de los datos. No piensen que somos de interés porque les preocupe nuestra Salud o la Salud de la comunidad.

No, es porque ahora mismo el mayor potencial en una Economía de Datos está en el sector de la Salud.

Y para muestra un botón, antes comentaba Vicente el caso de Alibaba. Alibaba tiene ahora mismo Ali Health que realiza más de 1.000.000 de consultas médicas online diarias. Y ustedes pensarán que esto nos queda lejos, pues no, porque ahora mismo está generando conocimiento, procesos, procedimientos. En este caso como en otros, el valor estará pronto en los algoritmos, fruto de las alianzas actualmente en marcha, que en este momento superan las noventa entre tecnológicas y farmacéutica, por ejemplo: Alphabet-Sanofi; Microsoft-Novartis; Amazon-Berkshire; HP-J&J; IBM Watson-Pfizer y Alibaba-GSK, habiendo solicitado, estas y otras, en EEUU más de trescientas patentes.

Nos podemos preguntar, ¿qué están haciendo las empresas tecnológicas en estas alianzas? principalmente poniendo lo que saben hacer que no es otra cosa que la tecnología, las nuevas tecnologías y ¿qué hacen las empresas farmacéuticas? pues poniendo los datos de salud, provenientes principalmente de los ensayos clínicos, eso sí, anonimizados, con todos los controles que ustedes quieran de privacidad y ciberseguridad, pero todavía es el momento de aprender. Y lo están haciendo, están aprendiendo, aprendiendo continuamente, desarrollando procesos, sistemas, etc.

Ahora mismo ya están en marcha nuevas moléculas, hay bastantes nuevas moléculas con nuevos marcadores que verán la luz en 2-3 años y que son fruto de este tipo de conocimiento y de desarrollo. Estos son algunos de los ejemplos, pero hay muchos más y no podemos entrar en ellos, ya están aquí. Ya no sólo investiga la industria farmacéutica, sí investiga, sigue investigando, pero en el Sector de la Salud aparecen nuevos actores como es la industria tecnológica. Y la siguiente pregunta: ¿dónde están los datos?, ¿quién tiene los datos? en una Economía de los Datos, conocemos el centro de datos de Google, pero ¿dónde está Google? ¿dónde está Amazon? ¿dónde está Microsoft?, ... y Europa ¿dónde ha estado hasta ahora?, en este momento, ultima un plan para dar la batalla en el negocio de los datos, el objetivo es impedir que las grandes firmas estadounidenses monopolicen el acceso y manejo de la información generada por los datos proveniente de Europa.

Antes lo han comentado también Eduardo y Vicente, en mi opinión Europa, no solamente España, ha perdido ya el tren de la digitalización. Antes hablaba Eduardo de que había estado en el *the World Economic Forum Annual Meeting in Davos-Klosters* y ha sido precisamente en este Foro de Davos en el que se han consensuado las cinco tecnologías que

cambiarán el mundo para siempre, me refiero a: *Blockchain*; Inteligencia Artificial y *Machine learning*; Plataformas digitales; Impresión 3D y Pago por el móvil

En Davos se aprobaron estas 5 nuevas tecnologías, dando importancia al máximo del valor de los datos, y para ello entre otras cosas necesitamos nuevos perfiles profesionales, ya que no podemos seguir haciendo lo mismo que hacíamos hace 30, 40 y 50 años o cuando yo estaba de médico en el pueblo, hace 40 años. Tenemos que hacer cosas diferentes, ya que el entorno es diferente y el paciente y ciudadano también lo son. Los sanitarios tendríamos que estar liderando estos cambios y no lo estamos haciendo, no estamos ni se nos espera y esto realmente es lo difícil de entender, cuando siempre hemos sido innovadores y curiosos. España y Europa en estos últimos años han perdido varios trenes, no uno, sino varios.

Antes me refería a la inteligencia artificial, el *Big Data*, etc., etc. estos los ha perdido. Se acaba constituir el nuevo Gobierno europeo, la Comisión Europea. Y desde su primer discurso la nueva presidenta, Ursula von der Leyen, marcó dos prioridades: la primera, y lo había anunciado antes, el impacto ecológico, la huella ecológica, el desastre ecológico al que vamos, y una segunda prioridad para la que ha urgido a una Comisaría, con rango de vicepresidenta ejecutiva, a Margrethe Vestager con una cartera denominada: Una Europa adaptada a la Era Digital, que además me consta que es muy beligerante, y a la que ha dado 100 días para que ponga un plan de choque para recuperar el tiempo perdido dentro de lo que se pueda en lo que llamamos gestión de datos, tecnologías, conectividad, etc., etc. sólo 100 días, ¡estaremos expectantes!

Es decir, Europa pretende ahora mismo no solamente no estar fuera sino estar al lado de las dos grandes potencias: Estados Unidos y China. Me van a decir Vds. que seguimos teniendo indicadores muy buenos, un Sistema Nacional de Salud, excelente, que lo hacemos muy bien, etc., etc., y es verdad, pero quien está ahora mismo generando conocimiento, quien está ahora mismo sacando valor de todo esto son estas dos potencias. Tienen peores sistemas sanitarios, todo lo que ustedes quieran, pero tienen los datos. ¿Saben ustedes el valor de futuro de lo que esto significa? A través no solamente de Microsoft, Apple, Amazon, sino también de Facebook, Instagram, Twitter, y otras redes sociales, ahora mismo están todos gestionando todos los datos del mundo occidental. El mundo occidental emite datos. ¿Saben ustedes dónde están el 92% de estos datos? en estas empresas. Europa, solamente gestiona el 5% de los datos que genera, es decir, donde se almacenan, donde se gestionan y nos los devuelven en valor que de momento no está a nuestro alcance. Antes decía Eduardo que, en los rankings de investigación básica segui-

mos estando en posiciones de vanguardia a nivel mundial, sin embargo descendemos muchos puestos cuando pasamos a la aplicación de esta investigación, y en esto hemos perdido ya varios trenes que no volverán.

No solamente hemos perdido trenes, sino que hemos perdido grandes trenes y ahora mismo quien nos está vendiendo el conocimiento, el valor de los datos son estas potencias y de muchas cosas que inicialmente hacemos aquí, que hacen todos ustedes. Ahora mismo en algún sitio del mundo alguien está gestionando ese 92% de los datos de las sociedades occidentales, y normalmente son empresas americanas. Y decía Eduardo: “Les vamos a poner impuestos”, no sé cómo, ya veremos a ver si esto es posible. A mí, independientemente de los impuestos, que son importantes, lo que en este momento me preocupa y sobre todo en este foro es el valor de los datos que son obtenidos y aplicados en el sector de la Salud y que se van a traducir luego en soluciones para mejorar los indicadores de salud, o lo que es lo mismo en solucionar problemas reales de la gente. Esto es de lo que estamos hablando ahora mismo. ¿Saben ustedes quién es la tercera potencia ahora mismo en generación de datos?, la que se ha dado en llamar la *Silver Economy*, la economía del envejecimiento. Es decir, todo lo que se está generando y se va a generar alrededor del envejecimiento en los próximos años y que se valora para 2025 en alrededor de 5.700 millones de euros. Por lo tanto, interesa a nivel individual, pero también interesa ahora mismo la franja de los mayores. La franja de los mayores va a generar y está generando muchos datos.

Quien sea capaz ahora mismo de sacar valor a todo esto indudablemente tendrá una posición estratégica importante. ¿Por qué el sector Salud es importantes? porque generamos datos, muchos datos, no me canso de decirlo. He hablado antes de datos genotípicos, pero también los fenotípicos. Se ha hablado también de que la inteligencia artificial va aprendiendo permanentemente. Lo que antes nos costaba años de ensayos clínicos, años de ensayo-error, etc., etc. ahora mismo se va aprendiendo de manera automática o de manera programada, esto es inteligencia artificial. Y les llamé la atención sobre un primer punto: verán que en este momento saco al hospital del centro. Antes decía que tenemos una estructura sanitaria anquilosada, esclerosada, como decía Vicente. Indudablemente. Somos una sociedad hospitalo-céntrica, hemos ido configurando esta realidad y ahora mismo la realidad que nos viene es muy diferente y siento tener que decirlo aquí, pero ahora mismo los datos los tiene, ¿quién los tiene? los tiene el paciente, y quiere tenerlos en su teléfono inteligente.

Todos ustedes tienen un teléfono inteligente. Queremos nuestros datos en él, y si los tenemos ahí que es donde quiero tenerlos, los quiero gestionar yo cuando los necesito y

con quien quiero, son míos. Y, ¿esto qué me permite? me permite desde gestionar cuándo y cómo me relaciono con mi médico de primaria o mi especialista; con mi enfermera, pero también me permite trabajar en diferentes monitorizaciones, controles, evaluaciones desde vacunaciones, diagnósticos precoces, prevenciones, etc., etc., programas de salud pública; en definitiva, me permite monitorizar en tiempo real ese envejecimiento que yo les decía durante los 20 o 30 años que dura. Y los hospitales, ¿qué? los hospitales indudablemente tienen un papel muy importante, pero tendrán un papel muy importante haciendo cosas diferentes a las que han estado haciendo hasta ahora, y tendrán que ir adaptándose al cambio del entorno o si no desaparecerán tal y como los hemos conocido.

Yo creo que tienen la capacidad y el potencial de hacerlo, y luego en el debate lanzaré una pregunta al respecto en el sentido de que me cuesta saber por qué hay tanta resistencia al cambio en nuestro Sector, porque ahora mismo ya somos capaces de dar tratamientos inteligentes, cirugías mínimamente invasivas, reducimos los tiempos de estancia, reducimos toda una serie de cuestiones y más que podríamos hacer simplemente utilizando alguna de estas soluciones. Y no me olvido para nada de que al final nosotros queremos dar la mejor Salud en el momento adecuado y no me olvido tampoco para nada de la privacidad, de la ciberseguridad, de la ética y de que todo esto cumpla todos los parámetros legales, pero normalmente la normativa y la regulación, si siempre han ido por detrás, en este nuevo abordaje van muy por detrás.

La digitalización va mucho más rápido de lo que es capaz la normativa, la regulación de establecer este tipo de reglas. Yo recuerdo cuando en el año 2009 la EMA (*European Medicines Agency*) en ese momento crea y empieza a evaluar informes de farmacogenómica. Es en el 2009, no fue antes, a pesar de que ya existían publicaciones de trabajos científicos con este contenido varios años antes. Ahora mismo todo este tipo de cuestiones relativas a lo digital todavía no se están evaluando al ritmo necesario y mucho menos regulando (aunque hay movimientos iniciales). Los dispositivos médicos, las aplicaciones en Europa todavía no se están evaluando y están aquí, a nuestro alcance y están produciendo cambios en la salud de nuestros pacientes y en los estilos de vida de los ciudadanos sanos.

Entonces, en este contexto ¿cuál es el papel del profesional sanitario?, ¿cuál es el papel del médico, del gestor, de la enfermera, del farmacéutico de un sistema sanitario como el nuestro? Pues el principal reto que tienen es coordinar todos estos nuevos retos, ser el guía que los pacientes que están facultados para tomar el control de su tratamiento e impulsar los propios resultados que están buscando.

Cuando a mí me propuso Juan, hablar del hospital del futuro, estábamos de acuerdo en que el alcance no lo marcaba la arquitectura o aparatología del hospital si no el cambio cultural que es necesario ahora mismo en un hospital de futuro para hacer frente a todo esto. Una de las mayores barreras es que tenemos una estructura muy anquilosada, obsoleta, rígida, ... que desde la función pública no nos permite incorporar a nuestros departamentos nuevos perfiles profesionales que son necesarios como son: analistas, diseñadores, arquitectos, ... de datos, etc.

Habitualmente trabajamos con nuevos perfiles profesionales que solamente gestionan datos. Su formación inicial puede haber sido de médicos, biotecnólogos, farmacéuticos, farmacéuticos, ... licenciados en Ciencias de la Vida, pero ahora mismo se dedican a gestionar datos procedentes del sector de la Salud, desde el diseño, la arquitectura, la gestión, etc. . Ahora mismo Europa necesita más de 900.000 profesionales con perfil digital que fundamentalmente gestionen datos para todos los sectores entre ellos el de la Salud. Ahora mismo no los hay y además los pocos que hay nos los quitamos unos a otros, al ser mayor la demanda que la oferta.

Estamos ante un nuevo paradigma, tenemos que ser capaces de gestionar este cambio. Cualquiera de ustedes, como médico, enfermera, ... a lo largo de toda su vida profesional podrá ver 40.000, 100.000, 200.000 pacientes. Ahora mismo este tipo de herramientas de las que estamos hablando son capaces de gestionar en tiempo real datos de millones de pacientes, con lo cual eso de que una máquina o un algoritmo va a diagnosticar mejor que los profesionales, no necesariamente es así, pero depende de la técnica de que hablemos y en cualquier caso nos va a ayudar muchísimo a todos. La atención médica ha de basarse en la inteligencia artificial. La investigación y también la atención sanitaria, sin contar con estas herramientas no existirán, es más, desaparecerán. No nos queda otra opción que liderar este cambio.

Nos referimos a grandes plataformas que van a gestionar el valor de los datos y que indudablemente a través de estas plataformas recibiremos ayuda para superar deficiencias y/o ineficiencias que tenemos en nuestro Sistema Nacional de Salud, similares a las de otros sistemas sanitarios. Nuestros indicadores de Salud son buenos, muy buenos en algunos casos, pero hay áreas de mejora y hemos de ir a por ellas, además de a consolidar lo conseguido. De lo que estamos hablando es de poner las nuevas tecnologías al servicio de la Salud mejorando sus resultados en base a los indicadores que nos hemos fijado.

Suena como muy lejano, un poco como ciencia ficción, pero ahora voy a aterrizar a cosas cercanas a donde están ustedes y de entrada me van a decir que ahora mismo la situación

de nuestro Sistema Nacional de Salud es el de un conjunto heterogéneo de 17 servicios regionales, con 17 sistemas operativos y, si me concretan un poco más, les tendré que reconocer que en mucho de estos sistemas operativos regionales hay a su vez subsistemas operativos, que hay muchos además con equipos obsoletos que periódicamente “se caen” y encontramos a muchos profesionales sanitarios, que antes padecían el síndrome del profesional quemado (*burn out*), y ahora hay otros tantos profesionales “quemados” con su lucha continua con la informática. Por ejemplo, los médicos de atención primaria disponen de una media de diez minutos para atender a sus pacientes, pero ocho minutos de estos diez, los pasan luchando con la informática sin poder mirar al paciente a la cara, escucharle, explorarle, ... el problema no es la informática sino el mal uso que se hace de sus posibilidades, salvo excepciones.

Y el paciente, que va buscando esa empatía, esa complicidad con su profesional sanitario de referencia, que es lo que entra dentro de sus funciones, se encuentra a alguien que teclea indiferente con dos dedos en un teclado de ordenador. Esta es la realidad a día de hoy, cuando al menos el 80% del trabajo administrativo que hace un profesional sanitario tendría que estar ya automatizado, es decir, no tiene sentido que muchas de las cosas que hacemos en la consulta las tengamos que hacer manualmente. Tendrían que ya estar automatizadas. Podríamos pensar que es un defecto del sistema público, que es muy diferente y es muy complejo. Pero rotundamente he de decir que ¡no! Si ustedes piden cita en la Agencia Tributaria, primero no piden una cita, ya que si hace falta les van a citar a Vds. ellos mismos; segundo, les citan a una hora y le reciben a la hora citada; tercero, no tienen que llevar ningún papel, ellos lo tienen todo de nosotros; cuarto, por ejemplo: nos dicen “en enero de este año (estás en noviembre) tienes aquí 0,10 € que no están justificados”, es decir, el sistema público tiene capacidad y medios materiales y humanos, si se quiere, de una trazabilidad del 100% de la población y es capaz de encontrar todo en tiempo real sin hacernos ir y venir llevando y trayendo papeles. ¿Qué pasa en nuestro Sistema Nacional de Salud? ¿Por qué el Sistema Nacional de Salud sigue tan fragmentado, tan compartimentado? El Estado de las Autonomías no puede servir de disculpa para ser ineficientes cuando de la Salud de la población se trata. Las nuevas tecnologías han venido para ayudar, aprovechémoslas.

Antes decía Vicente que hay una gran amenaza en la gestión de los datos de Salud. Y estoy de acuerdo, la amenaza se concreta en quien ahora mismo sea capaz de, por encima de otras consideraciones, extraer datos y sobre todo extraer el valor de los datos, esta es la amenaza real. Mientras estamos intentando interconectarnos entre nosotros con la historia clínica, con la receta electrónica, con atención primaria desde el hospital y viceversa,

alguien en capas superiores está capturando datos del 100% de la población y en muy poco tiempo nos propondrá soluciones a problemas reales de la salud de la gente. ¿Qué estamos haciendo, aparte de autocomplacernos? Aquí, cada hospital ha “inventado” su propio sistema operativo, algo demencial. Los que trabajamos en empresas multinacionales o globales tenemos un único sistema operativo para todo el mundo con múltiples filiales en numerosos países y culturas. Bien es verdad, que además de un sistema operativo hay un idioma común, el inglés, que ese es otro de los retos, antes les citaba a Estados Unidos y China, independientemente de otras cosas, en ambos países por muy grandes que sean utilizan un único idioma no solo informático.

En Europa tenemos 24 idiomas oficiales, también es otra cuestión a tener en cuenta, sobre todo cuando hablamos de fragmentación entre comunidades autónomas y queremos una Europa fuerte y unida. También es para tener en cuenta, y en la que hoy no vamos a entrar, pero que ustedes viven con el tema de los ensayos clínicos cada vez que los protocolos de éstos tienen que traducirse a varios idiomas e incluso al idioma local de cada comunidad autónoma. En esta situación estamos perdiendo competitividad y oportunidad, lo que estamos haciendo es echando a los ensayos clínicos de nuestro país, tenemos calidad excelente para ello pero nos perdemos en laberintos administrativos.

Por un lado, alguien está capturando datos, por otro lado, los va a traducir en valor y los demás estamos ahora mismo todavía en este debate. Estamos ante una realidad que gira alrededor de nuestro móvil en el que buscamos solución a nuestras necesidades, y lo queremos ahora mismo y en este aparato hacemos transacciones bancarias, compramos bienes de consumo, reservamos viajes, hoteles, restaurantes, tickets de eventos,... etc., y no entendemos porque en lo relativo a la Salud, algo que nos interesa a todos, no encontramos lo que buscamos. Podemos entender cuestiones relativas a privacidad y ciberseguridad, pero otras muchas no. España es el líder mundial en penetración de *smartphones*, entre su población, tras Singapur, es decir, la mayoría de nuestra población tiene este aparato en la mano independientemente de la edad y la mayoría de la población busca e intenta encontrar en dos clics algo que le ayude en su calidad de vida y/o en su enfermedad. En España el 80% de la población utiliza internet y el 57% consulta información sobre salud.

Ahora mismo si alguien quiere estar en el mundo real ofertando productos o servicios, en nuestro caso en el sector de la salud, o está en el entorno digital o simplemente no está. ¿Qué es lo que busca la gente o qué podemos ofertar ya a la gente a través del entorno digital? Pues toda una serie de servicios. Antes les decía si la inteligencia artificial aplicada

a la Salud nos parece todavía lejana, ¿cuántos procesos de nuestros sistemas sanitarios podrían estar ya automatizados?, ¿por qué no? ¿Dónde están realmente las barreras para que no estén automatizados como están en otros sectores desde hace tiempo? ¿Qué barrera hay para que todavía no tengamos una única tarjeta sanitaria en los 17 servicios de salud que componen el Sistema Nacional de Salud?, técnica y tecnológicamente ninguna, pero de momento cada CCAA sigue teniendo la suya, preservando la personalización territorial si se quiere los datos podrían ser compatibles ya no sólo en España sino también a nivel de Europa.

Ahora mismo tenemos toda una serie de beneficios para la Salud que podemos encontrar en internet y en concreto en aplicaciones móviles aunque la realidad es que existen más de 300.000 apps de salud. De estas 300.000, ¿cuántas tienen ustedes descargadas en su teléfono: cuatro, cinco, una, ninguna, ¿la que te trae el aparato pero que no utilizan? ¿por qué?, hay una única respuesta: porque no nos solucionan la vida, no nos ayudan en problemas concretos de Salud. ¿Quién les ha vendido a ustedes *WhatsApp*? ¿Recuerdan alguna campaña de marketing vendiéndoles *WhatsApp*? *WhatsApp* entró en nuestras vidas, y parece que lleve siempre ahí, porque en un momento determinado tenemos algo que nos ayuda, nos soluciona y nos comunica, el día que haya alguna aplicación de estas que nos ayuden en problemas reales de Salud, y falta poco tiempo, las descargaremos y lo que es mejor, las utilizaremos. De estas más de 300.000 apps solamente 41 de ellas son responsables de más del 50% de las descargas, el resto no tienen apenas usabilidad.

Una primera observación en la que podemos pensar es que los médicos necesitamos evidencia científica antes de la adopción de un tratamiento o una tecnología, pero podemos decir que la evidencia clínica con respecto a la eficacia de la Salud Digital ha crecido significativamente. Ya hay 571 estudios publicados que incluyen ensayos controlados aleatorios (ECA) y estudios de metaanálisis, estos estudios vienen a demostrar entre otras cosas, a través de indicadores de salud, en relaciones de coste, eficiencia, seguridad, pérdida de oportunidad, etc. lo que supone su utilización o no.

Ya hay países que están tomando iniciativas en el sentido de incluir apps en salud en la prescripción terapéutica, por ejemplo Alemania, donde las aplicaciones en Salud estarán disponibles con receta para los pacientes a partir del año 2020, según anunció el Parlamento alemán el 7 de noviembre de 2019. En base a este acuerdo las empresas de seguros de salud en Alemania proporcionarán servicios de Salud Digital en dispositivos electrónicos personales. Para poderlas prescribir tienen que estar reguladas, aprobadas y validadas. Y en España todavía no hemos completado este ciclo aunque se está en ello.

Hay alguna comunidad autónoma que tiene alguna norma específica en el sentido de la regulación, pero todavía queda mucho por recorrer. El desarrollo de las aplicaciones móviles en Salud, es una oportunidad de formación, generación de conocimiento, inversión, emprendimiento, riqueza, etc., etc., y no estamos, y hemos de estar como país.

El cuidado de la Salud está sufriendo una de las mayores transformaciones de la Historia, y la transformación digital en la Salud está aún por llegar, tenemos todavía muchas cosas pendientes en lo que a la transformación digital se refiere. Me gustaría que dentro de poco quitásemos el apellido “digital” a la Salud porque fuese ya digital. Ya nadie habla de banca digital, la banca ya es digital porque empezó su transformación hace más de 20 años. Sin embargo, en la Salud tenemos que seguir insistiendo en que estamos en un mundo digital o si no nos quedaremos fuera.

Cuando hablamos del mundo digital, ¿de qué estamos hablando? estamos hablando de una persona de cualquier edad que tiene una serie de diferentes dispositivos o soluciones tecnológicas que le van a ayudar en su vida o diferentes interfaces que lo van a ser posible. Y en los sistemas sanitarios modernos el hospital ya no está en el centro de los diferentes modelos de la atención sanitaria; el centro está en la persona que va a decidir cuándo y cómo utiliza las soluciones a su alcance ante sus problemas de Salud.

Los componentes de un ecosistema de Salud participativo están distribuidos entre *stakeholders* como: asistencia social, proveedores de cuidados de mayores, gobierno, financiadores, ciencias de la vida, hospital, atención primaria, salud mental, tecnológicas, minoristas,... y facilitadores como: social media 2.0, inteligencia artificial, analítica, sensores, *wearables*, implantables,...

Es fundamental conocer ¿Qué es lo que dicen los médicos y qué es lo que dicen los ciudadanos? Y por ello se lo preguntamos y obtenemos respuestas que nos orientan de lo que según ellos será común en la próxima década hablando de Salud Digital. Cuando les preguntamos si las tecnologías digitales permitirán a los equipos coordinar de forma remota la atención sanitaria del paciente complejo, están de acuerdo el 60% de los médicos y el 55% de los ciudadanos consultados; si la pregunta es, si las empresas externas a los sistemas sanitarios entrarán y traerán formas muy diferentes de administrar la atención sanitaria, la distribución de la respuesta es similar a la anterior, 60% los médicos y 40% los ciudadanos; estando más alineados, con un 56% los médicos y un 49% los ciudadanos, si les preguntamos si las tecnologías de inteligencia artificial se utilizarán comúnmente para el diagnóstico, el análisis de imágenes médicas y el manejo de medicamentos.

El 55% de los médicos y el 48% de los ciudadanos consideran que los teléfonos inteligentes se convertirán en la interfaz principal en los sistemas de atención médica; el 49% de los médicos y el 48% de los ciudadanos piensan que la Medicina de Precisión se convertirá en una parte rutinaria de la Atención Primaria y sin embargo ante la disyuntiva de si los hospitales virtuales sin camas brindarán atención sanitaria básica y avanzada, los ciudadanos son más optimistas con un 40% que los médicos, que ante esta pregunta descienden a un 32%.

Estos son datos. No hay mucha diferencia en la mayoría de las respuestas, es decir, en que las tecnologías van a estar en los hospitales y van a permitir una mejor atención sanitaria del paciente complejo; qué sistemas externos van a entrar y van a traer formas diferentes de administrar la atención médica, ya lo estamos viendo; que las tecnologías se van a utilizar no solamente para el diagnóstico y el tratamiento, sino también para la investigación de nuevos medicamentos, reclutamiento de pacientes, etc., etc., etc., y que los teléfonos inteligentes, como antes veíamos, se van a convertir en la principal interface, en la principal manera de relación entre los ciudadanos y pacientes con los profesionales sanitarios; y que la Medicina de Precisión se va a poder hacer desde la Atención Primaria.

Este hospitalo-centrismo que tenemos no es real, hay un número importante de profesionales sanitarios que están capacitados para hacer cosas hasta ahora impensables y ahora mismo y dentro de muy poco van a tener posibilidades técnicas y tecnológicas para poder hacerlo. Todo esto no tiene por qué estar lejos ahora mismo de donde el paciente esté, como ahora veremos. Hay un número significativo de ineficiencias de los sistemas sanitarios que se pueden superar con soluciones existentes actualmente.

En la encuesta anterior llama la atención que en todas las preguntas no hay grandes diferencias entre los dos grupos y en todas los médicos están un poco por delante de los ciudadanos, sin embargo, en cuanto a la pregunta de si visualizan hospitales sin camas, los pacientes lo tienen mucho más claro que los profesionales sanitarios. Los profesionales sanitarios se siguen resistiendo. He venido utilizando indistintamente los términos ciudadano y/o paciente. El paciente está en una o varias franjas de su vida en las que precisa de atención médica y sin embargo ciudadanos los somos todos, el 100% de la población. Los pacientes ven mucho más claro que los médicos que el hospital sin camas es una alternativa relativamente factible a corto plazo. En definitiva, el modelo está cambiando, es un cambio de época, no una época de cambios.

El modelo tradicional de Salud está cambiando y entre otras cosas el punto de atención médica se va a ir desplazando al domicilio del paciente en la medida que la persona pueda

entender y pueda recibir lo que necesita, pueda citar su consulta, estar conectado o monitorizado en tiempo real con su profesional sanitario de referencia y/o especialista. Otra cuestión a considerar son los datos, los datos de Salud son propiedad del paciente y se comparten con otras partes; las plataformas ayudan en el análisis al paciente ayudando al conocimiento de su situación, pero ¿dónde están los datos?, en las instituciones o en la nube. ¿Quién gestiona esta información?. Como le decía los datos de Salud son el objetivo de las empresas tecnológicas por lo que hemos de empezar a tener claro dónde están nuestros datos, quién los tiene y qué uso hacen de ellos. Llegado a este punto no podemos dejar de llamar la atención de los aspectos éticos y de ciberseguridad de los mismos.

El tratamiento es personalizado a través de la Medicina de Precisión, lo que permite una mejor participación y adhesión a los planes de Salud. Los médicos hemos aceptado el papel de guías para los pacientes que en general están facultados para tomar el control de su tratamiento e impulsar sus propios resultados. El paciente ahora mismo viene al sistema sanitario informado, ha leído, ha contrastado lo que le decimos los profesionales sanitarios y ahora mismo el paciente lo que nos está pidiendo es que se le ayude a tomar decisiones, que se le informe, que se le ayude a gestionar su enfermedad y lo que todo esto significa.

Y, por último, en el cambio del modelo tradicional de Salud está la gestión de los datos. Como les decía, ahora mismo el sistema sanitario es el principal reservorio y especialmente sus hospitales. A la mayoría de ustedes gestores o profesionales sanitarios les habrá llegado alguien a decirles que están muy interesados en sus datos, en los de sus pacientes y ustedes habrán pensado que efectivamente tienen un valor importante. La mayoría de los datos que están guardados de aquella manera en nuestros hospitales, valen para poco, porque siguen siendo legajos de aquella época de los que es muy difícil extraer valor de esos datos. ¿Cómo se extrae valor de esos datos? Datos estructurados es más fácil, e incluso ya es posible de datos no estructurados donde ahora mismo ya hay sistemas que son capaces de orquestar todo esto y sacar realmente valor. En definitiva, el aprovechamiento del potencial del *big data* y el análisis predictivo multifactorial permite brindar información a los participantes, pacientes y médicos lo que mejora sus resultados en Salud que es nuestro objetivo

Y al final, ¿qué es lo que quieren los pacientes, los ciudadanos? Un continuo cuidado, un *continuum* en sus cuidados. Y lo quieren desde su app, desde su teléfono inteligente, desde su móvil. Y lo quieren en el momento en que lo necesitan y los sistemas de información son capaces ahora mismo de leer todo lo que esté estructurado, pero también lo no

estructurado, integrando todo, atención primaria, atención hospitalaria y asistencia social también. El concepto de Salud es un concepto amplio, holístico e incluye también todos los aspectos sociales de la persona. Por poner dos o tres ejemplos. Si tomamos la línea de la vida de cero a cien años, estamos continuamente emitiendo datos. Desde antes de nacer, en la tripa de nuestra madre estamos emitiendo datos. No sé si habrán visto las video-ecografías del embarazo en las que en tiempo real ya les siguen y están emitiendo datos, y durante toda la vida, y si llegamos a los 100 años estaremos emitiendo datos.

De toda nuestra existencia quiero compartir con Vds algunas ineficiencias de nuestro Sistema Nacional de Salud, ineficiencias del presente, con soluciones propuestas para el mañana y cuál sería la solución tecnológica. Por ejemplo, el 59% de las pruebas diagnósticas se duplican, simplemente con que hubiese interconectividad entre sistemas operativos de los centros sanitarios se evitarían costes y molestias para pacientes, familias y el propio sistema sanitario.

Otros ejemplos: el 21% de los ingresos hospitalarios son a causa de reacciones adversas a medicamentos, por lo que la información de los medicamentos en la historia clínica digital reduciría significativamente este porcentaje y sus consecuencias. En nuestro Sistema Nacional de Salud atendemos al año 21,5 millones de urgencias al año y el 11,3% precisa ingreso hospitalario, la inteligencia artificial nos permite que los datos del paciente recogidos en su domicilio o en la ambulancia estén disponibles instantáneamente para los profesionales sanitarios del centro sanitario reduciendo significativamente el tiempo de atención y espera en el Servicio de Urgencia, incluso a veces no siendo necesario al poder ir directamente a planta de hospitalización dado que muchos son reingresos por descompensación. Es decir, tenemos un margen de mejora muy grande en lo que es la monitorización y seguimiento de los tratamientos ligado al mundo de la adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento es clave, es decir que el paciente siga un tratamiento tal y como se le ha prescrito por el facultativo. En este aspecto la variabilidad es alta como también lo es el margen de mejora. Por ejemplo, la adherencia actual en la enfermedad cardiovascular es del 56%, en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) del 41%, en la diabetes mellitus tipo II del 56% y de la depresión mayor del 26%. Con la utilización de las nuevas tecnologías, ya a nuestro alcance, podríamos evitar recaídas e incluso muertes con el consiguiente impacto no sólo en salud sino también en impacto económico tanto en coste directos como indirectos. Con mejorar un solo punto porcentual en estos grupos evitaríamos 1.108 eventos en enfermos cardiovasculares; 21.000 exacerbaciones en los

respiratorios; 5.400 eventos en diabéticos y 2.500 recaídas de los depresivos, pero también esta mejora de un solo punto porcentual significaría la evitación de 1.291 muertes en enfermos cardiovasculares y de 1.000 muertes en enfermos respiratorios. Las cifras hablan por sí solas y son realmente llamativas como para no tomarlas en consideración y abordar la adherencia a los tratamientos de una manera mucho más agresiva y eficaz de como se ha hecho hasta ahora.

Un último dato, el 50% de las personas mayores de 65 años sufren de alguna enfermedad crónica y representa el 75% del gasto sanitario total, la telemedicina y la eHealth reducen el seguimiento presencial optimizando el tiempo y los recursos además de ofrecer una mayor calidad de vida a las personas. Empieza a no ser noticia la gente que muere sola en una comunidad de vecinos, porque si que era noticia hasta hace poco pero ahora ya no, porque todos los días hay algún caso.

Y no estoy hablando de la España abandonada, sino de comunidades de vecinos en grandes urbes, ¿Saben ustedes cuál es el porcentaje de personas mayores de 65 años que viven solas en España? un 25%. y ¿Cuál es el porcentaje de personas que viven solas mayores de 65 años en Finlandia? un 55%, ¿Cuál es la diferencia? Allí las personas mayores están monitorizados en tiempo real con sus sistemas sociales y sanitarios, es decir, ante cualquier situación tienen mecanismos técnicos y tecnológicos para dar una respuesta social y sanitaria. ¿Por qué ahora mismo los profesionales que trabajáis en el sector de la Salud sois atractivos? porque manejaís gran cantidad de datos y las empresas tecnológicas os buscan por y para ello.

Los hospitales de los sistemas sanitarios como el nuestro son el principal reservorio de datos, pero ustedes mismos pueden perfectamente gestionar ese valor que tienen y extraer valor, porque ya hay soluciones que pueden permitir que no salga para nada del sistema sanitario. Aquí, deben primar cuestiones como la ciberseguridad, privacidad, etc., etc., y a las empresas tecnológicas les podemos pedir que aporten a través de algoritmos, soluciones que después nos puedan ayudar.

Un ejemplo que quiero compartir con Vdes es el de la plataforma *Digital Eye* que es una plataforma de Salud e Inteligencia Artificial única que detecta biomarcadores en imágenes médicas de múltiples enfermedades mediante análisis avanzado y procesamiento de imágenes en redes neuronales profundas. El objetivo de este proyecto es construir una nueva plataforma situada en la nube accesible a través de un servicio administrado, capaz de identificar y validar nuevos patrones de gran complejidad y variabilidad, llamados

biomarcadores digitales, obtenidos de muchas imágenes médicas de diagnóstico. Esta tecnología está destinada a respaldar la toma de decisiones clínicas mediante la detección de biomarcadores superiores a la tecnología existente.

Para hacer esto, utiliza la gestión de imágenes digitales (visión artificial) y las redes neuronales profundas para combinar las siguientes fuentes: pruebas de imágenes médicas (mamografías, diagnóstico por imagen ...), informes de anatomía patológica e información de las historias clínicas de los pacientes. Esto proporciona un informe al médico, quien contrastará los resultados y tomará una decisión más temprana y fiable. Esta plataforma brinda al paciente una mejor experiencia porque colabora con el médico a fin de emitir un diagnóstico más temprano, preciso e incluso predictivo, de modo que mejora la eficacia de los medicamentos y reduce las visitas al médico. Además, tiene un impacto positivo en la gestión de los servicios de Salud, optimizando el tiempo de los profesionales sanitarios, mejorando el tratamiento y reduciendo costes directos asociados de hasta un 50% en radiología en el cáncer de mama; 20% en patología y oftalmología.

Me preocupa que cuando hablamos de nuevos hospitales y/o centros sanitarios, ojalá me equivoque, seguimos hablando de aumento de metros cúbicos, de metros lineales, de despachos, del número de salas de espera, del número de laboratorios, y del de camas. O sea, seguimos al revés de las tendencias que imperan ahora en el mundo occidental. El mundo va a menos camas, menos compartimentos cerrados y estancos, menos silos. Aquí en los más importantes, y estoy hablando de los mejores valorados de España, no estoy hablando de cualquiera, se sigue hablando de todo esto. Es decir, llevamos un rato poniendo ejemplos de la esclerosis del sistema y lo que estamos viendo es que seguimos hipertrofiando nuestro sistema sanitario. Hemos revisado muchas formas de ineficiencia, seguimos teniendo un sistema sanitario bueno pero con muchas áreas de mejora. Seguimos manteniendo tecnología sanitaria obsoleta, porque ¿quién le dice al de defiende esta tecnología que en base a los avances y la evidencia científica debe abandonarse por otra? tradicionalmente en nuestro sistema sanitario nada se ha sustituido por algo mejor, simplemente se ha añadido a lo existente y eso no puede seguir siendo por muchas razones obvias.

Cuando estamos permanentemente diciendo que el ciudadano es el “centro del sistema sanitario”, el ciudadano ya nos está lanzando mensajes muy concretos. Todo esto de lo que hemos venido hablando está enmarcado dentro del mundo de la inteligencia artificial, de las nuevas tecnologías con una forma de hacer diferente pues el contexto ha cambiado.

Una sala de espera de un centro sanitario de hoy en día, es más o menos similar a la de hace cincuenta años. es decir, a la gente se le cita pero no se la recibe a la hora estimada, y está ahí toda la mañana. Sin embargo, si vamos a una sala de espera de otros servicios, por ejemplo el bancario, veremos que apenas tiene gente y la mayoría de las gestiones se realizan de forma *online* y lo presencial se reserva para cuestiones concretas, ¿porque no ocurre esto en el sector Salud, siendo posible y beneficioso para todos?

Me pedían los organizadores que abordase la palanca de la tecnología en la transformación hospitalaria y eso he intentado. En un sitio hemos puesto los datos y su VALOR y en otro sitio la resistencia que tiene el sistema sanitario al cambio necesario. Ahora mismo estamos viviendo esta resistencia al cambio. Y en esto tenemos responsabilidades todos dependiendo de nuestras atribuciones y competencias, los políticos por supuesto, pero nosotros, los profesionales sanitarios, también. tenemos que hacer nuestros deberes.

Quiero terminar compartiendo algunas reflexiones de cómo pueden los hospitales aprovechar las nuevas tecnologías para mejorar sus resultados de atención médica. En primer lugar, adoptar la tecnología adecuada para ofrecer una experiencia continua más rápida y de mejor atención y no estar sometidos muchas veces a presiones, a movimientos, a modas, a historias que sabemos que tienen un corto recorrido. La tecnología adecuada para cada caso ya está aquí. En el mundo nuestro hemos sabido siempre estudiar, comparar, evaluar y medir y tomar decisiones, ahora mismo ya hay experiencia en un mundo global para adoptar la tecnología adecuada, la que necesitamos en nuestro entorno y para cada caso. En segundo lugar, tenemos que empezar a romper muchos silos, muchas torres de marfil, hemos de dejar la torre de marfil para aprender los flujos de trabajo y aumentar la productividad del clínico, uno de los grandes problemas que tenemos de estos galimatías, de estos reinos de taifas es que normalmente los responsables de los sistemas de información no se han sentado a trabajar conjuntamente o no estaban en foros hablando con los clínicos. Muchas veces estas propuestas tecnológicas se han hecho a espaldas de los clínicos y a espaldas de los ciudadanos. Hemos de consolidar, simplificar y reducir los procesos de la atención médica basados en los sistemas de información con la virtualización correspondiente.

Hay que trabajar en equipos realmente multidisciplinares, seguir el flujo del paciente, el itinerario del ciudadano, de la enfermedad y ver en cada momento cuál es nuestro papel y qué podemos hacer. Ahora mismo todo se puede medir, cuantificar, evaluar y se pueden tomar decisiones con mayores argumentos que nunca. Hay que priorizar las analíticas para reducir errores y mejorar los procesos y soluciones.

Y para terminar, hemos de ayudar a reformar la Salud a nivel local/global con información, comunicación y tecnología, en la medida que seamos capaces de ir mejorando todo esto a nivel individual, lo estaremos también haciendo a nivel colectivo.

Antes terminaba Eduardo, con un tema que a mí también me preocupa con todo esto, y es que tengo la sensación de que si no lo hacemos bien no solamente perdemos una oportunidad histórica como hemos visto, sino que estamos favoreciendo más que nunca una gran brecha entre ricos y pobres; quien se lo pueda pagar va a tener todo esto de lo que estamos hablando y aquel que no pueda, por desgracia, no lo va a tener, y esto no lo queremos seguro, ninguno de los asistentes.

Muchísimas gracias.

PREGUNTA 1

Mi nombre es Mercedes Coello, soy gerente de un hospital de tercer nivel en una isla pequeña canaria, en La Palma, y también soy médico, y también procedo de la época en la que las historias clínicas las hacíamos de esa manera y diagnosticábamos de esa manera, y está claro que la tecnología, tenemos el hospital donde primero se implantó la historia clínica digital en Canarias, La Palma fue donde se implantó, pero seguimos teniendo diferentes sistemas. Tenemos, ahí se vio, un sistema para primaria y otro para especializada. Por lo menos me regocijo en que hay algunas comunidades autónomas que también tienen el mismo sistema que nosotros, pero seguimos teniendo comunidades autónomas que tienen distintas tecnologías para la historia clínica. Para llegar a una tarjeta unificada primero tendríamos que tener toda la historia clínica en común, porque, más allá de pensar que España debe ser una independientemente de las distintas nacionalidades que están integradas en ella, si el sistema sanitario va a ser igual para todos pues todos deberíamos tener el mismo sistema integrado y digital. No sé cómo podemos llegar a hacerlo si tenemos diferencias hasta en lo fundamental. Pero yo creo que es necesario, porque este sigue siendo el territorio donde vivimos todos, independiente de lo que nos sintamos, además de que las tecnologías no es que... Yo no creo que haya resistencia al cambio. El cambio se nos vino encima. Todos hemos tenido que aprender. Ninguno sabíamos nada de Internet. Yo al menos no sabía nada de Internet. Y, sin embargo, ahora lo hacemos todo. Incluso todos estamos teniendo problemas con la fuga de inteligencia de los médicos que se están yendo y determinadas especialidades. Yo estoy absolutamente convencida de que hay especialidades médicas que en algún momento se van a convertir exclusivamente en digitales y que va a haber algoritmos que nos interpreten imágenes, ecografías, resonancias, TAC, afortunadamente, para que esto no se convierta en un negocio en el cual solamente los ricos tengan acceso a hacerse una resonancia para ricos, porque las listas de espera en los hospitales públicos son interminables y estamos externalizando además la interpretación de las imágenes porque no tenemos radiólogos. O sea que yo creo que es que el tiempo nos está viniendo encima, que no nos queda más remedio que aceptar que este es el futuro. No sé qué resistencias vamos a tener y como también eso es una decisión política, aunque no está Edu, y yo también fui política una vez, a mí no me costó nada volver a la medicina y ahora estoy en una cosa que hay gente que se empeña en verlo como político, pero yo sigo viéndolo, es mi propio hospital y lo sigo viendo como medicina. Pero hay que forzar la manera de que entre todos

seamos capaces de salvar el sistema sanitario público, que sigue siendo el mejor de Europa desde mi punto de vista, y para eso tenemos que integrar todas las tecnologías. Esa es mi opinión. No sé qué opinarán.

Jaime del Barrio: Encantado de la pregunta, pero tengo que contestar varias cosas. Primero, constatar que esto es una realidad, es decir, yo hace poco he participado en dos estudios diferentes para dos instituciones diferentes de cuál era la situación real de la historia clínica digital en España, porque una cosa es lo que aparece en el *power point* y otra cosa es el día a día, y en uno de ellos hemos hecho más de 200 encuestas en todo el territorio a los profesionales y las respuestas, imagínatelas, pero van en la línea de lo que tú has descrito.

Dicho eso, esta es la realidad. ¿qué podemos hacer? Nosotros en los dos estudios que hemos hecho al final hemos propuesto que, a nivel nacional, a nivel del Sistema Nacional de Salud, haya una Estrategia Nacional y que por lo menos haya una parte que sea común entre todos, compartamos la información, nuestras experiencias y las soluciones ante los diferentes casos, pero ahora mismo, por lo que decía antes Eduardo, yo soy un poco escéptico de que pueda ser una realidad a corto plazo. Ojalá me equivoque, ojalá, pero ahora la realidad es esta. Dicho eso, ya hay muchas empresas que están intentando dar soluciones de conectividad, de interoperabilidad, etc. Antes lo comentaba, esto es lo que a mí me preocupa, porque sigo defendiendo nuestro sistema sanitario, yo defiende el sistema sanitario público y defiende nuestro Sistema Nacional de Salud, y me preocupa que por encima de nosotros alguna de estas grandes empresas tecnológicas está recabando ahora mismo datos en salud y dentro de muy poquito a cualquier persona le pueda ofrecer determinados tipos de servicios y esa persona, en la medida que le resuelvan su problema, no me cabrá ninguna duda que dará todo lo que pidan (datos) a cambio.

Ahora mismo cuando se “caen” los sistemas informáticos, los ordenadores de vuestros hospitales, los profesionales sanitarios crean redes paralelas por *WhatsApp* (mal hecho, e incluso prohibido, pero lo hacen) y comparten con pacientes y unos y otros entre sí desde PDF hasta imágenes, o lo que sea. Y esto sí que no tiene ningún tipo de control de seguridad ni de nada y, sin embargo, nadie se rasga las vestiduras. Todo el mundo es consciente de ello, pero nadie lo cita y no ataja porque no tiene otra alternativa.

Sin embargo, nos ponemos nerviosos con el *WannaCry* y similares y la pregunta que hemos de hacernos no es si ¿sufriremos un ataque cibernético? si no ¿cuántos hemos

tenido ya, hasta dónde han llegado y que daño nos han hecho? Dicho esto, antes lo decía, yo creo que los profesionales sanitarios y las sociedades científicas tenemos que trabajar más juntos e ir todos a una, porque el reto y/o la amenaza la veo en estas grandes empresas tecnológicas. A estas grandes les interesan nuestros datos, los de nuestros pacientes y, si no se los damos nosotros, se los van a pedir directamente a ellos. A un paciente, que le ofrezcan una solución “gratis” para obtener por ejemplo su electrocardiograma no me cabe duda que los aportará. Inicialmente todos sabemos que no hay nada gratis, que todo tiene un precio (los datos), pero inicialmente nos lo dan “gratis”. Un tipo de *WhatsApp*.

Pero ¿qué podemos hacer nosotros como profesionales? Pues buscar soluciones, adelantarnos a los problemas. Primero, al paciente que viene que nos dice que ha consultado en Internet no echarle la bronca y decirle que no vuelva (esto se sigue haciendo), le seguimos ridiculizando y diciendo que no lo consulte. En ese momento hemos perdido la confianza, la empatía con el paciente. Ayudémosle a gestionar, a que sea crítico en sus búsquedas y de todas las apps que tiene que no se descargue todas y no entre en todas. Aunque la verdad es que cada vez selecciona mejor, también aprende como nosotros.

PREGUNTA 2

Yo soy Cristina Granados, ahora soy gerente de Torrejón del Grupo Ribera y vengo de Salamanca. Vengo del siglo XIX al XXI. Salamanca sigue con historia de papel, el hospital de Salamanca... y además los que están en Castilla y León lo saben. Y ahora... he pasado al siglo XXI, o sea, allí está todo absolutamente en tecnología. Grupo Ribera es en eso de hace muchos años. Yo no estoy de acuerdo contigo, yo no creo que haya que tener todo el mundo la misma historia. Es que haya un sistema de integración en el que podamos compartir. Pero yo creo que hace falta un pacto y además hace falta mucho dinero, es decir, mucha inversión para hacer el salto. O sea, vemos esto y todos decimos que sí y todos estamos todo el día con esto, pero estábamos ahora José Manuel y yo hablando de la gente que sigue escribiendo con el boli y con la máquina de escribir en nuestros hospitales. Quiero decir, tenemos hospitales tecnológicamente cero. O sea, que hay que dar, es verdad que lo que tú dices, la gente joven, todo el mundo está ya, nuestros residentes, pero tenemos mucha gente y muchas instituciones muy arcaicas, o sea, que es que lo que tú dices de la oposición al cambio o el rechazo al cambio es algo absolutamente real que vivimos todos los días.

PREGUNTA 3

Hola, soy José Manuel Aldámiz, de Aragón. En la balanza esa que ponías del cambio y la resistencia, yo sí que echo de menos, porque sí que es verdad que el discurso tecnológico es un discurso amable y que a todo el mundo le engancha, pero yo sí que creo que el gran reto que tenemos ahora y que no veo tampoco a nadie intentando hacer nada es reconfigurar las competencias y las responsabilidades del ejercicio de los profesionales de la salud, no de los médicos. Y cuando comentabas atención primaria, estoy absolutamente de acuerdo por muchos motivos, pero también estoy absolutamente seguro de que el médico de atención primaria o decide para qué ha venido a este mundo o, como siga haciendo lo que está haciendo ahora, que vaya al psiquiatra. No sé si está claro.

Jaime del Barrio: Sí, sí, totalmente de acuerdo contigo, pero me consta que esta misma tarde yo hablaba con un directivo de una sociedad de atención primaria y me consta que están en ello, están ahora preocupados e incluso hablábamos de que en enero ó febrero podríamos hacer alguna cosa en este sentido. Como tú dices, nos va a volver a todos un poco locos y dejarnos fuera de todo esto. Esto es lo que nos toca ahora, y el papel que jugamos lo vamos a decidir cada uno de nosotros.

A la pregunta de antes sobre las posibles soluciones de lo que se está haciendo ahora mismo, hay que constatar que ya da igual que tengas los datos en lenguaje natural, da igual que lo tengas de forma no estructurada o estructurada, ya se empieza a haber plataformas que son capaces de integrar todo, en base a diferentes experiencias. ¿Cuál es el reto? Es que estas plataformas ahora mismo las están desarrollando diferentes empresas tecnológicas o de consultoría, en la línea del desarrollo de algoritmos que están validando, pero que en poco tiempo podrán ofertar comercializados.

Esto es lo mismo que ya están haciendo Google, Microsoft y Amazon y otras muchas con otro tipo de alcances., pero ¿dónde está aquí el sistema sanitario?, ¿por qué el sistema sanitario no está liderando esto?, ¿por qué no está aquí, en estos equipos?, ¿por qué se resiste a ello?, independientemente de otras cosas. Una cosa que hemos constatado en la encuesta que he comentado antes cuando hemos preguntado a los profesionales sanitarios su grado de digitalización, la mayoría de ellos echan en falta formación, nadie les ha formado e incluso informado.

Tú decías que has aprendido sola, pues es así en la mayoría de los profesionales sanitarios, nadie nos ha formado para ello. Igual que nos han formado para hacer una traqueotomía o hacer una punción lumbar, nadie nos ha enseñado a esto de la digitalización aplicada a múltiples aspectos de la atención sanitaria. Los profesionales encuestados además de la falta de formación, echaban en falta una figura de liderazgo en los hospitales, alguien referente en todo esto. Y otra cuestión que les preocupaba, pero en tercer lugar, es la necesidad de un presupuesto finalista, y ya en cuarto lugar, una estrategia digital de la organización, etc., etc. Hay países en el mundo, como puede ser Australia o Canadá, que tienen una estrategia nacional de digitalización en Salud a nivel de Estado. Aquí de momento esto es impensable, aunque deseable...

PREGUNTA 3 (cont.)

En la línea de lo que te intentaba preguntar, ¿qué están haciendo las universidades para formar a nuevos profesionales en entornos nuevos?

Vicente Ortún: Contesto yo si quieres: nada.

Jaime del Barrio: Y yo, y yo.

Vicente Ortún: Espera un poco. Hay que hacer dos cosas: la gente ahora tiene que saber inglés y programar, y no pidas ningún cambio de plan de estudios porque no te lo darán. Sigue dando lo que estudia, el contenido de siempre, pero en primer curso, el primer trimestre. La gente sale con R, Excel avanzado y un paquete estándar. R por ejemplo, R es muy versátil. R, Excel Avanzado, y un SPSS, por ejemplo, tres. Al cabo de tres meses, es un ingeniero y a programar. Y los liderazgos en este país afortunadamente los tenemos y son liderazgos clínicos. Tenemos clínicos presidentes de sociedades europeas y sociedades mundiales que son los que pueden transformar el sistema y son los grandes gestores. Afortunadamente, somos un país dual. Tenemos cosas que no funcionan, pero tenemos instituciones, centros sanitarios, tenemos personas que son de los mejores del mundo, o sea, que también de vez en cuando hay que darse un chute de optimismo.

Jaime del Barrio: Yo colaboro como profesor con otras universidades y sí que es verdad que lo que está diciendo Vicente ojalá que fuese más generalizado. Ojalá. Un dato. Grandes empresas como las tecnológicas Apple, Google e IBM o el grupo editorial Penguin Random House han empezado a contratar a personas sin estudios universitarios para puestos cualificados. También están empresas como Starbucks, Ernst & Young, Hilton o Bank of America, que ofertan puestos de trabajo para los que no requieren a los candidatos que hayan cursado una carrera en la universidad. Contratan jóvenes talentos, luego ellos se encargan de formarlos. Mientras la Universidad está todavía a ver cómo introduce de alguna manera, a través de postgrado, de otra formación colateral, etc, estas cosas, el mundo de la vida real está demandando estas posiciones.

La formación en competencias digitales se ha convertido en el santo grial de los nuevos profesionales para acceder a los puestos más solicitados y los nuevos nichos de mercado.

En España, para este año 2020, hacen falta 350.000 “expertos digitales” en todos los sectores, incluido el de la Salud Pública.

Vicente Ortún: Y los hospitales también. En este país hay hospitales con unos sistemas de control de gestión en tiempo real impresionantes donde en control de gestión el perfil es de un matemático.

ATENCIÓN SANITARIA INTEGRADA: PENSANDO EN EL PACIENTE

Coloquio 1



Boi Ruiz i García

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

Sin experiencia política previa y tras una dilatada carrera como clínico, gestor, académico y experto en el sector sanitario, fue nombrado Consejero de Salud de la Generalidad de Cataluña durante la presidencia de Artur Mas, entre 2010 y 2016.

Actualmente preside la Consultora Know How Advisers con sede en Barcelona. Es profesor de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC) donde dirige la Cátedra de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud y el Instituto Universitario de Pacientes, así como el Máster Universitario en Gestión Sanitaria de su Facultad de Medicina. Es también codirector y profesor del Máster en Dirección y Gestión Sanitaria de la Online Business School (OBS) de Barcelona.



**Marisa Merino
Hernández**

Directora Gerente de la Organización Sanitaria Integrada Tolosaldea de Osakidetza.

Doctora en Medicina y Cirugía, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Máster en Salud Digital y experta en Gestión Sanitaria.

Profesora del Máster de Gestión Sanitaria de la Universidad de Deusto, del Máster de Telemedicina de la UOC (Universitat Oberta de Catalunya), y del Curso para directivos de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Tiene amplia experiencia en organizar cursos y jornadas, y es la directora del Congreso anual de Salud Digital de San Sebastián, en el marco de la Universidad del País Vasco.

Líder de diversos proyectos que han obtenido múltiples reconocimientos de gestión, calidad e innovación en los últimos años.

Vicepresidente de la Fundación Signo y de SEDAP (Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria), miembro de la junta directiva de la ASD (Asociación de Salud Digital) y del Ecosistema del País Vasco de la ECHalliance (Global Connector for Health).

Colaboradora del Impact Hub de Donostia.

Vicente Ortún: Nos gustaría que con las dos personas a la que hemos invitado, reflexionáramos entre todos sobre la conveniencia de ir avanzando hacia una atención sanitaria mucho más integrada, que rompas hilos, que permita que los itinerarios de los pacientes sea más amigables y que permitan también al profesional ejercer su práctica de una manera más conveniente, más adecuada, para ellos contamos con Marisa Merino Hernández, que será la persona que tomará el primer lugar la palabra. Tiene mucha experiencia en primera persona, que es lo que nos gusta en la Fundación, sobre el tema que nos ocupa que es la Atención Integrada, dirige una OSI, viene de una región de España donde llevan muchísimos años de una manera bastante más ordenada que en otras regiones en la organización de su sistema sanitario, con unas normas y unos procedimientos bastantes más claros, con unas relaciones, yo entiendo que entre los distintos agentes algo más fluidas que en otros territorios, en fin que siempre nos gusta mucho mirar. Y a continuación tomará la palabra Boi Ruiz, ha sido consejero de sanidad en la Generalitat de Cataluña. Ahora es conductor y asesor de empresas y de fundaciones, y tiene sobre todo, lógicamente muchísimo criterio y utiliza desde mi punto de vista, y esta sí que es una opinión muy personal, estupendamente bien el sentido común.

Marisa Merino: Muy buenos días a todos y muchísimas gracias a la Fundación por haberme invitado a compartir con todos vosotros esta charla sobre la atención integrada. En el País Vasco llevamos años apostando por la atención integrada, por lo que explicaré nuestra experiencia.

En el País Vasco hay unos 2.200.000 habitantes, el sistema sanitario que tenemos es público, constituyendo el 32,2 % del presupuesto del Gobierno Vasco y con un presupuesto per cápita para el año 2020 de 1.801 euros. Como en otras Comunidades Autónomas, el Departamento de Salud se encarga de la política sanitaria, la salud pública, los planes de salud, el aseguramiento y la financiación. En nuestro caso el proveedor mayoritario es Osakidetza, existiendo actualmente 13 organizaciones sanitarias integradas denominadas OSI.

Hay que tener en cuenta también que la sanidad se transfirió al País Vasco hace 37 años. Esto ha permitido mantener una trayectoria en la que se ha ido avanzando de forma continua. Al principio se fue organizando el nuevo sistema, así como los temas básicos en aquel momento como la tarjeta individual sanitaria etc. Más adelante se apostó por la calidad, avanzando todas las organizaciones de Osakidetza hacia modelos de gestión avanzados y acreditaciones (EFQM. ISO...) lo que sigue persistiendo hoy en día. Posteriormente nos fuimos enfocando hacia la innovación desarrollando los institutos de investigación

biosanitarios por ejemplo. Hace más de diez años comenzamos a abordar el reto de la cronicidad, diseñando la estrategia que vamos actualizando y nos va guiando. Desde el principio nos dimos cuenta de que, para afrontar la cronicidad con éxito, es imprescindible una atención integrada. Por esto hemos ido avanzando en este sentido hasta las líneas estratégicas actuales: 1. Atención centrada en la persona; 2. Prevención y promoción de la salud; 3. Cronicidad, envejecimiento y dependencia; 4. La sostenibilidad del sistema; 5. Los profesionales y 6. La innovación. Todo el trabajo de estos últimos años nos ha convertido en referentes en Europa en envejecimiento activo y cronicidad.

Vamos a repasar como abordamos la estrategia de cronicidad, la atención integrada, y cuáles son las claves que creo que influyeron a la hora de poder avanzar en esta área.

No hace falta explicar por qué se planteó este reto en el País Vasco. Aproximadamente el 43% de nuestra población tiene una enfermedad crónica, pero en el caso de los mayores de 65 años es más del 85%. Por otra parte, la esperanza de vida es de 80 años en las mujeres y 86 años los hombres. Considerando que actualmente el 21% de nuestra población tiene más de 65 años y que en 2050 será el 39%, está claro que aumentará el número de pacientes crónicos y paralelamente el de pacientes complejos. Esto unido al aumento de la complejidad de la tecnología, los problemas organizativos, o las restricciones económicas nos empuja a buscar nuevos modelos que permitan que el sistema sanitario siga siendo sostenible. Debemos anticiparnos y prevenir primero la enfermedad y luego intentar evitar o minimizar las complicaciones y el deterioro. Todo esto desde una perspectiva longitudinal y multidimensional, con planes de cuidados definidos, fomentando el autocuidado del paciente y monitorizándole desde el sistema sanitario.

¿Cuáles son las claves que creo que nos ayudaron a avanzar en el abordaje de la cronicidad?

Lo primero fue una estrategia de salud digital. A pesar de estar en plena crisis económica, Osakidetza apostó por las nuevas tecnologías como factor clave para mejorar la continuidad de la atención a los pacientes y la coordinación entre los profesionales por medio de una nueva historia clínica única, Osabide, que utilizan todos nuestros profesionales, extendiéndose también por ejemplo a las residencias de la tercera edad. Con el paso del tiempo se han ido aumentando las funcionalidades asociadas, permaneciendo la información en la misma base de datos. Un sistema de extracción de datos permite obtener automáticamente información valiosa, ayudando a clínicos y gestores a tomar decisiones.

La historia clínica única también permitió establecer nuevos canales de comunicación, entre profesionales y de estos con los pacientes, lo que fue clave para mejorar la comunicación. Se avanzó en la asistencia no presencial, que va desde las llamadas telefónicas a la telemonitorización, y la comunicación por medio de la carpeta de salud.

Desde la carpeta de salud el paciente puede consultar y recuperar su información, descargar concretamente lo que desee e incluso convertirlo en un QR para llevar consigo allá donde vaya. También puede subir datos, enriqueciendo su historia, gestionar su enfermedad o interactuar con sus profesionales de referencia.

Por supuesto se han ido desarrollando asimismo aplicaciones asociadas a la historia clínica para pacientes y profesionales, que pueden mejorar la coordinación y la atención.

Otro proyecto fundamental fue la estratificación de la población del País Vasco, con la información integrada en la historia clínica de cada persona. Esto permite clasificar a todos los habitantes del País Vasco en estratos según necesidades de atención, de forma que podemos desarrollar programas y rutas específicas para cada estrato. Por otro lado, cuando una persona concreta acude a su profesional de referencia, éste tiene en cuenta el programa definido del estrato al que pertenece el usuario y lo individualiza según las necesidades concretas en ese momento.

En cuanto a la atención integrada, desde que comenzamos con el abordaje de la cronicidad nos dimos cuenta de que la integración clínica era esencial para mejorar la continuidad en la asistencia. Posteriormente, se decidió dar un paso más y se crearon las OSI (Organización Sanitaria Integrada) con el fin de mejorar la integración asistencial.

La atención integrada se centra en el paciente en su entorno y somos todos los agentes que intervenimos en su atención los que tenemos que coordinarnos entre nosotros para asegurar la continuidad en la asistencia y la mejor atención posible. Para conseguir esto, en nuestro caso fue clave el sistema de información único, que facilitaba la comunicación entre diversos agentes y con el paciente. Pero además es muy importante un cambio cultural que nos lleve a cooperar entre todos trabajando con objetivos comunes.

La creación de las OSI vino acompañada de un Marco de Atención Integrada que, desde el Departamento de Salud guía a las organizaciones sanitarias, estableciendo objetivos y evaluándolas cada año, con el fin de ir mejorando. Este marco parte de un abordaje pobla-

cional y pretende, por medio de un modelo de gobernanza concreto y un cambio cultural, conseguir una atención integrada con interacciones productivas.

Se definieron algunos elementos relevantes en la estrategia como la atención primaria, el desarrollo de nuevos roles profesionales, el empoderamiento del paciente o el ámbito sociosanitario. También se hizo un especial hincapié en la participación de profesionales, pacientes y la sociedad, así como en algunos temas específicos como por ejemplo la seguridad del paciente.

En esta línea pusimos en marcha desde la creación de OSI Tolosaldea el Consejo Social, como asesor de la Gerencia de la OSI. Está constituido por el equipo directivo de la organización, junto con los representantes relevantes del área como una representación de alcaldes, Departamento de Salud, Diputación de Gipuzkoa y asociaciones de pacientes. En estas reuniones se informa, por ejemplo, de los resultados obtenidos en el año previo y el borrador del plan de gestión para el siguiente año, con el fin de debatir conjuntamente y recoger propuestas.

En cuanto al modelo de gobernanza que tenemos, está muy relacionado con la estratificación de la población y el sistema de información único y enfocado a procesos asistenciales. En cada estrato aplicamos los programas correspondientes, que valoramos posteriormente en la evaluación anual del Contrato Programa. Por otra parte, todas las organizaciones de Osakidetza utilizamos como marco de gestión el Modelo de Gestión Avanzada de Euskalit, y además algunos nos acreditamos con diversas certificaciones de calidad, innovación, recursos humanos o medio ambiente.

Nuestro Contrato Programa tiene dos ejes de contratación: diseño y planificación de servicios, y ejecución de la actividad. Estos dos ejes agrupan con un enfoque poblacional nueve dimensiones que incluyen más de doscientos indicadores en total relacionados con el diseño (recursos, servicios, atención integrada) y la actividad (seguridad, efectividad, equidad, centrada en el paciente, accesibilidad y listas de espera, eficiencia). La atención integrada tiene un peso muy importante, lo que ha ayudado al avance en el País Vasco. Los indicadores son los mismos para todas las OSI lo que permite establecer comparaciones de forma transparente y poder aprender de los mejores. Partiendo de este marco, en OSI Tolosaldea añadimos los requisitos de las distintas certificaciones que tenemos y desplegamos un cuadro de mandos a los servicios valorando los resultados con ellos cada cuatrimestre, teniendo en cuenta sus tendencias y su comparativo con otros servicios en el mismo periodo. Como resultado se ponen en valor los puntos

fuertes y áreas de mejora, así como los acuerdos alcanzados con los planes correspondientes.

En cuanto al modelo de financiación pasamos del modelo clásico a un modelo capitativo, que parte de la estratificación poblacional a la que se realizan diversos ajustes según el tipo de organización, la estructura o el flujo de pacientes entre organizaciones, por ejemplo.

Otro tema interesante es la orientación a valor de las organizaciones. Desde OSI Tolosaldea colaboramos con la Universidad de Deusto en el desarrollo de la herramienta MORE (madurez de las organizaciones orientadas a valor). MORE es una herramienta online gratis que permite hacer una autoevaluación de la organización respecto a este tema y devuelve información interesante con recomendaciones concretas. Cuando nosotros hicimos el primer piloto en nuestra OSI obtuvimos muy buenos resultados ya de entrada. Y es que el Contrato Programa de Osakidetza está de hecho orientado a valor.

Y en cuanto al cambio cultural de los profesionales, es complicado y hay que trabajar en ello continuamente. Desde el principio de la creación de las OSI de Osakidetza, realizamos anualmente el cuestionario D'Amour para ir viendo la progresión en este ámbito, observándose que año tras año vamos mejorando.

No quería dejar de incidir en la importancia del ámbito sociosanitario. En el País Vasco existe una red institucional desde hace muchos años. De hecho, ya en 2003 se creó el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria y a lo largo del tiempo se han ido desarrollando diferentes estrategias y acciones concretas. La base de la atención es el equipo de atención primaria socio sanitario, que incluye el equipo de atención primaria de cada centro de salud junto con los servicios sociales de base del ayuntamiento correspondiente. Conjuntamente trabajan de forma proactiva en la búsqueda de casos y en la detección precoz de pacientes con necesidades específicas. Estos equipos de base necesitan el apoyo de las Comisiones Sociosanitarias, en donde participan todos los agentes implicados, desarrollando protocolos, coordinando acciones, etc.

Un tema destacable también en este ámbito son los sistemas compartidos de información. En nuestro caso hemos ido avanzando implantando la historia clínica de Osakidetza en las residencias de la tercera edad. También se utiliza un módulo específico al que pueden acceder los integrantes del equipo de asistencia primaria sociosanitaria, independientemente del ámbito del que provengan. De esta forma pueden trabajar conjuntamente planteando objetivos comunes y optimizando la atención.

Un portal para usuarios está asimismo disponible para poder buscar fácilmente la información más adecuada en función de las necesidades de cada uno.

¿Cuáles son los elementos clave de la Atención Integrada?

En Osakidetza identificamos como elementos clave de la Atención Integrada los siguientes: la gobernanza, el enfoque poblacional, las rutas asistenciales, los sistemas de información, el empoderamiento del paciente la ciudadanía, los nuevos roles profesionales, la cultura organizacional y liderazgo, la orientación a resultados y la financiación. Además, en nuestro caso se apostó por la estructura organizativa con la creación de las OSI.

Por otra parte, recientemente realizamos un proyecto en la SEDAP (Sociedad Española de Directivos de Atención primaria) para identificar los factores clave en la implantación de la atención integrada, a partir de las experiencias de los últimos años en España. En el estudio participaron gestores sanitarios, profesionales sanitarios y pacientes de todas las Comunidades Autónomas. Este trabajo, que se publicará próximamente, pone de manifiesto que el nivel de impacto y esfuerzo requerido de estos factores clave varía. Por esto aconseja que los primeros pasos deberían ser la hoja de ruta, el impulso y respaldo a los responsables, y el liderazgo de la dirección, porque son de esfuerzo menor que otros y sin embargo pueden conseguir alto impacto. El documento plantea también recomendaciones útiles en materia de gobernanza, en el sistema clínico y en materia de cultura y valores.

Y finalmente quiero terminar con el lema para la Atención Integrada de la OMS, que es “atrévete a transformar” avanzando hacia una atención integrada centrada en el paciente.

Muchas gracias.

Boi Ruiz: Buenos días a todos y a todas, y en primer lugar muchas gracias a la Fundación Gaspar Casal por la confianza que me otorgan dejándome hablar con todos vosotros un ratito. Gracias también a Vicente Ortún por su amable presentación.

Me ha hecho mucha ilusión oír a Marisa, porque cuando yo llegué a la responsabilidad de la Consejería de Salud en Cataluña, nos planteamos abordar el tema de la cronicidad con carácter prioritario pese al contexto de reducción presupuestaria en que nos encontramos.

¿Qué hicimos?

Sabéis que ahora está muy de moda en muchos ámbitos el método Lean. Soy también partidario del método “lean”, es decir vamos a leer que hacen los demás sobre el tema. Para mí el gran método del Siglo XXI, con la rápida y fácil accesibilidad a una gran cantidad de información gracias a la revolución digital.

Entonces leímos que Rafa Bengoa había iniciado en el 2010 desde la Consejería de Sanidad en Euskadi un proceso de conceptualización y de aplicación de actuaciones en relación a la atención a la cronicidad. Allí aprendí lo del up down y el bottom up. El tenía mucho más avanzado el tema de la atención a la cronicidad y por lo tanto la atención integrada como gran bastón de la atención a la cronicidad. Nosotros en Cataluña ya hacíamos alguna cosa, pero gracias a Bengoa y su equipo llegamos a ver que escribíamos en prosa sin saberlo. Empezamos las dos Consejerías a trabajar juntos, cosa que tendría que ser normal en este país. Nos reuníamos en el país Vasco y nos reuníamos en Cataluña y así íbamos haciendo nuestras cosas. Insisto, aplicando el método “lean”. Me ha hecho mucha ilusión recordar toda esa etapa y recordar sobre todo aquello que decíamos cuando apostamos por el bottom up, decíamos el bottom up sí, pero el bottom up va a llegar un momento que se da con la cabeza en el techo, ¿y cuál es ese techo? y ¿por qué tenemos las dificultades que tenemos en un aspecto que ella ha dicho al principio, bueno, esto se hace aquí arriba en la política?, ¿qué es hacer las políticas? Tenemos una cierta confusión social en confundir las políticas con la política. Son dos cosas distintas, las políticas es un sustantivo que detrás lleva un adjetivo y son el conjunto de actuaciones, enmarcadas en un marco de ideas y valores, destinadas a gestionar proyectos en general o sus ámbitos en particular. Pueden ser políticas de recursos humanos, políticas de marketing, políticas de educación, políticas de empresa o políticas publicas.

Estas últimas son el conjunto de actuaciones encaminadas a solucionar los problemas de las personas y la sociedad fruto de unas ideas y valores. Esto último estará marcado por la ideología de los policy makers en cada momento. Es aquí donde interviene lo que llamamos la política y los políticos que son quienes les dan carácter ideológico a las políticas.

Quisiera contextualizar pues la atención a la cronicidad en ese proceso de diseño de las políticas, entendiendo las políticas en el sentido que digo y no únicamente como cuestión de ideologías.

Está claro que la cronicidad y las políticas sanitarias necesitan de aquellos atributos propios de lo que llamamos políticas públicas. Como decíamos conjunto de actuaciones encaminadas a solucionar problemas de las personas y de la sociedad. Un problema de la

sociedad que ha explicado muy bien Marisa, es satisfacer las necesidades de atención sanitaria de las personas y de la comunidad. Y esas necesidades cuantos más años vivamos o más enfermedades curemos gracias a los avances científicos, pues más tiempo de riesgo para tener más enfermedades. Yo mismo padezco dos enfermedades que, si las hubiera tenido hace 30 años, no estaría hoy aquí. Esa es una realidad y eso hace que dar respuesta a esa necesidad asistencial tenga que basarse en un conjunto de acciones que no pueden ser las mismas que establecimos hace 30 años. Por lo tanto, eso hay que revisarlo, y por lo tanto hay que hacer, desde el punto de vista objetivo, otras políticas públicas es decir otro tipo de actuaciones.

Toda política pública sanitaria que hagamos en nuestro país no puede salirse de una cosa admitida por todos, que entendiendo la atención sanitaria y la protección de la salud como un derecho humano universal. Ese es elemento de referencia permanente que no hay que olvidar. Es el marco de ideas y valores de nuestras políticas públicas de salud.

A veces yo diría alguna obviedad, pero son obviedades que como es obvio se olvidan, y como se olvidan dejan de ser obvias. Oímos como desde la política se ofrece el derecho a la salud a la salud a la ciudadanía o esta lo reivindica. Pregunto ¿la salud es un derecho que se pueda satisfacer? ¿Con qué políticas? Satisfacer el derecho a la salud significa garantizar la inmortalidad. No se puede decir con rigor que garantizas el derecho a la salud, es decir, al no enfermar nunca. La atención sanitaria sí es el derecho a proteger. Pero fijaros que el lema permanente es: la salud es un derecho. No, la protección de la salud es un derecho y, por cierto, también una obligación que empieza por ti mismo, porque no me digas que la salud es un derecho que yo te tengo que garantizar como estado, pero tú bebes sin límites, o fumas como un descosido. Por lo tanto pongamos las cosas en su sitio. Hay tanta gente hablando desde tantos puntos de vista y con tan poco conocimiento que se va creando una cultura de las cosas tremendamente ingobernable desde el punto de vista de cómo reconducirlo. No nos olvidemos de nuestra obligación como sociedad puesta en manos del Estado: en primer lugar proteger la salud y en segundo lugar atender a la salud cuando la salud se quebranta. Por cierto, no somos los únicos responsables de proteger la salud, que siempre nos cae a nosotros los sanitarios la responsabilidad. Nosotros no somos responsables de la obesidad infantil, la padecemos, desde el punto de vista asistencial, como tampoco de los accidentes de tráfico. Lo seremos de muchas otras cosas, pero nosotros no somos responsables de muchas cosas que corresponden a otras políticas públicas. Nosotros no somos responsables de que el nivel socioeconómico y sociocultural sea un elemento negativo para la salud si es bajo, pero en cambio da la impresión de que cuando hablamos de resultados de salud por diferencia

de regiones o de barrio sea por razones imputables a los servicios sanitarios y no a las políticas de educación o de empleo.

Porque, claro, la gente con un nivel socio económico bajo no tiene la misma equidad de acceso que los que lo tienen más alto. No nos equivoquemos, hay servicios de salud adecuadamente planificados y de acuerdo con las necesidades de la población. Eso sí, las listas de espera son un elemento de inequidad relacionado con la insuficiencia financiera del servicio público.

Pero queda fácil que el sector salud sea el que tenga toda la presión con respecto a la enfermedad, y otros sectores quedan muy bien. Ahora, por ejemplo, hablamos de políticas medioambientales. No hace falta decir la importancia de las políticas públicas medioambientales con respecto a la presión que tendrá el sistema sanitario, porque al final todo el fracaso de esas políticas o su inexistencia nos trasladará más presión al sistema sanitario.

Partiendo de ahí, nosotros en España, como hemos dicho, de acuerdo con unos principios y valores, reconocemos la protección a la salud y a la atención sanitaria como un derecho universal. La idea y valor principal es pues la universalidad. Todo el mundo tiene derecho en igualdad de condiciones y necesidades, equidad, a una cartera de prestaciones amplia y establecida gracias a una financiación solidaria procedente nuestros impuestos directos e indirectos. Aunque todavía en este país hablamos de la “seguridad social”, todavía en este país hay alguien que dice que va a la “seguridad social”, y hay gente que dice que hay medicamentos “cubiertos por la seguridad social”, cómo no! Si todavía la titularidad de los equipamientos públicos es de la Tesorería General de la Seguridad Social, o sea que de hecho el Sistema Nacional de Salud poco tiene en manos del Ministerio de Sanidad. Los hospitales son de la Tesorería General de la Seguridad Social, la base normativa troncal de sus profesionales es el Estatuto Jurídico del Personal de la Seguridad Social. Todavía más, fijaros mientras un valor de nuestro modelo de Sistema Nacional de Salud es su financiación con nuestros impuestos directos e indirectos, cuando tienes que recibir del sistema el medicamento y tienes que co-pagar algo, lo haces en relación a si eres clase activa o pasiva, ¿qué tiene que ver que sea activo o pasivo? ¿No financio por nivel de renta? Pues tendría que co-pagar por nivel de renta, no por activo o pasivo, o sea todavía seguimos con un sistema que reposa en reglamentos de Seguridad Social.

La mayor de todas las incongruencias la encontramos en la obtención de la Tarjeta Sanitaria que se tramita desde las CCAA, pero ni éstas ni el Ministerio de Sanidad son quienes acreditan el derecho. Siendo un derecho de ciudadanía o de residencia reconocida, si yo

nazco en España, de padres españoles y abuelos españoles... ¿automáticamente tengo tarjeta sanitaria? Pues no. Soy beneficiario del derecho de mi padre o de mi madre, siempre y cuando sean contribuyentes a la Seguridad Social. Todavía tenemos tarjetas sanitarias en este país de “beneficiarios” de un derecho o de otro, porque quien determina y reconoce el derecho a la atención sanitaria no es la autoridad sanitaria de este país, es el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Y estoy hablando de españoles, no de extranjeros. Sabéis muy bien que las comunidades tramitamos la tarjeta pero le pedimos a Instituto Nacional de la Seguridad Social la autorización. Si dice no, porque ni él ni ningún pariente de alrededor es cotizante, tienes que abrir un procedimiento administrativo o establecer un convenio especial con la Seguridad Social para poder tener tarjeta sanitaria. Abogados, arquitectos, profesiones liberales que pagan su mutualidad profesional y que no tienen obligación de cotizar como autónomos, no tienen derecho directo a la Tarjeta Sanitaria por no ser cotizantes a la Seguridad Social. Fijaros también el problema que tienen unos padres cuando su hijo a los 16 años deja de tener el derecho de beneficiario que le generan sus padres y que se va a estudiar al extranjero y que necesita la Tarjeta Sanitaria europea. A los 16 años ¿no es un ciudadano español con derecho a la atención sanitaria, en base a nuestro principio de universalidad para todo ciudadano español o residente acreditado en España?

¿Dónde está la política pública que resuelva ese problema? Están los valores pero no las acciones, reformas, que permitan dotar al Sistema Nacional de Salud de plena soberanía sobre los asuntos sanitarios. Lo digo porque entendamos lo que son las políticas públicas.

Hay un método sobre la toma de decisiones políticas, aunque no lo parezca porque no es que se utilice habitualmente. Se hagan políticas del tipo que sean, ello incluye a las políticas públicas, lo primero es el analizar el problema, sus causas y efectos. En la atención a la nueva manifestación de la demanda que es la Cronicidad, tenemos una doble causa, lo explicaba muy bien Marisa. Tenemos un problema muy claro como decíamos de envejecimiento, pero no de un mayor envejecimiento biológico. Hemos ganado longevidad con un envejecimiento de supervivencia, sobrevivimos más a muchas enfermedades. Los médicos desgraciadamente curamos muy pocas cosas, algunas enfermedades infecciosas y poco más. Lo único que conseguimos es alargar la expectativa de vida de muchísimas enfermedades, cosa que no hacíamos antes y es lo que hacemos ahora, apoyados en un Sistema Nacional de Salud altamente equitativo. Por lo tanto tenemos un problema que es el cambio de patrón en general de la demanda de atención sanitaria, al que añadimos un segundo problema: tenemos un modelo estructurado y planteado para dar respuesta a otro patrón de demanda que se

mantiene y se mantendrá, el patrón de demanda aguda. Pero desde el punto de vista porcentual, la demanda es mucho mayor de ese nuevo patrón de demanda de enfermedades crónicas, con sus episodios de agudización y necesidad de atención continuada. No tenemos bien atendida de manera integrada e integral a aquella gente que acumula muchas enfermedades y que a su vez acumula un problema social derivado de acumular muchas enfermedades. No lo tenemos bien resuelto, porque tenemos un patrón de demanda diferente al que respondemos con un sistema poco flexible de adaptación a esa nueva realidad y por lo tanto no atendemos a la gente como deberíamos atenderla. Eso no quiere decir que los resultados clínicos sean malos, pero tampoco quiere decir que porque sean buenos esos resultados estemos haciendo bien el proceso para obtenerlos, lo estemos haciendo con flexibilidad, centrado en la persona o lo estamos haciendo con eficiencia.

En segundo lugar, cualquier decisión de políticas tiene que hacer una valoración de las soluciones posibles, y esa valoración de las soluciones posibles, va en función del número de personas afectadas, va en función de los recursos comprometidos, va en función del tiempo que necesitamos para resolverlo, o el tiempo que necesita el problema para ser resuelto, la naturaleza ideológica de los policy-makers, las estructuras jerárquicas administrativas y políticas del estado, y la regulación existente.

Y fijaos, cuando hablamos de como respondemos al problema de la cronicidad, hablamos de como responder a la complejidad que tiene tener delante a una persona con diferentes enfermedades y diferentes problemas sociales añadidos. Estos pueden ser consecuencia de enfermar pero también favorecedores de ello.

Ante una persona así ¿con qué formación vamos a responder? A nosotros los médicos nos enseñaron cómo funciona el órgano o conjunto de órganos. Cuando se estropea el órgano le llamamos patología, y después, fijaros, si esa patología del órgano se trata con bisturí o se trata con pastillas, es una especialidad quirúrgica, es una especialidad médica. A partir de esa troncalidad de la formación vamos organizando el sistema de atención sanitaria. Con eso, en un momento determinado creamos las famosas unidades, en que nos juntamos diferentes disciplinas de la medicina y enfocamos la atención, por ejemplo, al cáncer de mama y organizamos las unidades de patología mamaria. Claro, eso era bastante más fácil. Pero ahora ¿cómo nos juntamos diferentes disciplinas y profesiones sanitarias delante de diferentes problemas? ¿Lo hacemos eso? No es tan fácil, y por lo tanto hay que creer en que nos digan los de abajo como tenemos que resolverlo, principio que compartíamos con Rafael Bengoa.

Evidentemente luego veremos la importancia que tienen los recursos comprometidos, porque claro, los recursos comprometidos tienen dos interpretaciones en la administración pública.

El primero, que no me cueste más, y aunque me cueste lo mismo, que no me desestabilice las partidas presupuestarias establecidas para cada cosa.

La administración pública funciona además por ejercicios de un año, y no existe el concepto de ahora haré un gasto muy importante que me desequilibrará al presupuesto, pero ese desequilibrio lo compensaré dentro no sé cuántos años por el retorno en menor carga de enfermedad de la acción emprendida. El ejemplo clásico es el de la situación que desencadena la aparición de un tratamiento curativo de la hepatitis C. Es un gasto para un ejercicio y si a medio o a largo plazo gastaremos menos en trasplantes hepáticos, en tratar hematomas o fibrosis hepática no entra en la lógica de gestión presupuestaria pensada en clave de gestión del gasto del ejercicio y alejada del concepto inversión/retorno que muchas intervenciones sanitarias comportan. Los que estáis al frente de organizaciones lo sabéis muy bien.

En el campo de la gestión presupuestaria tenemos una serie de limitaciones, porque uno de los elementos de cambio sería el de políticas de asignación de recursos en base capitativa para una población estratificada pues tenemos unas políticas de asignación de recursos basadas en la asignación para cubrir el gasto de estructuras predeterminadas y divisionales calculadas para una actividad cuantitativa.

No podemos avanzar a la velocidad necesaria sin hacer políticas, conjunto de acciones que tienen que hacer los gobiernos y los legisladores para hacer posible que los ejecutivos hagan cosas. Las reformas en la administración pública las hace el poder legislativo por iniciativa propia o a instancias del ejecutivo por necesidad. Para ilustrar lo que digo, un pequeño paréntesis. El otro día participaba, como le explicaba a Juan del Llano, en una jornada sobre legislación sanitaria en la UIC. Uno de los ponentes era un letrado de las cortes, y nos vino a decir: "miren, ustedes no entienden nada, pero nada de nada, ustedes ya no saben ni lo que votan cuando votan, ustedes no votan un gobierno, en este país no se vota un gobierno directamente. En cambio los partidos se presentan para ser elegidos para formar gobierno, ustedes votan el poder legislativo, y la obligación que tienen los partidos es de explicarle a los ciudadanos qué harán cuando gobiernen legislativamente, y si además consiguen tener el poder ejecutivo, más garantía de que lo harán, ¿pero qué harán legislativamente? ¿qué mantendrán de lo que en este momento va muy bien y que habrá que cambiar porque ha cambiado la sociedad? Ustedes votan poder legislativo, no

votan a candidatos a la presidencia con un plan de gobierno. Y si el candidato no gobierna ¿tiene plan legislativo? De ahí la importancia en la metodología diseño de cualquier política pública, como antes decíamos, de tener en cuenta las estructuras jerárquicas y administrativas sobre las que diseñarlas”.

En todo esto también tiene su importancia la clase ideológica de los policy-makers. Estos marcarán su posición con el apriorismo de que su ideología es la buena. Fijaos, hay una cierta tendencia a obviar la bondad o maldad de los resultados, yo siempre defiendiendo qué 2 y 2 tienen que sumar 4 los sumes de derecha a izquierda o de izquierda a derecha, si de izquierda a derecha suman 3, tenemos un problema. Muchas veces se da que ni de una posición u otra sumen 4 pero ideológicamente es defendible que 2 y 2 sumen 3 por que la ideología de turno es la buena. Desde cualquier ideología da igual, ¿es válido o no es válido ese argumento ? El 2 y 2, 4, es lo que tiene que perseguir una política sanitaria final. Ello quiere decir tener garantizada en condiciones de equidad la protección a la salud de los ciudadanos y la atención a su enfermedad con unos resultados previsibles y asumibles.

Bien, fijaos en todo lo que interviene en el diseño de políticas que aporten las soluciones posibles para poder atender a la cronicidad de una manera diferente a la que la atendemos hasta ahora. Sabemos qué objetivos queremos alcanzar, hemos llegado a las soluciones posibles, a las soluciones objetivas, hemos elegido las soluciones y las plasmamos en planes y estrategias. Para ello necesitamos una regulación que nos permita la aplicación de las soluciones elegidas. Mientras tanto hemos elegido una solución adaptativa, tenemos a las actuaciones dentro de unos marcos basados en la voluntariedad, en la cooperación, en la relación, en los liderazgos, pero que no se consolidan de una manera estructural regulada. Por lo tanto sin identidad presupuestaria propia.

El problema de atender a las personas de una manera integral, integrada, ya veremos luego los conceptos, deben responder a las diferentes visiones de los protagonistas. Tienen que satisfacer de alguna manera esas visiones las soluciones que escojamos. La visión del paciente es muy sencilla: a mí que muchos me lleven de algo pero uno me lleve de todo. Yo, paciente, ya tengo claro que del corazón me llevara el cardiólogo, del hígado me llevara el hepatólogo, y cuando estoy ronco el otorrino, pero a mí alguien que me lleve de todo, y ahí es donde se apuesta con mucha claridad porque ese de todo, es el Equipo de Atención Primaria.

Son elementos que tiene muy claros el paciente de a pie. Después el profesional sanitario dice que eso es un poquito lo que hemos conseguido hacer en la base, vamos a decidir entre

nosotros, qué le compete a cada uno, a quién le compete el todo, y nos vamos a organizar a tal fin. Ahí está el concepto inspirador de la OSI. Las OSI se pueden impulsar o se puede promover desde la gestión pero nace desde la bases como necesidad. Pero luego la administración hay que alinearla, y es difícil cuando tú vas y dices “nos querríamos organizar así, oiga pero la plaza de enfermera gestora esto no existe, y el administrativo cualificado no existe, y ¡huy! el trabajador social. ¿Esto no es del ayuntamiento? No es una profesión sanitaria. Alguno tenemos en la Atención Primaria, hay uno sí pero las plazas están limitadas”.

Porque nos tenemos que organizar cómo nos presupuestamos, no presupuestamos cómo nos tenemos que organizar, y seguimos así. Estamos en el Siglo XXI y aún los presupuestos de las Comunidades Autónomas, que no tienen ninguna obligación de tener esa estructura, mantienen la estructura de presupuesto de atención especializada, atención primaria, presupuesto de farmacia, ambulancias y demás derivadas del catálogo de prestaciones. Tenían esa obligación las comunidades que tuvieron primero las transferencias cuando recibían la financiación de las transferencias del Insalud cuya estructura presupuestaria era esa. Nadie quiere afrontar reformas o cambios porque gobernar parece a veces que es pasar de puntitas por ahí y ver si sigues más tiempo. Como te metas en algo, tendrás un problema y puedes perder el estatu quo obtenido. Porque el pacto político no existe entre contrarios y eso hace que gobiernos y oposiciones, aún con la alternancia debida, aborden políticas públicas de calado administrativo y de cambios estructurales. El que entra en el gobierno seguirá con el mismo problema que tenía el que gobernaba y a quien sustituyó, y que por cierto como no le ayudó a resolverlo tampoco le ayudará cuando esta fuera, y así estamos.

Si leéis el informe Abril Martorell muchas de esas cosas que estoy diciendo ahora, están en el.

A los poderes públicos les oiréis decir: mire tenemos un gran reto con la atención a la cronicidad y el reto de la atención integrada. Pero más allá de planes y estrategias poco adentramos en las políticas. ¿Qué conjunto de acciones, no de infinitivos, se proponen? Porque si veis, no entro en un juicio de valor, simplemente en un juicio estético. Si veis el preacuerdo de gobierno que establecen los dos partidos que quieren gobernar en coalición, es un continuo de infinitivos: mejorar, contribuir, promover... Es un primer paso definir el “qué”. Pero claro, hacer políticas son los “cómo”.

El gran reto, el mayor, es dotarnos de un pacto de estado sobre la sanidad. ¡Qué reto, eh! Creo que desde que tengo uso de razón profesional estamos con el pacto. Fui un modesto

escribano en la época del informe Abril. Ahí aprendí mucho detrás de Paco Martínez Borrego. Desde entonces hemos hecho 30.000 informes. Estamos ahora haciendo un trabajo en la UIC que acabaremos y publicaremos a principios del año 2020, en el que analizamos todo los documentos que se han elaborado en los últimos 20 años en España respecto a las mejoras y propuestas de políticas públicas que habría que hacer, para hacer el sistema más solvente, no es lo mismo que sostenible. Comparto con Guillem López que la solvencia del sistema es lo que en estos momentos tenemos en cuestión, eso quiere decir si somos capaces, con las mimbres que tenemos, no con los dineros, de dar respuesta a todos los cambios que se están produciendo. No da la impresión que seamos solventes para dar respuesta a lo nuevo sin políticas de reforma de lo antiguo. Y sin solvencia hay poca sostenibilidad.

Pero hasta ahora la situación en la que estamos es esa y la respuesta existente hoy, pese a todas esas limitaciones, va resolviendo la cuestión en la medida de lo posible con muchas tensiones. Pero estamos lejos de dar una respuesta integral real.

Hay conceptos que también tendríamos que no mezclar por respeto a la semántica. Integral e integrada no es lo mismo. Integral es en relación a todas las necesidades de la persona concurrentes con su enfermedad y su realidad integrada, es sumando entre todos los que la atienden. Multidisciplinar es desde diferentes conocimientos y perspectivas de una misma profesión, que no es lo mismo que multiprofesional. Lo digo porque la enfermería es una profesión que no se tiene que considerar una disciplina médica, ni el médico es una profesión que no tiene que considerarse una disciplina de otra rama sanitaria. La multiprofesionalidad recoge la interacción necesaria entre diferentes profesiones: médico, enfermería, trabajo social, el nuevo papel del farmacéutico, etcétera, y después un elemento cada vez más notable y que desde algunas universidades como en el Instituto Universitario de Pacientes que dirijo en la UIC, tenemos como lema. Desde la atención integral, integrada, multiprofesional y multidisciplinar, nosotros tenemos que conseguir que la atención a las personas sea una atención afectiva para ser efectiva. Las personas tienen que sentirse seguras, se tienen que sentir bien tratadas y se tienen que sentir protegidas, no en sentido paternalista. Una atención afectiva y efectiva es explicarle a un paciente su enfermedad para empoderarlo y para que la confianza en el personal sanitario que la atiende no se base simplemente en la devoción, sino que se base en la convicción. Pasar del sistema clásico que hemos tenido y en el que aún muchos pacientes están cómodos, no significa obligar a ningún paciente a saber más de lo que sabe y evitar que quiera seguir con una relación. No hace falta, el que no quiere empoderarse que no se empodere, pero que aquel que sí, ¿por

qué es bueno que lo haga y lo haga bien ? Porque hay un falso empoderamiento que se vive muy mal en el sistema y que cada vez predomina más. Es el que muchos practican antes de ir al médico van al “doctor Google” y acaban yendo a examinar al médico o a la enfermera a ver si lo que yo ya sé que tengo, que me ha dicho el doctor Google, el médico o la enfermera me lo corroboran. Si no me lo corroboran lo discuto. Tenemos que buscar un punto de equilibrio en eso.

Pero está demostrado que la atención afectiva es más efectiva. Afectiva quiere decir que a las habitaciones de nuestros hospitales les da el sol, porque sabemos todos que las habitaciones en las que les da el sol curiosamente la estancia media para una misma patología es menor que en una que no le da el sol o que tiene muy poca luz exterior. Lo sabemos en lo que a los espacios físicos se refiere. Lo afectivo va ligado a lo integral, a la persona en su entorno y a su familia.

Tenemos un primer problema en la formación de pregrado, yo os decía como nos enseñan medicina, pero claro, resulta que nos enseñan a cada uno por un lado y luego trabajamos juntos, o sea ¿es distinta la anatomía que le explican a un farmacéutico que la que le explican a una enfermera, o la que le explican a un médico? ¿Es distinta la fisiología? ¿Toda esa formación de base troncal nos la tiene que explicar por separado? Si luego vamos a trabajar juntos, atención integrada y multiprofesional, ese modelo divisional de las profesiones sanitarias ya nos orienta al gremialismo. Luego nos obliga a hacer un sobreesfuerzo cuando nos incorporamos a trabajar en conocernos. Tú decías muy bien Marisa que los grupos de trabajo hay que trabajarlos abajo, porque arriba no nos hemos preparado para eso. La formación de Grado y de Postgrado tendría que tener una cierta revisión con respecto a las necesidades que tenemos en las organizaciones para atender a la gente.

Después hay un elemento muy disruptivo y me parece muy bien el discurso permanente de la integración de la atención social y de la atención sanitaria, nadie lo cuestiona. Pero eso es el “qué”. El “cómo” todos sabemos cuál es. Pero lo disfrazamos. Ahora algunas Consejerías de Sanidad y algunas Consejerías de Servicios Sociales estarán juntas, y juntamos hasta los Ministerios, pero ¿hemos integrado las estructuras y los presupuestos?

Voy más allá, la prestación social tendría que estar en el catálogo de prestaciones sanitarias, si esa prestación es necesaria para el resultado de la salud de la persona. Pongo un ejemplo más fácil de entender: un enfermo mental en que está claro que la evolución de su patología y su estabilidad depende de que tenga trabajo, eso es una prescripción social.

Si como psiquiatra prescribo unas pastillas no hay ningún problema. Si prescribo trabajo como terapia, en eso no hay nadie que ponga un dinero para incentivar a una empresa que tenga esa persona por razón de su tratamiento. Una persona que vive sola y que necesita un apoyo diario para garantizar su adherencia al tratamiento o para muchas otras cosas que van a repercutir en su salud es otro ejemplo de prescripción social. Si no aportamos esa prestación vamos a presionar más al sistema sanitario. Una persona con una pérdida importante de autonomía, cuanto menos ayuda tenga, más carga de enfermedad va a tener, y al revés, cuando más carga de enfermedad tenga, más necesidad de soporte a su pérdida de autonomía. Otra cosa es quién tiene que dar esa prestación, quién lo tiene que hacer. Una prestación sanitaria es hacer una receta pero no da el medicamento el que hace la receta. Uno va a la farmacia.

Con una prestación social realizada por un equipo multiprofesional uno tendría que ir a los servicios sociales; lo mismo que si tú decides que alguien tiene que hacer un ejercicio determinado, o lo mandas a fisioterapia o no puedes hacer una prescripción para que en el polideportivo o en el gimnasio público pueda ir sin pagar la cuota; nos lo gastamos en fisio, y tenemos aquella coreografía de la lumbalgia en todos nuestros servicios de fisioterapia, por lo tanto, eso es hacer políticas, tomar esas decisiones. Tenemos un reto de integración entre la atención social y la atención sanitaria.

También como decías muy bien Marisa tenemos un problema en la configuración del esquema organizativo sanitario. Tenemos un modelo sanitario diseñado y basado en hospitales que tienen servicios, es decir, es el recurso físico el que tiene la prestación, no es la prestación la que utiliza el recurso físico. Por eso decía y sigo manteniendo que el cambio organizativo, y por lo tanto presupuestario, está en tener servicios que tengan hospitales y no hospitales que tengan servicios. Esa compartimentación no va bien ni para la “n” necesaria para la experiencia de los profesionales. Va mucho mejor para los profesionales de servicios que tengan hospitales, y va mucho mejor para los ciudadanos que pueden ser atendidos en un hospital por un servicio que tenga ese hospital y varios más, un ejemplo lo tenemos en Vic: integraciones, agregaciones, alianzas. Pero todo eso queda en lo informal y no en lo estructural.

Tenemos que dar el salto entendiendo también a la Atención Primaria como un servicio de primer nivel de resolución, más allá del centro de atención primaria dónde están los médicos de familia. Estos pueden y deben ganar capacidad resolutoria. Cuando los médicos de familia dicen que el nuevo fonendo es un ecógrafo, conflicto, porque el ecógrafo es mío, tiene que estar en el hospital, yo soy el ecografista.

Hay otro instrumento del que no hablamos como tal y que tendría que salir del presupuesto administrativo: la historia clínica compartida es la columna vertebral de la atención integrada e integral y es una herramienta clínica esencial, ¿por qué tiene que estar en los presupuestos de informática?

Fijaos la cantidad de cosas que limitan a los gestores y a los profesionales para el pleno desarrollo de una atención integral e integrada. Pero, aún en ausencia de políticas, gracias a su interacción, hemos sido capaces de avanzar en soluciones y con buenos resultados. Para progresar precisamos de un sistema que permita realmente una separación de funciones, sin menoscabo de una autoridad responsable que defina los resultados a obtener dejando el “cómo” a quien más cerca está de la demanda a satisfacer. En ello se fundamenta, en aplicación del llamado principio de subsidiariedad, la descentralización de la gestión sanitaria en las comunidades autónomas partiendo de que aquel que está más próximo al problema y que conoce la cultura del problema tiene la capacidad de dar solución. Exactamente igual este principio debería ser de aplicación en la relación entre el financiador, autoridad sanitaria y el proveedor sea público o sea privado. Le asigno estos recursos, le marco unos resultados exigibles y después rinde cuentas, sobre esos resultados. No cuenta sobre si este proceso se ha hecho así o no se ha hecho. Siempre pongo un ejemplo de rendir cuentas, porque yo pretendía rendir cuentas de lo que hacíamos en términos de resultados de salud y de resultados clínicos, no únicamente términos de ejecución presupuestaria. Primaba siempre la exigencia administrativa última por parte de las instancias de control al Gobierno. Para defender mi tesis os pongo un ejemplo. En este país hemos hecho aeropuertos en Cataluña, en concreto uno, en el que el proceso fue impecable: no se gastó ni un euro más de lo previsto. No metió nadie la mano en la caja, se cumplieron los plazos. Fantástico, medalla al consejero de turno, porque hizo impecable el aeropuerto. Mi pregunta sobre rendir cuentas es si finalmente hay tráfico aéreo, porque la finalidad no es hacer el proceso administrativo de forma impecable, que también, sino es alcanzar el resultado que justifica el que hagamos un aeropuerto. No hacemos aeropuertos para cumplir bien un procedimiento presupuestario administrativo, lo hacemos para que despeguen y aterricen aviones. Lo mismo si hacemos un hospital.

Por cierto, los resultados tiene que tener tres beneficiarios, si son buenos. Por descontado el primer beneficiado debe ser el paciente, pero el paciente no estará beneficiado si eso no supone un progreso para el profesional que le atiende, y si eso no supone una buena gestión para el contribuyente. Evidentemente tenemos que primar el primer resultado, pero difícilmente aguantaremos el primer resultado si no alcanzamos el segundo y si sobre todo no tenemos la suficiencia presupuestaria precisa para dotar de recursos el gasto

que tienen las prestaciones. Pero siempre hablamos del resultado para el contribuyente que justifique su esfuerzo fiscal.

Decías muy bien Marisa que deberíamos entender que tenemos un sistema de medicina reactiva que nos ha llevado a ese éxito y a ese reto de vivir más años. Pero que tenemos que empezar a plantearnos una medicina más proactiva que baje la carga de enfermedad que tiene que atender el sistema. La sostenibilidad no la tendremos sólo por poner más recursos si no porque tengamos menos carga de enfermedad. Concepto primario de cualquier aseguradora, y en el fondo el sistema de salud no es más que una aseguradora pública, mejor dicho es una suma de 17 aseguradoras, que lo que tienen que intentar es tener menos siniestros. Pero hemos vivido en un sistema en qué tú crecías en cuanto tuvieras más siniestros, cuanto más altas demos, cuánto más operemos, cuánto más de visitas hagamos más crecemos y ahí está el éxito. Acostumbro a explicar que somos los que más trasplantes hacemos, fantástico. En España, el que necesita un órgano en un momento determinado lo tiene en unas condiciones excepcionales con respecto a otros países. Excelente resultado que debería ir acompañado de una disminución de la necesidad de transplantar.

¿Dónde está la buena noticia y la mala noticia en la supervivencia al infarto de miocardio? Somos de los que más sobrevivimos al infarto. Gran noticia, si tengo que tener un infarto que lo tenga en España o en Finlandia donde se da la mayor supervivencia. Pero el objetivo de sobrevivir al infarto debería acompañarse de sufrir menos infartos. En ambos casos los objetivos deben ser dobles y dotar las políticas acordes para su consecución.

Hay que asignar recursos basados en políticas duales, porque cuantos más recursos pongamos en la medicina proactiva menos pondremos en la medicina reactiva.

Hablemos ahora del empoderamiento y participación del paciente. Al paciente y a sus representantes los llaman desde las administraciones por tres razones, una primera razón por cortesía: venga usted, vamos a proponer un proyecto, queremos que usted participe y salga en la foto.

Una segunda razón por la que es llamado es cuando montan un lío y no queda más remedio que llamarlos y la tercera razón es por haberles reconocido formalmente el derecho de participación. Esta última debería ser la forma a establecer. Lo digo con la autoridad de haber hecho un Decreto creando un consejo de participación que llamamos Consejo Consultivo de Pacientes. En ese consejo de participación vimos cosas que se nos escapaban a todo el mundo desde la gestión y la clínica. Un par a título de ejemplo. La asociación de

pacientes con enfermedades de Crohn y colitis ulcerosa, tienen un problema igual que lo tienen las embarazadas, que en un momento determinado necesita utilizar un lavabo. No hay lavabos públicos en este país y la gran mayoría de servicios de hostelería te encuentran un letrero que dice que los servicios son exclusivos para los clientes. O consumes o no usas lavabo. Ello propició un acuerdo entre la patronal de hostelería y la asociación de pacientes bendecido por la Consejería para que los pacientes dispusieran de una tarjeta que le permitiera acceder a los servicios sin consumir. En el caso de los invidentes propició que su Tarjeta Sanitaria fuera escrita en Braille.

Lo anterior forma parte de la atención afectiva que puede canalizarse desde las administraciones.

También nos plantearon que hay gente que no puede esperar en una sala de espera, como un niño autista, o un paciente con patologías acompañadas de grado de excitación o de exhibición de la enfermedad que pueda menoscabar su dignidad.

Se reguló que a instancias de su médico de familia y para este tipo de pacientes, se emitiera una Tarjeta que se llama Cuídame, a efectos de priorizar su acceso a la atención en los centros sanitarios. En el supuesto de un niño autista permite en un servicio de urgencias dar preferencia a su atención. Bien, he agotado mi tiempo y me quedo aquí y a vuestra disposición para lo que queráis comentar y preguntar.

Marisa Merino: Ahora es vuestro turno, que nosotros ya hemos hablado mucho.

PREGUNTA 1

Les voy hacer una pregunta, que voy a llevar a reflexión. En Aragón también trabajamos desde hace años en áreas integradas, con resultados dispersos que hace un segundo aquí comentábamos y en Aragón fue motivo de reflexión: hospitales de nivel terciario mezclados con primarios son muy poco realistas como modelo, pero entornos rurales con hospitales de otro nivel sí que dan juego para poder trabajar. Una reflexión que habéis hecho los dos desde dos perspectivas distintas, Marisa con un ligero pesimismo y el doctor Boi con algo más de optimismo, yo sí que voy a aportar mi visión de mi experiencia de bastantes años haciéndolo y convencido. Yo sí que creo que es bueno acostumbrar a la sociedad a que participe. Lo que no es bueno es pensar que la sociedad que no ha participado nunca o ha participado desde el punto de vista de la beligerancia y no desde el punto de vista de la colaboración, va a colaborar sabiendo desde el primer día, igual que nosotros tampoco desde el primer día estamos muy dispuestos a aceptar que alguien nos diga algo. Yo la experiencia que tengo de trabajarlo es muy positiva y voy a poner un ejemplo tonto. En una reunión hace 4 años cuando me incorporé a dos sectores, una cosa absolutamente muy cerrada que diría un catalán, un paciente me preguntó “¿usted sabe que en un hospital, en Vilanova para más señas, usted sabe que tiene bañera?” ¿Cómo que sí sabe que tiene bañera? Digo, mire, no, claro. Hay que situarse en el tiempo, este hospital tiene de 60 a 70, u 80 años. De repente pensé, nadie hasta hoy, de todos los que han pasado por aquí, se han planteado que ahí hay bañeras. Llevo 4 años quitando bañeras y fue gracias a ese señor, porque si no, no se me habría ocurrido, es por poner un ejemplo.

PREGUNTA 2

No puedo abrir esta discusión sobre las comisiones de participación, yo coincido un poco con Marisa, yo he estado en diferentes sitios donde las hemos creado cada tres meses, cada cuatro meses, se ve que tiene un valor formal. También que rendimos cuenta, está claro, pero creo que ahora ya estamos en otro momento, yo creo que estamos en el momento de bajar a pie de obra con una parte, confrontar directamente a los pacientes con los profesionales, confrontar en el buen sentido de la palabra, entonces hemos empezado con una experiencia en ese sentido que es extraordinaria. Y digo que los profesionales que están con pacientes todo el día, en otro tipo de foro –en nuestro caso hacemos un café entre profesionales que han atendido en su unidad, en su planta, a personas; toman un café con esta persona al cabo de un mes para comentar lo que recuerdan, cómo lo han vivido y es extraordinario– descubren una cantidad de cosas de su práctica diaria de la que no se dan cuenta, puede ser esto o puede ser el *Design Thinking*, o puede ser el que participen los pacientes en el rediseño de procesos. Yo creo un poco en la nueva fórmula, la Nueva Visión de participación del paciente, de conocimientos de sus expectativas, de conocer su satisfacción. No está tanto en estos macros, cosa que, si bien en la norma o en la ley, que hay que hacerla, sino de bajarlo a nivel mucho más específico e incorporar la reflexión, es decir, los aportes que pueden hacer la cadena de valor, que se dice ahora, en el proceso que tenemos sistematizado, o de alguna manera rutinaria incorporar esta visión, yo creo que es un poco loco nos toca hacer ahora en este momento.

PREGUNTA 1 (cont.)

Sí me gustaría hacer un comentario respecto de esto. Nosotros tuvimos durante bastante tiempo este modelo, de participación de alcaldes, asociaciones de empresarios, sindicatos, etcétera, y estaba absolutamente unificada, lo que tú nos acabas de trasladar lo hemos cambiado recientemente y tenemos sólo asociaciones de pacientes, sólo damos participación y la verdad, hemos mejorado muchísimo eso, e incluso en abordar lo que de verdad importa y es una ganancia importante.

Marisa Merino: Según la experiencia que tengo en este tema, coincido plenamente con vosotros. Creo que el Consejo Social es muy interesante y se ha de mantener. Sin embargo, también pienso que hay que complementar la información con otras fuentes. Por ejemplo, con foros de pacientes, de asociaciones de pacientes, ciudadanos y otros agentes que puedan aportar otra visión. Si además aplicamos metodologías novedosas a estos foros podremos obtener resultados mejores y más innovadores.

Boi Ruiz: Yo vuelvo al cordón umbilical que aún une al Sistema Nacional de Salud con la Seguridad Social. La génesis de los consejos sociales viene de los consejos que tenía el Insalud en el que estaban presentes los financiadores de los centros y de la actividad que eran sindicatos, cuota obrera, y las patronales cuota patronal. En momento en que desaparece el Insalud en muchos lugares se mantiene en el servicio de salud creado en la comunidad autónoma una composición similar de participación representativa a la que aquel tenía. En ellas siguen estando presentes sindicatos y patronales aunque en la mayoría de los casos los patronales se retiraron. Todo ello dejó en la representación sindical también la defensa de los pacientes.

La participación directa de los pacientes en las decisiones del sistema que les afectan debe ser directa y sin intermediarios, a través de asociaciones acreditadas. Debe ser un derecho reglamentado y no una mera invitación como ya hemos comentado. Las experiencias existentes dan fe de su utilidad para el interés general.

LA EXIGENCIA DE CALIDAD Y ORIENTACIÓN AL PACIENTE

Coloquio 2



Manel del Castillo Rey

Director Gerente del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, desde abril de 2003. Miembro de la Junta de Gobierno de la Dirección General de la Curia Provincial del Orden Hospitalaria San Juan de Dios, desde 2014. Presidente del Consejo Asesor de la Fundación Factor Humano desde 2016. Miembro del Children's Hospital's International Executive Forum, desde 2010.

Es médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y máster en Gestión de la Empresa Pública por ESADE. Comenzó su trayectoria de gestión sanitaria como gerente de Atención Primaria de Mallorca (1988 - 1993), director provincial del Insalud Baleares (1993 - 1996), director gerente de la Fundación Hospital Manacor (1996 - 1998), Gerente del Hospital Municipal de Badalona (1998 - 2003), Director General Adjunto del CHC Consultoría y Gestión (2001 - 2003), y ocupó el cargo de secretario general de la Patronal del Consorcio de Asociación Patronal Sanitaria y Social (CAPSS) (desde 2007 hasta 2016).



Manuel García Goñi

Es Profesor Titular de Economía Aplicada y Vicedecano de Relaciones Internacionales en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Complutense de Madrid. Es Doctor en Economía y Máster en Economía Política por Boston University con la especialidad en Economía de la Salud y Economía Industrial. Ha sido Visiting Scholar en Columbia, Visiting Fellow en la Australian National University (Canberra, Australia), y Profesor Visitante en la Universidad de Nova de Lisboa, Universitatea de Vest din Timisoara, Universidade do Porto, y Universidad Carlos III de Madrid. Ha ejercido de Secretario Académico y director del Encuentro de la Industria Farmacéutica que se celebra anualmente en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo desde 2004. Manuel ha impartido conferencias como profesor invitado en instituciones como la Universidad de Bolonia, Erasmus University en Rotterdam, Management Center Innsbruck, Universidad Carlos III de Madrid, o Hibernia College en Dublin. Asimismo, ha sido miembro de la Junta Directiva de la Asociación Española de Economía de la Salud (AES) entre 2006 y 2012.

Manuel García Goñi: Buenos días a todos, vamos a comenzar la siguiente sesión del Curso, que consiste en un coloquio que lleva por título “La exigencia de calidad y orientación al paciente”.

En primer lugar, me gustaría agradecer la invitación de la Fundación Gaspar Casal a participar en este Curso. Para mí es un honor estar aquí con todos vosotros, permitidme que os tutee. Seguramente yo soy uno de los pocos no médicos aquí en la sala. De hecho, soy economista, no sé si para bien o para mal, y para mí siempre es un placer trabajar rodeado de médicos y gestores sanitarios. Llevo ya bastantes años trabajando en economía de la salud y es un placer desde luego conoceros a todos personalmente y oír todo lo que tenéis que decir, que es mucho. Además, tengo que avisar que en la invitación, Juan del Llano nos dio libertad de cátedra, que hemos decidido usar, y así, hemos modificado ligeramente el contenido de este coloquio respecto a la propuesta inicial, si bien no hemos modificado el título, que nos gustaba mucho. Vamos a ver si lo hemos hecho bien, y en cualquier caso, esperemos que os resulte interesante.

Una vez realizada esta introducción, voy a comenzar. Mi papel principal en este Coloquio es el de moderador y presentador del verdadero ponente, que es Manel del Castillo. Manel del Castillo es un superviviente de la Gestión Hospitalaria, ya que no hay tantos gerentes de hospital que permanezcan en el puesto tantos años como él. Es, desde luego, un referente en España, dentro de esta profesión. Estudió Medicina en la Universidad de Barcelona, es especialista en medicina familiar y comunitaria, ha realizado numerosos cursos/masters de especialización, y se le conoce sobre todo porque es el Director del Hospital San Juan de Dios de Barcelona desde el año 2003, ya hace casi veinte años. Además, es Consejero de la Junta de Gobierno de Orden Hospitalaria desde 2014; Miembro del Patronato de la Fundación Sant Joan de Déu para la investigación, desde 2008; Miembro del Patronato de la Fundación DKV Integralia, desde 2014; Miembro del Consejo Asesor de la Fundació Factor Humà, desde 2018; y Vicepresidente de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria, desde 2012.

Manel del Castillo fue en sus inicios médico asistencial en Atención Primaria, pero enseguida ocupó posiciones de gestión, primero como director gerente en Atención Primaria y como director territorial en Insalud Baleares, y más adelante como Director Gerente de la Fundación Hospital de Manacor, Gerente del Hospital de Badalona y de Badalona Gestión asistencial y Secretario General del Consorcio de Asociación Patronal (CAPSS) desde 2007 hasta al 2017.

En definitiva, su currículum es realmente extenso, y presenta una enorme experiencia de gestión, por lo que yo creo que vamos a aprender muchísimo con su presentación, que además tiene una perspectiva muy práctica.

Yo he tenido la suerte de poder acudir desde su comienzo ayer a este Curso, así que puedo decir que en las diferentes presentaciones que hemos disfrutado, realmente se han tocado muchas perspectivas diferentes. Pues bien, ahora llega otra, la de Manel del Castillo, que también considero que va a aportar muchísimo. Anticipo que su perspectiva no es tan pesimista como puede parecer en un inicio, sino que está llena, creo yo, de sabiduría, que es lo que le permite identificar dónde están los problemas en la gestión, y de esta manera, anticipar por dónde deben venir las soluciones, lo que es tremendamente positivo.

Por mi parte, yo me llamo Manuel García Goñi. Soy profesor de Economía Aplicada en la Universidad Complutense de Madrid. Estudié mi doctorado en economía en Boston University, en Estados Unidos, y desde el año 2003 estoy de vuelta en España. Además, en los últimos cuatro años (de diciembre de 2015 a diciembre de 2019) he sido Vicedecano en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Complutense. Mi Facultad se puede decir que es más o menos grande; con alrededor de 5.000 estudiantes y aproximadamente 400 profesores. No es lo mismo, definitivamente, que un hospital, porque el objetivo es diferente, pero tratándose de una Facultad que pertenece a una universidad pública española, como es la Universidad Complutense de Madrid, que además es de las más antiguas del mundo y la universidad presencial más grande de España, sabemos algo de los problemas de gestión, y puede que tenga algunas similitudes con la situación de la gestión de muchos hospitales públicos. No seré yo quien compare una Universidad Pública con un Hospital Público, pero probablemente sufrimos muchas veces los mismos corsés y restricciones en distintos ámbitos, como el de la contratación, para dar un ejemplo.

Primero voy a mostraros la estructura de la presentación en la que intentaré ser breve, aunque no lo prometo. Voy a motivar un poco dónde creo que estamos en cuanto a gastos. No voy a hablar en esa motivación de problemas de gestión porque después intentaré explicar la teoría del Management sobre la gestión pública y cómo ha sido la evolución en los distintos modelos de gestión pública, pero desde el punto de vista académico. La parte práctica ya la tendréis más tarde con Manel, por lo que yo me puedo permitir el lujo de hablar desde el punto de vista de la Academia. Después contaré brevemente qué es la innovación y cuáles son las tareas de la gestión y luego trataremos de ver dónde estamos

en España en el caso de la sanidad. Finalmente le abriré camino a Manel, que es quien realmente tiene puede proporcionarnos una visión práctica dada su enorme experiencia en gestión de hospitales públicos.

Gasto sanitario, crisis económica, recortes e incentivos a la eficiencia en la gestión

La OCDE proporciona datos de gasto sanitario total como porcentaje de PIB en distintos países. España es de los países que menos gasto tiene como porcentaje del PIB.

Pero la serie es claramente creciente. Es verdad que existen variaciones en la evolución del gasto sanitario, y que en unos años crece más que en otros, o incluso en algunos años presenta una evolución negativa, en términos relativos a la economía. Es conocido que la economía española ha pasado unos años de crisis económica bastante severa y que esta crisis se ha reflejado en una evolución negativa del PIB. De esta manera, una reducción en términos relativos de una cantidad decreciente, supone una reducción todavía mayor en términos absolutos del gasto sanitario.

En cualquier caso, la tendencia reciente es clara en cuanto que cada año, en los últimos años, estamos observando un mayor gasto sanitario total. Pero fijaos también que el gasto sanitario público per cápita ha caído. De hecho, mientras que el gasto sanitario público ha caído de manera significativa, el gasto sanitario total de los últimos años apenas ha variado. Así, la diferencia entre gasto sanitario total y gasto sanitario público se ha incrementado de manera significativa, especialmente hasta 2014, en esos años de crisis económica. Esto tiene mucho que ver con todos los recortes y restricciones que habéis sufrido en los hospitales públicos.

Es cierto que unos años después, a partir del 2014, esa tendencia se ha corregido y tanto el gasto sanitario público como el total han crecido. Pero incluso en estos últimos años, parece que el crecimiento del gasto sanitario total es superior al del gasto sanitario público, lo que hace que continúe incrementándose este diferencial, lo que da más espacio al gasto sanitario privado. Este es un simple dato que proporciono para que se tenga en cuenta a la hora de interpretar todas las cuestiones que se han comentado durante el Curso, relativas a la equidad en el acceso universal a los servicios sanitarios. Así, con este panorama, cada vez es más necesario trabajar en la eficiencia de ese gasto sanitario (público y total) creciente.

Hace ya unas cuantas décadas que los buenos gestores se estaban preocupando de la eficiencia. Pero la necesidad ha llevado a que todos, buenos y malos gestores, se preocupen de mejorar la eficiencia de los recursos en la actualidad. La crisis económica y la necesidad de realizar recortes en el gasto sanitario público hace que se haya convertido en una cuestión clave la búsqueda de la eficiencia en la gestión pública.

Así, es en los momentos de crisis económica cuando muchas veces toca realizar reformas y buscar una solución para tratar de mejorar la eficiencia y reducir los costes. Este proceso ha ocurrido en un momento histórico en el que además, la demanda es creciente, debido a diversos factores, como el envejecimiento de la población, o por la mejora en el acceso a tratamientos que están consiguiendo curar algunas enfermedades para las que no había cura hasta hace poco, y que incrementa el grado de cronicidad en una población con mayor esperanza de vida.

En cualquier caso, el gasto sanitario esperado es creciente, con una tecnología cada vez más cara y personalizada. Esto es así tanto para los nuevos productos farmacéuticos como para otros productos, como la tecnología de diagnóstico por imagen, que si bien las máquinas actuales son mucho más precisas que las de hace 15 o 20 años, también son mucho más caras.

En definitiva, la situación es preocupante, en cuanto que el crecimiento económico no es suficiente para garantizar un incremento significativo del gasto sanitario, y sin este incremento, deberemos plantearnos gastar menos, lo cuál podría significar una reducción en la provisión de algunos servicios, que podrían salir de la cartera básica, o una reducción en la cantidad de personas con el acceso a dicha cartera, con un más eficiente o mejor sistema de colas para permitir el acceso.

Para añadir una variable más a la ecuación, todo esto ocurre a la vez que el paciente está desempeñando un papel creciente en el sistema sanitario, ahora que hablamos de las organizaciones integradas, los modelos centrados en los pacientes, etc., como hemos visto hace un rato en el anterior Coloquio.

No es importante sólo observar el nivel de gasto sanitario, que como hemos comentado es elevado y en los últimos años está creciendo, sino que también es necesario observar cuáles es la evolución de las diferentes partidas de dicho gasto. En este sentido, el último Informe de Estadística de Gasto Sanitario Público que ha publicado el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social muestra, en sus datos de 2017, cómo el gasto

en servicios hospitalarios y especializados supone el 62,10% del total del gasto sanitario público (42.533 de un total de 68.483 millones de euros). Es cierto que en esta cifra van incluidas partidas carísimas, como la farmacia hospitalaria, pero aun y todo, y como decía en el Coloquio anterior Boi Ruiz García, es muy importante ser eficiente en todas las partidas de gasto, pero quizás lo es más en los hospitales por su enorme impacto en el gasto público. Fijaos por ejemplo en esa partida de farmacia hospitalaria, que está incrementando de manera significativa su peso relativo en el gasto hospitalario con la entrada de los nuevos tratamientos biológicos que son tan caros. Si esa partida, en términos relativos, continúa creciendo, habrá que vigilar otras. Y fijaos que esto no va a ser una tarea fácil, mirando como otro ejemplo a la partida de personal, que también es tremendamente importante (30.181 del total de 68.483 millones de euros en global del sistema sanitario público, entre todos los proveedores), dada la estructura legislativa y la rigidez en la contratación en las instituciones públicas.

Por cierto, que reducir el gasto sanitario en sí no es ni bueno ni malo. Si lo reducimos bien, es maravilloso. En cambio, si lo reducimos mal, es un desastre. Por este motivo, debemos procurar ser eficientes en la manera en que gastamos, pero también en la manera en la que se recortan los gastos dentro de los hospitales. Y quizás sea el momento de ser imaginativo y buscar fórmulas diferentes de gestión para tratar de buscar esa eficiencia, independientemente de que el gasto sanitario público total deba ser esa cantidad de 68.483 millones de euros, o cualquier otra, siempre que sea suficiente para satisfacer nuestra demanda.

Concentración del gasto y búsqueda de eficiencia

Hemos visto la evolución del gasto sanitario público y cómo los hospitales son los lugares donde más se gasta de esta partida. Pero también merece la pena analizar en qué se gastan dinero los hospitales y en quién. Marisa Merino, en nuestro anterior Coloquio, ya ha presentado algunos datos de concentración del gasto sanitario. Hace unos años, yo mismo participé en una publicación en la que con datos del País Vasco (Orueta *et al.*, 2014¹), observamos cómo el gasto sanitario a nivel de paciente incrementa de manera significativa con el número de enfermedades crónicas. De esta manera, el gasto se

¹ Orueta JF, García-Álvarez A, García-Goñi M, Paolucci F, Nuño-Solinís R (2014). Prevalence and costs of multimorbidity by deprivation levels in the Basque Country. A population based study using health administrative databases. PLoS ONE 9(2): e89787.

concentra en los pacientes multimórbidos, y por ejemplo, el 73% del gasto hospitalario se concentraba en los individuos que padecen 2 o más condiciones crónicas.

Con esta y otras muchas evidencias a nivel internacional se ha trabajado en las últimas décadas para identificar la mejor manera de cuidar a los enfermos que concentran el gasto, procurando ser más eficientes. A esta línea de trabajo pertenecen muchos artículos en los que se promueve un sistema sanitario pensando en los crónicos. Si bien muchos autores ya decíamos hace años que había que centrarse más en el paciente, y de manera específica en el paciente crónico y más si sufre distintas enfermedades crónicas, lo cierto es que en estos últimos años no hemos avanzado tanto como habríamos querido. Y todavía se habla de este tema como una prioridad. Esta misma semana, nuestra Ministra de Sanidad abogaba por un sistema abierto del paciente activo. Es necesario que se continúe en este camino y transición que ya está ocurriendo, pero que pasemos de la concienciación de esta necesidad a que este sistema sea una realidad para todos los pacientes.

La innovación en productos y servicios

En los estudios de gestión y en los de innovación, ha evolucionado la manera de mirar a los bienes y servicios. Así, hay tres corrientes principales de pensamiento dentro de la teoría de la gestión que miran a esta evolución. La primera corriente es la de *Asimilación*. En ella, se observa cómo al haberse estudiado primero la gestión e innovación en bienes, a raíz de la revolución industrial, y haber llegado con posterioridad la revolución de los servicios, ya en el siglo XX, sabemos mucho más de los bienes que de los servicios, y de hecho, esta Teoría de la Asimilación, trata a los servicios, básicamente, como si fueran bienes. Dentro de esta teoría hay incluso trabajos de economistas de la salud como que comparan la producción de servicios sanitarios con la producción de coches.

En cambio, ya Adam Smith, en el siglo XVIII, hablaba de otra corriente, la Teoría de la *Diferenciación*, en la que decía que los servicios son distintos y que tienen una serie de propiedades que los diferencian de los productos: son intangibles, heterogéneos, inseparables y precisan de inmediatez. De esta manera, existe una conexión mucho más importante entre el proveedor del servicio y el cliente. Ese es el tipo de relación que se produce entre médico y paciente. Mientras que una fábrica produce el coche que luego los consumidores compran, en el caso de la provisión de servicios sanitarios se produce lo que vamos a llamar una co-producción del servicio, con una co-participación múltiple en esa producción de proveedor y paciente.

La tercera corriente es la *Teoría de la Integración*, en la que la frontera entre bienes y servicios es cada vez más fina (industrialización de servicios o *servitización* de productos), y lo realmente importante no es si se trata de la producción de un bien o la provisión de un servicio sino la utilidad que produce, o la experiencia que proporciona al usuario, a través de sus características técnicas u organizacionales. En un caso extremo en esta corriente, se entiende que dado que lo importante es el valor-en-uso del producto o servicio, de alguna manera, todos los productos son servicios.

A raíz de la evolución de estas tres corrientes surge en la última década la *Teoría de la Lógica de Servicio Público Dominante (Public Service Dominant Logic)*, que se posiciona entre la corriente de integración y la de diferenciación, y de hecho, en ocasiones se refiere a la gestión de servicios públicos de manera diferenciada a la gestión de productos, pero en otras ocasiones lo hace de manera más integrada.

El desarrollo de estas corrientes tiene mucho que ver con la teoría de la innovación. Esto es así porque el proceso de innovación de los productos, está más centrado en la utilización de tecnología (una pantalla en el panel de mandos de un coche, o en un scanner, etc.), mientras que la innovación en servicios tiene en cuenta tanto las características tecnológicas como las organizacionales y la participación de los pacientes o usuarios.

Así, si seguimos la corriente de Asimilación en la gestión, observaremos la innovación en servicios de una manera básicamente tecnológica, como si se tratara de innovación en producto, mientras que si seguimos la corriente de diferenciación, haremos más caso a las características específicas de la innovación en servicios, y si seguimos la teoría de la integración, trataremos de proporcionar un modelo que explique el proceso de innovación y que valga tanto para bienes como para servicios.

La evolución en la teoría de la gestión pública y la innovación

Al igual que en los estudios de gestión, en la teoría de la gestión pública se ha producido una evolución en la manera de analizar bienes y servicios, que ha derivado en tres corrientes importantes.

La primera es la tradicional, llamada **Gestión Pública Tradicional** (o *Traditional Public Management*, TPM). Esta corriente adopta la teoría de la Asimilación en donde los

servicios se consideran casi como si fueran productos, y no se tienen en cuenta las características específicas de los servicios ya comentadas. Así, la visión tradicional de la gestión pública equipara la gestión de la provisión de servicios públicos como si se tratara de una fábrica de productos (por ejemplo de coches). La evaluación de la producción se realiza en base a unos criterios que deben ser objetivos, como la productividad (número de coches producidos por día, o número de pacientes operados al día en el hospital). El cliente o usuario es pasivo y no interviene en la producción, sino que se trata de optimizar la estandarización de la provisión como si se tratara de una cadena de montaje. Es obvio que adoptar esta corriente para la provisión de servicios sanitarios como en el caso de un hospital es muy problemático, ya que no atiende a la particular relación entre médicos y pacientes, y acaba produciendo un elevado grado de insatisfacción en los pacientes, y de desmotivación en el personal sanitario.

Como reacción a esta primera corriente surgió la segunda, arropada por la teoría de la Asimilación. Es la **Nueva Gestión Pública** (o *New Public Management*, NPM). Esta corriente introduce el racionalismo económico dentro de la versión tradicional de gestión pública, y trata a los usuarios del servicio público como los clientes que son, y de esta manera, trata de adaptar la gestión del servicio público para las preferencias de los usuarios. Desde el punto de vista teórico, el servicio sigue siendo considerado como un producto, pero al menos se aplica la lógica industrial y se comienza a mirar al mercado para adaptar la provisión del servicio a las necesidades específicas del cliente. La evaluación de este tipo de gestión comienza a mirar no sólo a la productividad sino a los resultados en los usuarios o pacientes, aunque todavía puede conllevar cierto grado de desmotivación al no tener en cuenta la conexión entre proveedor y usuario. En la aplicación de esta teoría, a nivel internacional, se ha producido en ocasiones la introducción de la privatización en la provisión algunos servicios que eran públicos (véase el caso de los servicios de telefonía que en España dependían de una empresa del sector público, Telefónica, hasta hace poco más de veinte años) o se ha permitido la colaboración público-privada, con distintos tipos de organizaciones (véase como ejemplo la provisión privada de algunos servicios sanitarios financiados de manera pública).

Por último, se ha dado en la teoría de la gestión pública un tercer paso, que se sitúa en medio de las corrientes de entre Diferenciación, Integración y la de Public Service-Dominant Logic antes mencionadas. Se trata de la **Gobernanza Pública Moderna** (*New Public Governance*, NPG). El servicio público ya se considera propiamente como un servicio (y no como un bien o producto), y se permite que exista una doble

diferenciación. Por un lado, se diferencia el servicio de otros productos, pero también se diferencia el servicio público de los servicios de mercado. Además, esta teoría permite y promueve el uso de la colaboración en red de distintos proveedores, y especialmente, permite que el cliente o usuario del servicio se convierta en protagonista en la provisión del servicio, participando tanto en la co-producción como en la co-creación del valor. En cuanto a la evaluación, se observa ya no sólo la productividad o los resultados de la provisión del servicio, sino que también se atiende a una perspectiva multi-criterio. Una consecuencia muy positiva de esta nueva teoría es que mejora de manera significativa la motivación tanto en el proveedor del servicio como en el usuario y su implicación en la innovación.

Una vez analizada la teoría, resulta de alto interés observar qué está ocurriendo en distintos lugares del mundo, y desde luego en España, en cuanto al modelo de gestión pública que se está llevando a la práctica, y más, enfocado en el sistema sanitario y en los hospitales. Desde la perspectiva de los trabajos de investigación, y también a distintos movimientos en la práctica de la gestión sanitaria pública, llevamos más de dos décadas trabajando en esta dirección en muchos países, como Australia, Reino Unido, Estados Unidos, Holanda o España.

Merece la pena resaltar al menos dos tipos de estrategias que se están implementando. Primero, en esos y otros países se están realizando esfuerzos para desarrollar un sistema centrado en el paciente, como también nos lo contaba Marisa en el anterior Coloquio del Curso, mediante nuevas formas organizacionales. Las OSIs (Organización Sanitaria Integrada) que vemos en el País Vasco y en otros lugares del mundo suponen un ejemplo de estas nuevas formas organizacionales, mediante un modelo de atención integral entre Atención Primaria y Especializada, para eliminar la fragmentación asistencial, y con responsabilidad sobre la población de una demarcación geográfica determinada. De manera análoga, y en segundo lugar, también en España y otros países, se está procurando eliminar la fragmentación en la atención sanitaria mediante un nuevo concepto de hospital sin paredes (*boundaryless hospital*), que en ocasiones también se ha denominado como “hospital líquido” y que trata de optimizar el tipo de atención sanitaria en función de la necesidad de los pacientes entre primaria, especializada u hospitalaria, sin olvidar el óptimo podría también ser atención domiciliaria (*home care*). De manera adicional, la especialización también se apunta como una gran candidata a la mejora en la eficiencia de la provisión de servicios sanitarios, tal y como señala un reciente artículo que compara los resultados en salud de algunos procedimientos quirúrgicos en hospitales españoles y británicos y que sugiere que en España no

estamos beneficiándonos de las economías de escala y la especialización tanto como en Reino Unido².

No se puede generalizar la situación de la gestión pública hospitalaria para cada país, y si miramos de manera específica a España, observamos que distintos hospitales funcionan bajo modelos de gestión diferentes, algunos con mayor éxito que otros, desde los más punteros hasta los que continúan con una gestión pública tradicional. Lo que sí está claro es que se están produciendo enormes fricciones a la hora de progresar desde el modelo de Gestión Pública Tradicional hacia el modelo de Nueva Gestión Pública, y en los hospitales que ya han llegado a este modelo, para avanzar hacia un modelo todavía más moderno como el de Gobernanza Pública Moderna. El sistema público, con la regulación que restringe su contratación de personal o de compras o contratos con proveedores, no ayuda a la flexibilización de la gestión, y a esa necesaria transición hacia el modelo de Gobernanza Pública Moderna, en la que se tenga en cuenta a los pacientes, y esa interacción entre proveedores y pacientes mejore la calidad de la asistencia a la vez que busque la eficiencia y la sostenibilidad, evitando la frustración y desmotivación en el personal sanitario.

En cualquier caso, nunca debe confundirse la utilización de herramientas de gestión (muchas veces utilizadas por las empresas privadas) en el sector público, que le permitan avanzar hacia la Gobernanza Pública Moderna, con la privatización en la provisión que supondría una participación de empresas privadas en la provisión de servicios públicos. Habiendo países y modelos sanitarios que han elegido distintas maneras de organizar la provisión, aquí estaríamos tratando de mejorar la gestión de los hospitales públicos, para que la provisión continuara siendo pública y además, eficiente.

Manel, después de esta revisión de la teoría: ¿Cómo ves la práctica de la gestión pública dada tu experiencia? ¿Qué salida tenemos al incremento del gasto sanitario, farmacéutico, el rol del paciente en la provisión, la medición de resultados, la gestión de recursos humanos, o la financiación? ¿Tenemos suficientes recursos en el sistema público para ofrecer los servicios sanitarios públicos que ofrecemos y a la población a la que la ofrecemos? ¿Cómo ves la utilización de herramientas de gestión en los hospitales públicos?

² Gutacker N, Bloor K, Cookson R, García-Armesto S, Bernal-Delgado E (2015). Comparing hospital performance within and across countries: an illustrative study of coronary artery bypass graft surgery in England and Spain. *European Journal of Public Health* 25, Issue suppl_1:28–34.

Manel del Castillo: Mientras van montando la presentación, Juan como ves estamos haciendo lo que nos da la gana, nos dijiste que había libertad de Cátedra y al final vamos hablar de lo que queramos, de hecho, Juan lo que me pedía, lo que nos pedía era que habláramos un poco de que a pesar de que la meso gestión es compleja, que se pueden hacer cosas, y entonces él me decía: cuenta qué estáis haciendo vosotros en vuestro hospital de experiencia al paciente y de humanización. Pero al final me pareció que en el foro que había aquí, que todos tenemos nuestra experiencia, volver a contar las excelencias de nuestro hospital, a mí me parece que tenía más interés hacer reflexiones sobre algunos temas que a mí personalmente me preocupan y que seguramente os preocupan a vosotros, y que al final podamos abrir un debate de realmente cuáles son las barreras para poder introducir reformas. Yo creo que este es el gran qué, si el diagnóstico lo tenemos hecho desde hace mucho tiempo, pero no hacemos nada, incluso conocemos la terapéutica, pero no la aplicamos, entonces yo creo que estaría bien que pudiéramos hacer un poco de debate, yo hago un poco de planteamiento con algunos datos. Voy a intentar entrar en algún tema, en algunos temas, que son especialmente complejos, porque es verdad que el sistema puede tener algunos problemas de sostenibilidad, pero algunos que son especialmente complejos, pueden generar debate y después hablamos del entre todos, si les parece, de las barreras.

No voy a repetir que tenemos un modelo fantástico con muchos datos, porque todos los sabemos. Algunos aspectos de la sostenibilidad, que yo creo que realmente es el tema clave, y después las barreras. El modelo actual es bueno ¿no? Lo decías antes, lo decimos todos desde hace mucho tiempo, ¿bueno por qué? Porque es muy accesible, es muy equitativo, que no le damos suficiente importancia, yo creo que porque estamos dentro a veces nos olvidamos; segundo, no voy a extenderme porque tiene en el fondo un costo unitario bajo a pesar de que tengamos un gasto total alto, cuando lo comparamos por porcentaje del PIB, estamos ahí más o menos como la OCDE cuando súmanos público y privado. Tercero, tiene buenos resultados y esto es todo, lo que los políticos dicen la esperanza de vida, etcétera. Es verdad que tenemos una esperanza de vida de las mejores del mundo, que ya sabemos que no tiene mucho que ver con el sistema sanitario, pero bueno la tenemos y algunos temas de mortalidad infantil o de mortalidad por patologías editables realmente son buenos, por tanto, está bien.

Y el cuarto elemento es que está bien aceptado, las encuestas del CIS nos dicen repetidamente que, comparando con otros servicios públicos, está bien; el 67% de la población opina que funciona “bien” o “bastante bien”, aunque si vemos la evolución, en 2011 el 24% de la ciudadanía decía el sistema funciona bastante bien, y en 2017 ha

bajado hasta el 19%. En definitiva: tenemos buen sistema sanitario; estamos todos de acuerdo y esto probablemente es nuestra gran fortaleza y nuestra gran debilidad, porque esto genera un debate político o una falta de debate político de una especie de autosatisfacción o autocomplacencia de que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, por lo tanto, no hay que tocar nada y así estamos con este discurso desde hace varias décadas. Entonces esto generalmente es peligroso porque no es verdad que no tengamos que tocar nada, es verdad que tenemos un buen sistema, pero tenemos un buen sistema sobre todo por este triángulo (que aquí supongo que ya se ha hablado) de los tres actores: el ciudadano que paga sus impuestos a la autoridad sanitaria que da el dinero a los proveedores y los proveedores que dan un servicio al ciudadano.

Tenemos un buen sistema sobre todo por la parte de la microgestión, porque realmente tenemos muy buenos profesionales: el MIR es un invento que curiosamente nadie lo ha estropeado a pesar de años y años. Tenemos de los médicos mejores formados del mundo, tenemos una enfermería (diplomada o graduada) bien formada; tenemos buenos técnicos de radiología, de laboratorio; tenemos grandes profesionales y tenemos grandes instalaciones a pesar de que ahora estén algo descapitalizadas. Cuando paseas por el mundo, y no hay que ir tan lejos, vamos a Gran Bretaña y te das cuenta de lo que tienen y no tiene nada que ver con lo nuestro. La red que tenemos de Centros de Atención Primaria no la tiene nadie. Por tanto, lo tenemos bien por la parte de la microgestión y lo tenemos bien por la parte macro, por la cobertura que tenemos, que ha sido útil y positiva hasta ahora. Pero después yo introduciré si os parece algún elemento para el debate, que sobre la macro hay cosas que discutir y desde luego lo tenemos a pesar de la meso que es claramente mejorable, hasta aquí todos de acuerdo, no he dicho nada nuevo y por tanto me lo podía haber evitado, pero creo que era necesario ponerlo. Tenemos un buen sistema, pero es un sistema bueno que necesita reformas sobre todo en la meso gestión, y sobre todo es bueno porque tenemos un gran capital humano y una buena capacidad instalada.

¿Es sostenible o no sostenible? Este es el tema. Es sostenible en varios conceptos, yo creo que estamos así: nosotros seguimos y somos como la banda de música del *Titanic*, que seguimos tocando pero que esto empieza hacer aguas. Yo estoy convencido de que es así: el otro día estuve en una reunión, donde un alto directivo, no voy a decir quién para no ponerlo en conflicto, pero un muy alto directivo, de lo más alto del sistema sanitario catalán, hizo una comparación que a mi me pareció brillante porque si lo que pretendía era transmitir una idea la consiguió. Dijo:

“Mire, yo en el 2006 estaba en el sector inmobiliario y un amigo me dijo “salte del sector que esto se va a hundir”. Me lo dijo en el 2006, principios del 2007, y yo le hice caso, y con los socios que estábamos, uno se salió y los otros se quedaron. El que se salió sigue haciendo otras cosas y los otros se hundieron. Pues la misma sensación que yo tuve en el 2006 de que aquello se iba a hundir, es la que tengo ahora sobre el sistema sanitario catalán: se va a hundir si no hacemos algo”.

Personalmente yo creo que esto no se va a hundir como se colapsó el sistema inmobiliario, no creo que sea un hundimiento de este tipo, pero sí que creo que se puede deteriorar de forma grave; es decir, por seguir con el ejemplo inmobiliario, no creo que pase lo de aquella urbanización que se quedó vacía. No creo que sea eso, pero puede ser que ocurra lo que pasa en algunos barrios de algunas ciudades: que durante años no se invierte nada, se van deteriorando y al final por allí no quiere pasar nadie ¿Qué es lo que nos puede pasar a nosotros? Yo creo que el gran riesgo del sistema sanitario que tenemos es la huida de las clases medias. Y digo huida de la clase media, si realmente se va deteriorando lo que estamos proveyendo, si la lista de espera, si la atención, si la burocracia, si todas estas cosas están muy dependientes de la meso gestión y no se hace nada, yo creo que al final se va deteriorando.

Yo creo que estamos en riesgo. ¿Por qué lo creo? Yo diría que hay muchos factores, pero voy a tratar unos cuantos por si nos sirve para el debate que creo que son especialmente complejos. Entre los elementos que ponen en riesgo la sostenibilidad tenemos tres: la insuficiencia económica, la crisis de profesionales y el modelo de gestión.

Si nos centramos en el aspecto económico, tenemos dos problemas: los ingresos y los gastos (como todos los temas económicos). Por lo que a los ingresos se refiere, están claramente estancados desde hace años. Creemos que esto lo podemos mantener así y, si nos fijamos en las cifras, son impresionantes. Entre 2008-2013, el crecimiento anual en gasto en salud per cápita en España, como sabemos, bajó un 1,4%, y en el 2013-2018 subió un poco (2,3%). La diferencia al final no llega a un punto: desde el 2008, desde hace 11 años, no hemos crecido en términos de gasto en salud por cápita. No llega a un punto y esto no es normal porque sabemos todos que, en el Sistema Sanitario, los gastos crecen y por encima del PIB.

A otros países no les ha pasado lo mismo: todos han crecido, en el periodo de la crisis todo el mundo creció menos algunos países: España, Portugal, Islandia, Grecia y Italia: estamos en una situación complicada porque no crecen los ingresos. Lo podemos ver

de otra manera: 70 mil millones en el 2009 y en el 2016 estábamos todavía en 66 mil. Probablemente ahora estamos en 70 o 71: claramente no crece. Pero además aquí el problema es que, si empezamos ya con las complejidades, porque alguien podría decir “Sí no crece, bueno, que le pongan más dinero”. No es tan fácil. ¿Por qué? Porque estamos en un país que tiene un déficit público sostenido desde hace años: dicen que el objetivo para este año son dos puntos de PIB, tenemos una deuda pública que representa prácticamente al cien por cien del PIB. Esto de poner más dinero no es tan fácil.

Voy a tratar temas de esos que no tienen una solución sencilla: dicen que “para cada problema complejo hay una solución fácil, sencilla y equivocada”. Los populistas se caracterizan sobre todo por dar soluciones sencillas a problemas complejos, pero no son las soluciones adecuadas. Fijaros: hay otro dato que a mí me impactó mucho y es para seguir pensando que no es tan fácil poner más dinero: esta es la gráfica que veíamos de evolución de gasto sanitario público y esta es la gráfica de recaudación del IRPF en España. Es prácticamente igual: si os fijáis, todo lo que gastamos en sanidad es el equivalente a lo que recaudamos de IRPF, y claro todos ya intuimos que no es tan fácil subir, porque si sube seguramente tendrás que subir los impuestos y subir los impuestos, los economistas lo sabéis mejor, es una cosa que se puede hacer pero al final tienes unos límites, porque si subes mucho no eres competitivo, porque al final vas cargando con gasto social y al final si no se genera riqueza, no se puede repartir.

Hay este artículo, que algunos lo conocéis, de Nacho Torreblanca, que a mí me parece que es un artículo de lectura obligada: una vez les pregunte a Vicente y a Guillem ¿estos datos son reales o no? Son reales: este artículo se llama 7-25-50, para mí es absolutamente imprescindible leerlo. Son tres cifras que te hacen una imagen de lo que es Europa: el 7% de la población del mundo, el 25% del PIB de todo el mundo y el 50% del gasto social. ¿Esto qué nos dice? Que el gasto social tiene un límite también: no lo podemos hacer crecer de forma ilimitada porque seguramente nos haremos pocos competitivos y si te haces poco competitivo no vendes y si no vendes no generas riquezas y no tienes nada para redistribuir.

Por lo tanto, primer tema complejo: estamos con una insuficiencia de ingresos claramente por debajo de lo que necesitamos, pero no parece que sea tan fácil incrementarlo.

Segundo: los gastos. Aquí vamos a entrar también en dos temas de estos delicados, igual alguno ahora me tacha de “facha”, pero no lo soy: son temas que se tienen que tratar. La

cobertura es un término abstruso pero importante. Tiene, como sabemos todos, tres dimensiones: quién está cubierto, qué servicios están cubiertos y en qué proporción. La idea se llama la Caja de Busse, está inventada desde hace mucho tiempo.

Primera cosa ¿quién está cubierto? Tema de estos que no se deben tratar porque te pueden tildar de cualquier cosa, pero dejadme hablar de dos cosas. Sabemos que en el 2012 hubo el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que sacó gente de la cobertura, en el 2018 (Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud) rápidamente se fue a la cobertura universal, pero aquí hay dos temas que yo creo que me gustaría que debatiéramos. Primero: los residentes europeos. No vamos hablar de los subsaharianos, personas. Gastan poco y seguramente es una obligación moral tratarlas. Pero vamos hablar de los residentes europeos y del pseudoturismo sanitario.

Hay un informe del tribunal de cuentas, que, si no lo conocéis os lo recomiendo, aunque son ciento y pico de páginas. Por la ochenta yo ya me iba poniendo aquello tenso, muy interesante, aunque sea difícil creer que un informe del Tribunal de Cuentas pueda ser interesante. Dice una serie de cosas al respecto de la facturación a ciudadanos europeos que viven en nuestro país o que pasan por nuestro país y es tremendo. Se centra en el año 2010, no hay datos más modernos, es un poco antiguo pero desde entonces no se ha hecho otro. En 2010 residían en España 453.000 personas europeas con derecho a la asistencia sanitaria gratuita por carecer de recursos económicos suficientes. Primera cosa que piensas: no puede ser verdad, pero tenían la tarjeta porque sabéis que es muy fácil hacérsela. Esto puede tener un costo, contando más o menos a 1.000 euros por ciudadano: sería mal contado porque muchos de ellos son mayores y gastarían más. Pueden ser 450.000.000 €. Pero hay más datos: los pensionistas europeos afincados en España en el 2010 eran 231.000. De estos, sólo facturábamos por 103.000 (esta es una factura que no se hace por acto, sino que se hace por compensaciones de país). Por el resto no facturamos nada: 127.000 pensionistas europeos que han cotizado en sus países y que gastan aquí por lo que nosotros no cotizamos porque se supone que somos solidarios con Europa que debe tener necesidades económicas y nosotros somos así de solidarios.

Pero más datos. Por ejemplo, Alemania emitió a España más de 7 facturas por cada una que emitió España el mismo periodo. El importe facturado por Alemania en relación a los españoles que visitaron Alemania fue un 477,2% superior a la facturación emitida por España en proporción a los alemanes que visitaron España. Con el tema que los

hospitales en España no han de facturar por eso de la atención universal, nos dejamos montones de dinero. Hay otros datos también que merece la pena comentar, por ejemplo, Marruecos. Nos factura doce veces más a nosotros que nosotros a ellos. ¿Cómo es posible? Marroquíes aquí hay unos cuantos. Por lo que dice el informe, parece que son los beneficiarios, es decir, hay marroquíes que vienen aquí con la familia; después la familia se vuelve, pero ya con la tarjeta, se va al hospital de Casablanca y saca la tarjeta sanitaria española, yo lo atiendo y le voy a cobrar a España y nos cobran por la atención de la mujer del marroquí que está aquí, por la atención que recibe en Marruecos. Incluso, y no sé cómo ha acabado, porque creo que no lo han hecho, los británicos pretendían cobrarnos por la atención de los ciudadanos británicos que viven aquí pero que pasan 6 meses en su país: cuando van a su país con la tarjeta sanitaria española, que a la final es una tarjeta de crédito. Lo va a pagar España porque usted tiene un derecho que es una tarjeta sanitaria española. Era un lío de tal magnitud que parece ser que políticamente lo han intentado parar.

Otro ejemplo de la cobertura. ¿Hay aquí alguien de Valencia o no? Si, que tengamos una Conselleria que se llama “Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública” ya es una declaración de intenciones. Venga usted aquí, aunque sea de Marte, que nosotros le vamos a atender. Creo que es un tema que tenemos que tratar porque estamos en un mundo globalizado: la gente se mueve. En Barcelona, el 27% de la población es extranjera. España además es un sitio de atracción de gente pensionista que viene aquí a invernar. Este modelo de que usted venga que nosotros lo atendemos todo, yo creo que no es razonable y no se trata de limitarle a nadie, se trata de que cada país que tiene la obligación de pagar por ellos, pague. Pagar impuestos en un sitio y consumir en el otro no tiene mucho sentido. Si tenéis la paciencia, es un informe que os iréis poniendo nerviosos porque hay muchos más datos.

Hay otro tema todavía más complejo que es lo que algunos llaman el pseudoturismo sanitario: la gente que viene simplemente a tratarse porque tenemos una legislación muy permisiva. Esto es un informe de un observatorio europeo de cómo está el acceso a los migrantes en general en los diferentes países europeos. Los que están en azul oscuro tienen acceso total, algunos tienen acceso parcial y hay muchos que no tienen ningún tipo de acceso, lo cual no quiere decir que no puedan ir a urgencias: se les atiende, pero si quieres ir a Suecia y que te atiendan tienes que hacerte asegurado de una póliza pública sueca. Nosotros esto no lo tenemos así. Tengo una experiencia personal: nuestro hospital, que se ha internacionalizado los últimos años, que recibimos muchos pacientes de fuera, que entran por la vía privada. Niños que vienen con cáncer: tenemos muchos

que nos vienen de China, ahora unos 70 niños chinos con tratamiento por cáncer. A los dos meses se empadronan y ya está. Y claro: estos tratamientos duran 7 u 8 meses o 1 año. ¿Qué tenemos que hacer para no ser importadores de patologías? Tenemos que cobrar por anticipado, pero aun así a los dos meses ya tienen tarjeta sanitaria y algunas enfermedades que tienen ya van con cargos en el sistema público.

Pero además de eso, cada vez van viniendo más niños con cáncer que aparecen en la puerta de urgencias: el mes de julio que yo estaba fuera, me dijeron que en un día habían aparecido 3 niños de Perú con neoplasia en urgencias. El viernes de la semana pasada, una niña de Ecuador que había pedido presupuesto a nuestro hospital para ser tratada por un posible cáncer (aproximadamente cuatrocientos mil euros), que no tenían. El padre cogió un billete de ida y vuelta (la vuelta la perderá me imagino), se plantó en urgencias, la niña está en estos momentos con una leucemia en estado avanzado. Como hospital, nosotros ningún problema, somos una entidad no lucrativa, son niños con patología severa, son padres desesperados, y nosotros obviamente sin ningún problema los vamos a tratar. Pero como ciudadano yo me planteo si esto se puede mantener o no, es decir, nosotros más o menos de media es de un niño oncológico al mes que aparece en la puerta de urgencias y esto con los nuevos tratamientos yo no sé si es asumible o no, porque son tratamientos que nos cuestan del orden de 300, 400, 500 mil euros por paciente. ¿Es mucho dinero, no? A veces, a los profesionales de mi hospital les digo: una planta de enfermería nos cuesta 800.000 euros al año y solo este niño cuesta tanto como la planta. Obviamente, las comparaciones van bien para que la gente se haga a una idea.

Primera cosa, por tanto, ¿quién está cubierto? Insisto: no me tratéis de ultraderechista, simplemente alguien tendrá que hablar de esto y seguramente es complejo, yo no sé cuál es la solución, pero seguro que no es el de llamarnos Ministerio de Salud Universal como los de Valencia y “abramos las puertas a todo el mundo”. Tampoco será el muro, pero alguna cosa habrá que hacer.

Segundo, ¿qué servicios están cubiertos? Yo creo que este es el gran tema de los gastos. La tecnología es lo que da el incremento del gasto, mucho más incluso que la cronicidad. Este informe del Health Affairs es un poco antiguo (2001), ya nos dice que entre un 30 y el 50% del gasto sanitario viene determinado por las tecnologías. Este otro informe de 2009 es un metaanálisis que vuela a decir lo mismo: las tecnologías representan entre el 27 y el 48% del incremento de gastos. Este es el gran tema: no sabemos tampoco, nuevamente otro tema complejo, cómo se soluciona, porque realmente si tú miras el crecimiento medio

anual de la farmacia hospitalaria en España, todos sabemos que es de media un quince y pico por ciento. A nivel de Cataluña, ha crecido un 556% en 10 años.

Quizás tengo una visión distorsionada porque vengo de un hospital que se dedica a las enfermedades raras, pero es que cada semana tenemos problemas de este tipo. Ahora, por ejemplo, han acabado de aprobar un fármaco para un tipo de ceguera infantil que cuesta cada caso 850.000 euros. Tenemos 4 niños ya para tratar, son tres millones y pico de euros. Es un tema que yo creo que debemos de hablar. Otra gente, ¿qué hace? Crea agencias de evaluación.

Seguramente, para estos tratamientos tan complejos, la situación no será fácil. Pero algunos tratamientos que hacemos en pacientes con trastornos neuromusculares (por ejemplo, el Duchenne, el Ataluren famoso): 200.000 Euros. Miden si pasan de 10 metros o no caminando. Esto no lo podemos decir los gerentillos. Al menos yo no me siento capaz de eso. Lo tiene que decir alguien, alguien que sea una agencia. ¿Qué pasa en España? Tenemos 8 agencias que además no tienen decisiones vinculantes, que sólo hacen cosas muy interesantes, que pierden esfuerzos repitiendo análisis. Porque claro, nosotros no enfrentamos a las grandes farmacéuticas que tienen los mismos productos en Galicia y en Cataluña. Esto no tiene nada que ver ni con la política, ni con las autonomías, ni con la independencia. Esto lo lógico es racionalizarlo, que tengamos una agencia de verdad, porque lo que viene es muy complejo y además no solamente estos tratamientos. Por ejemplo: todos los antipsicóticos nuevos, los nuevos *prazos*: yo tomo omeprazol y vale 2 euros. Me dicen que ahora hay unos nuevos que valen veintitantos, diez veces más. Yo no sé si aportan algo nuevo que justifique un coste die veces superior. Quizás puedan estar autorizados, pero no tiene que estar necesariamente financiado. Yo creo que es imprescindible el *HispaNICE*, alguna cosa que racionalice todo esto.

Y después está el tema, ya más tabú todavía, del copago: ya sabemos que no es un mecanismo de financiación, pero sí que puede ser un mecanismo de contención y ya sabemos que España es un caso un poco atípico de los que no tiene copago en la atención sanitaria. En la tabla podemos ver todos los que tienen y no tienen, y la verdad es que somos de los pocos que no tienen.

Por tanto: pocos ingresos y mucho gasto. Solo por eso ya tenemos un problema. Y creo que tenemos más problemas: **está el tema de los profesionales**, que no queremos mirar pero yo creo que es, no sé si estáis de acuerdo, un tema que nos va a estallar en algún momento.

Para mí hay tres cosas importantes: la relación contractual, el número de profesionales y los roles, y la retribución.

La relación contractual: no me voy a extender, porque todos están en el sector público. No vamos a autoflagenarnos: ya sabemos lo que es la rigidez, etcétera. Es inexistencia de política de recursos humanos: seleccionar, incentivar y despedir. No hay ninguna empresa en el mundo que haya elegido como modelo de relación contractual el estatuto marco español, no se han copiado. Esto que inventó Girón de Velasco hace ya unos cuantos años: este sí que se debe remover en la tumba de gusto de ver que realmente lo dejó “atado y bien atado” porque no lo hemos conseguido cambiar. Seguimos con el mismo, porque al final lo que hizo el estatuto que cambió la ministra Ana Pastor hizo algunos cambios, pero tampoco fueron gran cosa. Que sepamos que esto es raro porque por ejemplo los médicos de primaria, si tú miras como están pagados prácticamente en toda Europa, no son funcionarios sino profesionales liberales. ¿Sabéis con quiénes estamos? Portugal, Grecia e Islandia. La primaria en general o se paga por cápita o se paga por servicio. Y yo me siento culpable como muchos otros: nos cargamos los cupos, todo el mundo a cobrar igual, que si no genera clientelismo. Lo que trataba de generar un poco de interacción con el cliente, pero nos lo cargamos y ahora mira, nos encontramos con lo que nos encontramos.

Hay un ejemplo que nos sirve para ejemplificar esta situación: el Hospital de Puigcerdá. Para quien no lo sepa, es un hospital que llaman trasfronterero, está en la frontera entre España y Francia y además se financia también de forma conjunta. Los profesionales la mitad son de España y la mitad son de Francia. Hay unas diferencias que yo digo que tendría que ser un laboratorio de análisis. Por ejemplo: a las urgencias de este hospital en España van un montón de pacientes procedentes de Cataluña, pero casi nadie procedente de Francia. ¿Cómo es posible? ¿Están más sanos? Claro que no. ¿Cuál es el sistema? Los médicos de primaria cobran por acto, ya se ocupan ellos de que no vaya su gente. Los médicos de cabecera tienen incentivos a visitarlos ellos porque después lo cobran. No digo que el pago por acto sea bueno, porque ya sabemos que es muy incrementalista, pero el pago por salario genera lo que genera. Esto es importante para el sistema: el sistema con el que contratas a la gente no es un tema menor y yo creo que tener médicos de primaria asalariados fue un error que cometimos y que tendríamos que revisar.

El otro tema: el número de profesionales. Otro tema de esos complejos. Hay déficit de profesionales. Pero los datos dicen otra cosa. España tiene 3,9 médicos por cada 1.000 habitantes, la media europea es 3,4 y hay muchos países que están por debajo, estamos

en la parte alta. Sin embargo, a pesar de los datos, tú te vas después a donde sea, a Ripoll, y no encuentran pediatras. aquí hay un tema no solamente de los médicos sino de las enfermeras. Tenemos muchas menos: la media en Europa está en 9 y aquí estamos en cinco y pico; después, cuando miras la proporción con los médicos, es una proporción rara. Estamos a 1,4 enfermeras por médico mientras que la media Europa es 2,8. ¿Cuál es el problema? Los roles de los profesionales. Es verdad que tenemos bastantes médicos, pero haciendo cosas que son poco de médico, que aportan poco valor.

Habiendo estado 3 meses en Estados Unidos te das cuenta hasta qué punto allí, que son tan caros, los tienen protegidos y solamente hacen de médicos. Se trabaja para que el médico haga estrictamente de médico. Aquí los hemos dejado solos en las consultas. Tú te vas a un médico en primaria y está solo: no solamente está solo, sino que hace de todo: de administrador, de administrativo, de médico, de enfermera... de todo lo que pasa por allí. Es verdad que dicen que son poco productivos: nuestros médicos producen poco cuando comparas, pero es que hacen de todo. Hay que empezar a pensar en los nuevos roles. Una cosa que me quedó clara en Estados Unidos: hay que ir al "top of the license", al tope de lo que te permite hacer tu licencia, a explotar al máximo las competencias de los profesionales. Aquí vamos al revés: al "to the down". Las enfermeras hasta donde pueden llegar que lleguen, las auxiliares de las enfermeras que lleguen, y aquí todo el mundo está mirando por abajo para que no me quiten nada, las enfermeras quieren prescribir, los médicos no las quieren dejar, las auxiliares quieren hacer cosas que las enfermeras no las quieren dejar, en vez de mirar para arriba, miramos para abajo.

En nuestro hospital estamos haciendo una serie de pruebas piloto con 4 tipologías de personales, roles diferentes: por ejemplo, la enfermera de práctica avanzada, que es normal que esté en muchos sitios; el rol de las auxiliares lo estamos intentando subir, por ejemplo la medicación oral ¿por qué no la tiene que dar una auxiliar? Si eres la madre la puedes dar a tu hijo, ¿por qué la auxiliar no le puede dar una pastilla? Y muchas otras cosas. ¿No puede tomar unas constantes con un aparato que las toma solas? Hay que crecer, hay que dejar que sean las auxiliares, hay que poner técnicos de prácticas avanzadas, por ejemplo en radiología: en nuestro hospital están haciendo ecos los técnicos. Pero sobre todo hay que inventarse nuevamente el asistente clínico. Vamos a montar en tres especialidades tipos de consultas que serían como boxes de urgencias en el cual el paciente es el que está en el box, hay un asistente que hace todo lo que tiene que hacer (constantes, recogida de datos...) y el médico va, pone las manos, dice lo que tiene que hacer y se va al box de al lado donde hay otro asistente, y se va al box de al lado donde hay otra asistente...

Eso es muchísimo más productivo: es verdad que tienes que poner gente. Cuando te piden los nuevos presupuestos, los médicos que quieren algo para el año que viene, como van cargados, dicen: un médico más. En vez de un médico más, ponemos 2 administrativos o 2 asistentes. Esta figura la estamos inventando, veremos qué nos sale. Nosotros tenemos una ventaja: vivimos en el sector privado y ya sabemos que esto en el sector público es complicado, pero yo creo que es un tema de esos complejos que tendremos que tratar.

Y el tercer tema, y este ya no es tan complejo, es el tema de la retribución. Estamos muy abajo y esto nos acabará estallando en la cara. Claro, es que pagamos muy mal, pero muy mal: estamos pagando o la mitad o una tercera parte que en Europa: yo tengo algún médico en mi hospital que trabaja para nosotros 40 horas y los fines de semana se va al Great Ormond Street de Londres para hacer guardias y gana, en un fin de semana, lo mismo que nosotros le pagamos en un mes. “Yo estoy aquí porque estoy muy contento con el hospital, pero claro me pagáis no muy bien, entonces si no te importa me voy el fin de semana a unas guardias y entonces me doblo el sueldo”. Al final se acabará yendo mucha gente porque cada vez hay más globalización, la gente habla más idiomas... Creo que es un riesgo que hemos de tener en cuenta. Por ejemplo, en Alemania, me contaron hace poco en una reunión que teníamos con gente de hospitales pediátricos, que en Múnich han tenido que cerrar el 30% de las camas del pediátrico porque no tenían enfermeras. ¿Qué pasa con las enfermeras alemanas? Que están mal pagadas. La diferencia de salarios existe sobre todo en los médicos, en las enfermeras no tanto. Las enfermeras alemanas están mal pagadas y no pueden vivir en Múnich porque la vida es muy cara, entonces van a pueblos porque allí la vida es mucho más barata y se cierran un 30% de las camas por déficit de personal.

Por lo tanto, tema profesionales: algún día va estallar. **Último tema: modelo de gestión.** No me voy a extender mucho. Solamente doy algunos datos importantes, lo que es la propia gestión del hospital y los modelos de compra del servicio.

En relación a gestión de hospitales, muy brevemente. Todos sabemos que el modelo administrativo estaba pensado para esto, para lo que era la administración antes de empezar el estado del bienestar. ¿Qué era la administración y qué hacía? Dictar leyes y normas. Nos gastábamos una parte de PIB pequeño y el modelo de gestión era sobre todo basado en “la seguridad jurídica”. Esto es lo que quiere la administración. El negociado de multas del Ayuntamiento de Barcelona lo que busca es seguridad jurídica. ¿Qué hacen? Unas normas muy rígidas para impedir la arbitrariedad. Todos nos hemos encontrado

delante de un funcionario que te dice “tiene usted razón, pero yo no lo puedo hacer porque la norma no lo permite”. Tú llegas tarde a presentar unos papeles (los entregas fuera de plazo) y aunque les expliques que se ha muerto tu abuela te dirán “tiene usted razón, pero yo no puedo hacer nada porque es que el plazo”. Y eso es para evitar la arbitrariedad. El problema es que con eso también limitan la discrecionalidad: la capacidad de tomar decisiones con arreglo a lo que te pide en el momento el servicio que estás dando. Eso está pensado para la justicia, para la policía, pero para prestar servicios a un ancianito en un sociosanitario no tiene ningún sentido: hemos de ir a un modelo de gestión empresarial que tiene que basarse en unos resultados clínicos, de eficiencia y eficacia, etcétera.

Este cambio, en España, no hay manera de hacerlo. Todos sabemos que todo lo que sea salir del modelo administrativo se condena a privatizar y ya estamos.

El otro día estábamos hablando con el que llevaba el Consorcio Sanitario de Lleida, que ahora se ha incorporado en San Juan de Dios, y yo fui allí a dar una charla que hablaba de estas cosas: fusionar el Arnau de Vilanova con el Santa María, un hospital de la diputación de ciento y pico de años. Era público más público: de un público más público no puede salir un privado. Son las leyes de la genética. Pero ellos decían que era privatizar y de hecho me propusieron firmar un papel que había recogido 40.000 firmas en Lleida. Te pedían la firma porque estabas en contra de la privatización del sistema sanitario de Cataluña, porque era el Consorcio Público Sanitario de Lleida, que son dos hospitales que están separados 500 metros más o menos.

Es lamentable que sigamos con la idea que esto es privatizar. Los sindicatos defendían sus intereses legítimos, pero en vez de decir que defendían sus intereses, decían que “defendían los intereses del ciudadano”. Yo siempre digo tu frase Vicente de “dicen defender el Estado el bienestar y lo que defienden es el bienestar de los que trabajan para el Estado, que no es lo mismo, aunque se parece”.

Hay múltiples experiencias en España, muchas de ellas se las han ido cargando; conforme igual nacen y desaparecen. Soy coprotagonista de una en Manacor: la primera Fundación que hizo INSALUD, que ya no es Fundación. Ya ha caído. Podría ser un buen sitio para hacer evaluación: empieza a haber estudios de evaluación en Cataluña. Hay muchas tipologías de proveedores: los hospitales del ICS, los proveedores participados por la Generalitat públicos, y los no Generalitat que somos privados sin ánimos de lucro y después están los privados con ánimos de lucro, que están fuera ya porque son el demonio, son malos, y digamos nosotros somos a medias.

Empieza a haber estudios, primero algunos internacionales, ya es un clásico el de la London School of Economics que demuestra el impacto del management: así que a partir de buena gestión se arrojan buenos resultados. A mí es una cosa que siempre me impactó mucho, incluido resultados por ejemplo por infarto del miocardio, mejoran en los hospitales mejor gestionados. Podría ser incluso que demostráramos que hacer de Gerente sirve para alguna cosa, que está por ver, pero bueno está en estudio y así desde el 2012 que habla que los costes la unidad de producción asistencial son un 27% inferiores en lo que es grupo de nuevas formas organizativas que les llaman ellos que son consorcios, fundaciones y demás, o grupos de gestión directa. Está el de Pepe Martín y de Carmen Pérez de la Escuela de Andalucía de Salud Pública (que no son sospechosos de ser de derecha digamos) y que demostraba lo mismo, un 18%. Si gestionas con herramientas para poder tomar ciertas decisiones (autonomía y flexibilidad) las cosas salen mejor. Tampoco hay que ser un genio para decirlo. Por lo tanto, el modelo de gestión y el modelo de compra son clave. Hay muchos modelos, por presupuesto por actividad o mixto. Yo no digo que los de actividad sean mejores ni mucho menos, pero está claro que seguir comprando por presupuesto sin más tampoco es poner los mejores incentivos. No me voy a extender en esto de las ventajas e inconvenientes de los presupuestos, pero en fin está claro que tiene impacto la compra en la manera como se prestan los servicios. Fijaos, la compra por actividad, todos lo sabemos, impacta en el número de camas. Por ejemplo, en Alemania que compren por actividad (todo lo que produces te lo compran las aseguradoras) tienen 8,2 camas por 1.000 habitantes mientras que los que estamos financiados por presupuestos estamos en 3,2 camas por 1.000 habitantes. Es verdad que es más eficiente en ese sentido. Pero tiene otros efectos secundarios, como, por ejemplo, se desincentiva la actividad, hay más listas de espera, etcétera. Entonces qué es lo que dicen los expertos, vamos a comprar por valor; estamos muy lejos de eso, tenemos un sistema muy poco sofisticado. Tendríamos que ir hacia modelos más elaborados, no que tengamos un financiamiento igual que el año anterior más un 2-3% más.

Por tanto: tenemos un buen sistema sanitario, sobre todo por lo micro, pero tenemos problemas serios como es la insuficiencia de ingresos, algunos temas de cobertura complejos que tendríamos que meditar y los modelos de gestión y de crisis profesional: tendríamos que hacer algo, que llevamos décadas diciendo lo mismo sin que se haga nada. El informe Abril Martorell ya hablaba de eso en el año 91, al mismo tiempo que se publicaron varios informes similares en Europa. Pero resulta que en Europa implantaron cosas, incluso las han desimplementado. Han ido y han vuelto varias veces, y nosotros estamos congelados. Es un misterio: ¿por qué este país es incapaz de introducir reformas?

No sé si conocéis este libro de Kotter, gestor y gurú de la gestión del cambio. Ha escrito muchas cosas, pero hizo un librito que es la historia de unos pingüinos que viven en un iceberg. Hay un pingüino que mientras está buceando se da cuenta que el iceberg por debajo se está derritiendo y que aquello va a dar la vuelta y se va todos al agua. El cuento es cómo Fred convence a la colonia de pingüinos de que tienen que cambiar: gestión del cambio. Se explica ahí los 8 pasos de Kotter: el primer paso y más importante es convencer a los que tienen que cambiar de que si no lo hacen algo terrible va a ocurrir.

Esto es lo que tendríamos que conseguir: que los políticos, o la población, o no sé quién, se diera cuenta de que, a pesar que tenemos un gran sistema sanitario, que nos sentimos muy confortables con esa idea, si no hacemos nada, se va a hundir o se va a deteriorar paulatinamente. Este es el tema: ¿cuáles son las barreras? Porque a ver, si todos lo vemos claro, esto que he dicho seguro que ya lo sabíais, era simplemente ponerlo sobre la mesa. Porque estamos seguramente la mayoría de acuerdo con el modelo de gestión los profesionales, el tema de la cobertura suele ser más que discutible... ¿cuáles son las barreras que hace que nosotros no podamos introducir cambios en este país? Yo creo que es algo que vale la pena que pensemos, porque si conseguimos ver dónde está el camino, a lo mejor conseguimos que cambie algo. Si no cambia nada, yo estoy seguro que viviremos el declive del sistema. Seguro que los entornos políticos, sindicales y profesionales pueden hacer alguna cosa. Creo que abriríamos el debate si os parece. ¿Qué pasa? ¿Qué tendríamos que hacer con los políticos, a los sindicatos y a los profesionales para que pudieran ser un actor de cambio para dar un paso en la dirección adecuada?

Manuel García Goñi: Después de esta excelente ponencia de Manel, vamos a comenzar el debate. ¿Alguien quiere comenzar?

PREGUNTA 1

En el primer núcleo de reformas, hablamos del sector salud porque es nuestro sector, pero cualquier otro sector tiene la misma situación de absoluta imposibilidad de reformas de ningún tipo y por tanto nuestro problema nace seguramente de una concepción del ejercicio de la responsabilidad pública muy basado en función de riesgos. Lo digo por ejemplo con el tema de financiación, cuando hablamos de financiación todos sabemos que el sistema sanitario se aguanta básicamente por los salarios, si nosotros dispusiéramos del equivalente del PIB en gasto público que tiene la media europea, estaríamos igual pero con mejores salarios, por lo tanto, quién está aguantando el sistema son los salarios.

Manel del Castillo: Tienes un punto probablemente de PIB por salario.

PREGUNTA 1 (cont.)

Habría que resolverlo con una mayor fiscalidad, vamos a ver qué fiscalidad tiene nuestro PIB. Como decía mi consejero, no me hables del PIB, háblame de la fiscalidad. Porque lo que distribuye la riqueza es la fiscalidad y no el PIB, por tanto, nuestra fiscalidad sobre la media europea no es de las más bajas, ni muchísimo menos, por lo tanto ¿dónde tenemos en problema...? Yo siempre me pregunto ¿dónde está nuestro punto de PIB? No hay una vinculación directa entre el PIB y lo que destinamos a los gastos públicos, es una medida de equivalencia y no hay una, lo que pasa del PIB al gasto público es a través de la fiscalía, no hay una relación directa, evidentemente cuando más sube el PIB, la fiscalidad atrae más, pero dónde está nuestro punto de PIB que nos falta, es más bien porque no nos explican qué otras políticas estaban y decidimos los ciudadanos si realmente es una prioridad sanitaria. A mí me gustaría saber como ciudadano cuánto nos cuesta estar en Afganistán y que me retorne en valor estar en Afganistán, que me haga admitir que me espere dos años a que me pongan una prótesis de cadera. ¿Alguien puede explicar dónde están los otros puntos del PIB que nos faltan? Porque ahora hablamos de las políticas, solo de las políticas. De las otras políticas, en algunas estaríamos por encima o tenemos un problema de que estamos financiando con lo que no deberíamos financiar la crisis de la Seguridad Social...

Manuel García Goñi: Vamos a ver, es importante analizar la evolución no sólo del gasto público, sino también la de los ingresos públicos, para poder entender la situación de déficit público que se generó durante la crisis económica que comenzó en 2008. Ya habéis visto la evolución creciente del gasto público en los años previos a la crisis, y en estos últimos. Pero si miramos al ingreso público, desde que salimos de la crisis de principios de los 90 (más o menos en 1994 o 1995) y hasta que entramos en la nueva crisis en el 2008, resulta que los ingresos públicos en España no crecieron tanto, sino que en términos relativos al PIB, se mantuvo en niveles significativamente inferiores a los de otros países como Francia o Alemania. En esos años, además, el gasto público evolucionó reduciendo su peso relativo al PIB. De esta manera, el sector público no se fortaleció lo suficiente en esos años de crecimiento económico como para sobrellevar bien la crisis, sino que más bien adelgazó.

PREGUNTA 1 (cont.)

¿Qué decisiones de costeo se tomaron en la crisis?

Manuel García Goñi: Durante la crisis se tomaron distintas decisiones relacionadas con los recortes en el gasto. Lo que ocurre es que muchas veces, al sector sanitario se le exigen (y está bien que así sea) una evaluación continua con criterios económicos. Y en cambio, hay otras muchas políticas públicas que no está tan claro que sean evaluadas desde el punto de vista económico. En cualquier caso, insisto, debemos insistir con la cultura de la evaluación económica para tratar de reducir las ineficiencias del sistema y hacerlo sostenible.

PREGUNTA 2

Habéis dicho que si las clases medias abandonan los Servicios Públicos, cuando votas con los pies no pagarás impuestos ni para Sanidad, ni para una educación; la educación ya la hemos perdido en gran parte, la Sanidad la estamos a punto de perder. En el momento que tienes un estado de bienestar para pobres tienes un pobre estado bienestar. Las universidades públicas y los centros sanitarios pueden ser subastados y comprados, como ya ha sido comprada la Alfonso X, por fondos de inversión, y si no hacemos nada, ahí vamos, entonces las medidas se han expuesto y yo creo que son espléndidas, hay informes muy buenos sobre lo que hay que hacer, pero la inacción nos lleva a la desamortización, o sea, porque además si nos reunimos y nos ponemos de acuerdo con lo que hay que hacer... pero lo vamos a dejar caer.

Manel del Castillo: Lo tenía claro, pero después de 3 meses en Estados Unidos realmente me parece lamentable que una cosa que es una joya nos la podamos cargar. Cuando estás ahí te das cuenta que la clase media en Estados Unidos vive angustiada por los problemas de salud: si te pones enfermo te arruinas, son más de 500 mil personas las que cada año van a la bancarrota personal porque no pueden pagar las facturas de salud. Viven asustados: incluso teniendo una póliza buena, aparecen después facturas no previstas. Resulta que el anestesista no estaba metido dentro de la póliza, facturas totalmente brutales. La gente ahorra para el tema de la salud, porque sabe que tiene una enfermedad, se puede arruinar y se arruina. Aquí ahorramos para irnos de viaje. Yo me acuerdo de mi abuela, que decía "hay que guardar por si tiene una enfermedad". Aquí nadie guarda. No sabemos lo que tenemos: tenemos que cuidarlo. Y cuidarlo quiere decir que habrá que decidir si todo para todo el mundo o no; el modelo de gestión, la relación con los profesionales y el modelo de trabajo, etc.

PREGUNTA 2 (cont.)

En el modelo de gestión qué decías hay una cosa que no debemos olvidar, hemos creado socialmente la idea de que un servicio público solo es público si la titularidad de los bienes es pública y el que le presta servicio es un funcionario y hemos dicho funcionario a trabajador público, figura que Napoleón no creó para ser trabajador público, creó para apoderar en nombre del Estado a alguien de una profesión para ejercer. Tenemos que explicar con claridad que la bolsa de trabajo de los interinos se la hemos dado a gestionar a los sindicatos. Y como te mueves en la bolsa de los interinos, te mueves con la formación, quién imparte la formación, los sindicatos, veremos qué porcentaje de dinero público va la formación sindical que muchas veces sólo se metieron para colocarte en la bolsa de trabajo, por tanto hay muchos intereses creados en los que no hay un valor político de afrontar, porque todo el mundo quiere ir a la política para quedarse el máximo tiempo posible, y por tanto quedarse significa no tener conflicto y como explicaba antes el tomar decisiones significa agarrar el conflicto.

Manuel García Goñi: Si hablamos de modelos de gestión de servicios públicos, distintos países ofrecen distintos modelos y soluciones. Además, no es lo mismo hablar de sanidad que de otros servicios. Observad la evolución de los mercados correspondientes a distintos servicios. Por ejemplo, los servicios de telefonía se privatizaron en España hace poco más de veinte años. En otros países e incluso en España, se ha producido una colaboración público-privada en la provisión de algunos servicios públicos, con distinta intensidad. No obstante, insisto, es importante diferenciar la privatización de la provisión, de la que no nos estamos ocupando hoy, de la utilización de herramientas de gestión en la organización de la provisión pública por parte de hospitales de titularidad pública, que es lo que aquí estamos tratando.

PREGUNTA 2 (cont.)

No quiero seguir, porque nos vamos a deprimir mucho habiendo oportunidades, porque en un momento determinado se pudo hacer algo dentro de la administración pública. Se perdió no sé muy bien por qué. Hay otra idea que a mí me sorprende de las tres que Manel has puesto ahí. El ciudadano en algún momento nos va a decir “iros a la mierda”, qué es el riesgo que tú dices, nos va abandonar y a mí me llama muchísimo la atención la figura del profesional, por qué el profesional está defendiendo miseria, es una cosa extrañísima.

Manel del Castillo: Ese es el tema. Los políticos ya entendemos que son cortoplacistas: yo hago una reforma, se paga a corto y se cobra a largo, y los sindicatos defienden sus intereses. Pero los profesionales, por qué no se mueven, eso es un misterio.

PREGUNTA 2 (cont.)

Hay un detalle que me llamaba mucho la atención porque fue un debate, yo como ya estoy viejo me acuerdo de debates antiguos, que era el tema de las guardias, no hay ningún país de Europa creo, donde el complemento más importante de tu sueldo sean las guardias. En cambio en nuestro país, los complementos más importantes son en las guardias. Esto está muy mal montado, si prefiero que no hagas guardias, te pagó más.

Manel del Castillo: guardias de rehabilitación y de cosas insólitas.

PREGUNTA 2 (cont.)

Pero las reivindicaciones son al revés, “págame mejor la guardia”, pero qué barbaridad.

Manel del Castillo: Yo hice incluso un artículo de eso, porque hay también que ver, al menos en Cataluña, y esto lo puedo decir aquí porque supongo que no saldrá en Cataluña, hay que ver también quien forma los sindicatos. En un artículo que hice una vez, que después me dieron bastantes collejas, yo incluso dije que se debería llamar al sindicato de médicos de guardia de Cataluña. ¿Por qué? Porque la mayoría de los liberados del sindicato de médicos son que hacen guardia y claro cuando están liberados cobran lo mismo que cobraban.

Manuel García Goñi: Tenemos más preguntas.

PREGUNTA 3

Soy Natacha Sujanani, gerente del Hospital Universitario de la Candelaria y con respecto a este tema me preocupa mucho el capital humano que podemos perder muchas veces por este concepto tan estático de la contratación. Me pregunto yo cómo podemos hilvanar un encaje en que se respete la igualdad médica, el mérito. La capacidad tiene que estar. Además, aunque pueden no estar reconocidas algunas necesidades, las especialidades existen. Cuando tienes que contratar un pediatra quizás necesitas contratar un biólogo pediátrico, porque necesitas que te realice determinadas técnicas. Si tienes que contratar un traumatólogo necesitas alguien que te opere la mano y tienes que tirar de una lista, que es estática, y muchas veces ni siquiera el primero es el que te va a dar esa respuesta. O si puedes fichar a un profesional como la copa de un pino con un reconocido prestigio, no puedes porque te ves bloqueado. Es verdad que no podemos caer en el nepotismo pero ¿cómo recuperamos o potenciamos nuestro talento sin salirnos de este régimen?

Manel del Castillo: Lo que dice él. Haberles entregado las listas a los sindicatos, es un error. Yo trabajo en una empresa, e igual que la mía en otras, cuyo comité de empresa sabe que mientras el trabajador no forma parte de la organización no tiene nada que decir. Nosotros contratamos a quien consideramos y, si nos equivocamos, ya lo pagaremos. Una vez que el trabajador está dentro usted lo puede defender, lo tiene que defender. Pero quién entra, eso es una prerrogativa, en cualquier empresa, del empresario. No puede ser que el sindicato esté desarrollando una función que le pertenece a la organización.

Manuel García Goñi: Lo cierto es que en la Universidad pública ocurre algo similar.

PREGUNTA 4

Compartimos todos este análisis y toda esta necesidad de estimular el cambio y las reformas. Un poco la percepción que tengo yo, creo que no hay mes que no vayamos a algún foro, donde desde un enfoque o de otro exponemos este tipo de planteamientos. Mi percepción sigue siendo muy minoritaria incluso entre los gestores. En otros foros de gestores no veo esta percepción, veo bastante acomodación, por eso la pregunta es cómo generar esta necesidad, esta urgencia y cómo sumar a esta necesidad al cambio.

Hace un par de meses, en una cosa que montó Pepe Soto en su hospital, vino Paco de Paula y nos hizo una exposición también muy buena en este sentido. Él iba repasando agente por agente qué incentivos o que desincentivos tenía tratarlos. ¿Es político? No se aboga mucho, hoy puede estar y mañana no estará a poco que reciba críticas. También decía de los profesionales. Creo que lo de los profesionales deberíamos intentarlo compartir más porque tienen prestigio, porque se les escucha, tienen más acceso a los medios de comunicación, etcétera. Él decía que los profesionales tampoco van a tener un incentivo, la verdad, sobre cómo discutir lo de los salarios; la comodidad, el confort que da hoy en día el Sistema Sanitario Público que no me lo toquen. Yo creo que es un tema de composición de los salarios de ahora, es lo de las guardias, que lo que hacemos es pagar más. Yo en mi hospital a lo mejor ahora no lo compartimos, tampoco me parece que los salarios estén tan bajos, yo soy el 520 en salario, significa que la mayoría de médicos, hay 700 médicos, que la mayoría de médicos cobran más que el gerente. Algunos al final ganarán 100.000, 105.000, 115.000 euros a base de guardias, por lo tanto dentro de lo que es la sociedad española deben estar en el 0,5% de los que más ingresos tienen, por lo tanto cuando a mi algún médico me dice tú eres del 1%, ellos se refieren a

los ricos, “los ricos deberían...”, pero es que tu estas en el 0,3%, 0,5% de los que más gana del país, por lo tanto también es un tema. Paco de Paula decía que al final seguían las empresas innovando, ofreciendo soluciones, poniendo sobre la mesa una contradicción que supone un poco la innovación que ayer veíamos, que con el móvil puedes hacer todo y no tienes que ir al banco a hacer cola.

Además, ayer lo comentó Eduardo Medina en el café, este intento de blindar el Sistema Sanitario Público, que por cierto puede estar muy bien si se hace bien pero que no sea un intento más para volverlo más rígido, más administración, más reglas de este tipo y más exclusión de algunas fórmulas de gestión. Deberíamos levantar la voz para que se blinde, que sea un derecho, como dices tu Manel, que en España se distinga por ser una estrella, pero que no obligue a llevarlo a ruina.

Manuel García Goñi: Yo creo que aquí estamos todos bastante de acuerdo en que hay que evitar esa amortización que decía Vicente Ortún, o en otras palabras, la privatización de los servicios públicos sanitarios en España. En cambio, sí deberíamos esforzarnos en utilizar herramientas de gestión que permitan agilizar y flexibilizar el sector público, para evitar ineficiencias y hacerlo sostenible.

Tenemos una palabra más.

PREGUNTA 5

Sí, solo hago una puntualización alusiva a los medios, yo le pregunte a Josep Cuní por qué se utiliza el tema privatización como un elemento comunicativo tan contundente permanentemente y tan mantra y decía: el concepto privatización en el subconsciente general mueve dos cosas, una, acabará pagando el ciudadano de a pie, dos, podrán despedir al funcionario.

PREGUNTA 6

Intentaré ser lo más breve posible. Yo creo que mal de muchos, consuelo de tontos. Todos estamos en lo mismo, la mayoría pensamos que el modelo sanitario público tal y como lo conocemos es bueno y que hay que intentar que no sufra una desamortización o como lo queramos llamar. Tenemos un problema, lo tenemos desde hace tiempo, y no son exactamente los sindicatos, sino el corporativismo de los sindicatos, que cada sector de productos sanitarios dice “y lo mío qué”. O sea cuando aparecieron los técnicos de rayos y los técnicos de laboratorio tuvimos problemas con los enfermeros. Y esos problemas han seguido sin solucionarse. Usted mismo antes dijo que era posible qué técnicos de rayos pudieran hacer la ecografía a cualquiera de los radiólogos. Hoy me han visto entrar y salir porque tengo un problema de ese tipo, los radiólogos están abandonando los hospitales porque ni siquiera con las guardias sacan lo que ganan en la privada.

Hemos llegado al problema de que hemos convertido la sanidad en un producto económico para determinadas personas que en un momento a lo mejor querían ser médicos con el concepto ese que dices. Pero ahora se ha convertido en un mercado con mercaderes que mercadean con nosotros y nosotros estamos en el medio. Hay que dar servicio, no tengo nada en contra de externalizar determinados productos, llámese informes, llámese lo que sea. No tengo nada contra la sanidad privada, salvo si nos intenta estrangular. Si es un elemento que viene a colaborar para que el Sistema Sanitario Público perdure, igual que pienso que ya terminadas partes de la sanidad terminarán perteneciendo a otro, llámese ingeniero, biomédico o físico, y dejaremos de tener esta gente que mercadea con el centro de servicio que se supone que es el enfermo.

Manuel García Goñi: Tenemos 30 segundos para un último comentario y la respuesta de Manel y cerramos este Coloquio.

PREGUNTA 7

Yo simplemente comentar lo que nos pasa con los profesionales. Estamos estableciendo una realidad que evidentemente ya la vimos hace tiempo; ha pasado la crisis donde creíamos que íbamos a ver una oportunidad de hacer determinadas cosas que se nos ha pasado y volvemos a estar hablando de lo mismo. Con respecto a los profesionales, no es el por qué los profesionales no se mueven, porque no vemos lo que está pasando. Cuál es la solución, cómo lo hacemos. Quizás el tema puede ser que vemos que tenemos un buen sistema de formaciones, etcétera, y se nos compara con respecto a este caso a otros países. A mí me da pena como gerente del hospital ver centros que por la tarde, y el sábado y el domingo, con la tecnología tan cara que tenemos, no la utilizamos, y no conseguimos implicar a los profesionales para que la eficiencia por la mañana sea mayor. También desde su punto de vista, ya que ellos se ven desmotivados porque es lo que se transmite siempre, que estamos mal pagados. Pero muchas veces también les comento que hay un problema sí a ti nadie te evalúa (en otros países sí). Si el profesional aprueba el MIR, y una vez que saca el MIR hace su especialidad, pero una vez que saca la especialidad nadie lo evalúa, al final tenemos unos profesionales a los que les pagamos igual, trabajen o no trabajen. No hacemos una reflexión con respecto a los profesionales.

Manel del Castillo: Solamente decir que entiendo esto que decíamos del cortoplacismo; que estamos más en el teatro de la política que en la política pública. Los sindicatos, yo creo que todos vemos lo que hay. A mí me parece que son los profesionales, los líderes profesionales, los que podrían cambiar las cosas. Yo pienso en figuras de Cataluña (Taberner, Baselga), es decir, estos grandes “popes” de la medicina, deciden qué tiene que cambiar, pues son el colectivo con más prestigio del país, las encuestas así lo dicen. Harían que los políticos se pusieran a cambiar.

Los que realmente son los grandes popes se ganan el dinero fuera y el prestigio dentro y tienen el corazón partido. No les va tan mal: es decir, todos estos “popes”, no me meto con nadie porque es legítimo, se ganan después el dinero en la privada. En la pública, aunque esté mal pagada, les permite hacer investigación, tener prestigio, publicar, viajar y el dinero lo hace en otro lado.

En la última diapositiva de la presentación: recordáis el infierno de Dante, que dice “Oh vosotros los que entráis, abandonad toda esperanza”. Yo digo que mientras no toque fondo no vamos a hacer nada, porque realmente la crisis llegó y era una gran oportunidad en la que parecía que íbamos a hacer algo y lo único que hicimos fue cortar salarios y algo de plantillas y no se hizo ninguna reforma estructural. Entonces ahora tendremos que tocar fondo, porque, cuando se empieza a ir clase media entonces nos echaremos a andar e igual es tarde.

Manuel García Goñi: Vamos a cerrar aquí el debate para que podamos continuar con la siguiente sesión. Muchas gracias a todos por vuestra atención y vuestra participación en este Coloquio.

CONCLUSIONES



Eloína Núñez Masid

Licenciada en Cirugía y Medicina por la Universidad de Santiago. Máster en Gestión Sanitaria. Máster en Salud Pública. Premio Gerente Innovador año 2013. Cuenta con amplia experiencia en gestión sanitaria.

Actualmente es gerente del Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza. Anteriormente ha sido gerente de la Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras.

Buenos días,

Como encargada de hacer un resumen de lo hablado estos dos días, voy a intentar concretar lo mejor posible todo lo que habéis aportado los ponentes de este magnífico programa. Primeramente, agradecer a la organización, en este caso a la Fundación Gaspar Casal, haberme invitado a escuchar a los ponentes de gran prestigio, enhorabuena por las exposiciones que habéis hecho y también por haber conseguido desde distintos puntos de vista aportar vuestra visión en relación con el título del programa “La transformación de la administración sanitaria: su impacto en los profesionales y los pacientes”. Pediros disculpas si en algún momento este resumen que voy hacer, (y que me va a ser muy complicado dada la gran aportación de ideas) tiene algún sesgo de interpretación.

Como primer punto de este resumen, comentar todas las palabras utilizadas por los gestores y que se nos llenan en la boca al pronunciarlas, atención centrada en el paciente, eficiencia, los hospitales que tenemos dirigidos a los pacientes agudos y no crónicos, la estrategia de crónicos, cobertura universal, equidad, innovación tecnológica, demanda creciente, el rol del paciente, conceptos que realmente tenemos que conectar y poder establecer sinergias entre ellos para poder llegar a conseguir soluciones efectivas y eficientes para los pacientes y los profesionales, manteniendo una cartera de servicios sostenible y solvente para el Sistema Sanitario.

Eduardo Madina, nos hizo un relato muy descriptivo e interesantísimo del panorama político en relación con la situación política y económica en España de los últimos años y el funcionamiento de nuestro país en la actualidad con sus debilidades, interrogantes y demandas. Diversifica entre lo autonómico, municipal y nacional con un grado de optimismo en los dos primeros y pesimismo en el último, comparando su entrada y salida en el Congreso de los Diputados, saltando del campo documental al de la ficción y llevándonos a una autonomización y municipalización de la política nacional.

También nos habló no sólo de la parte de inversión de sanidad sino también de la inversión en educación y destinar más niveles a esta última dado que la mayoría de la sociedad considera que a mayor nivel de inversión tendremos resultados más productivos y justos.

Jaime del Barrio ya nos habló de la salud, como el gran foco de inversión y de conocimiento y sobre todo del tema de datos, “gestión de datos” y de conocimiento, esperanza de vida, cronicidad, volvíamos otra vez a los hospitales destinados a los agudos cuando realmente lo que tenemos son las patologías crónicas y donde él nos hablaba que teníamos que inte-

gar, teniendo en cuenta el mundo digital en el que vivimos. Las dos potencias que están realmente utilizando nuestros datos sanitarios son Estados Unidos y China y estamos empezando en Europa, con lo que tenemos que mentalizarnos de que estamos poniendo en manos de todas estas multinacionales lo que realmente nos pertenece a nosotros. Datos que nos dan mucha, muchísima información y donde los profesionales sanitarios no se están dando cuenta del gran reservorio de datos que es el Sistema Sanitario. Datos aplicados a la salud que se van a traducir en soluciones para mejorar los indicadores de salud, y el futuro valor de la economía del envejecimiento.

Jaime relató con una sucesión de ejemplos de diferentes países, hospitales, pacientes, algoritmos relacionados con la transformación digital, el papel de los profesionales para ayudarnos a combatir la resistencia al cambio y la importancia en el futuro y presente de la adopción de nuevas tecnologías, las adecuadas, las que se necesitan en nuestro entorno. El trabajo en equipos multidisciplinares mediante flujogramas que benefician a los pacientes y a los profesionales.

Marisa Merino, que dirige una OSI en el País Vasco, área de atención integrada, nos presenta el modelo organizativo del sistema Sanitario Vasco, similar al de Galicia. Estructurada en siete áreas sanitarias integradas Galicia y en 13 organizaciones integradas el País Vasco. Nos ha relatado la evolución sanitaria de la comunidad autónoma vasca desde el año 83 y en particular en el 2009 con la apuesta por la cronicidad para ser referencia en el 2013 a nivel europeo y revalidándolo en el 2016, con una apuesta decidida por las nuevas tecnologías con una historia clínica única en hospitales y atención primaria (como en Galicia) y residencias de ancianos, trabajando actualmente hacia la historia sociosanitaria y la historia laboral.

Como punto fuerte del sistema vasco nos relató la estratificación de la población que se realiza anualmente y permite hacer rutas asistencial únicas, y donde la financiación ha virado hacia una cápita por estratificación (en Galicia no lo hemos conseguido) y unificando en la historia clínica sanitaria también la de las residencias sociosanitarias.

Por último, presentó el modelo de contrato programa, sus indicadores de medida y evaluación de resultados, mostrándolos mediante encuestas de la gestión integrada, avalada por pacientes, gestores y profesionales.

Boi Ruiz, nos habló de lo que es hacer “las políticas” (políticas públicas sanitarias) y diferenciándolas de “la política” en cuanto al diseño de la cronicidad.

Realmente nos hizo un esquema de todas esas visiones, del paciente, del profesional, de la administración, de los gestores y de los poderes públicos en donde plantea visiones totalmente diferentes que significan tener objetivos distintos, y deberíamos analizar que si todos tuviéramos los mismos objetivos tendríamos otras soluciones.

Nos habla del tema de la afectividad con respecto a la efectividad que tenemos y la multidisciplinariedad con respecto a la multi-profesionalidad, dando un tipo de atención con todas estas características al que añadiríamos la autonomía de gestión, así como la prestación social que debería estar incluida en la prestación sanitaria.

Jaime nos comentaba que, en Alemania, a partir del 1 de enero de 2020, los médicos también pueden recetar App; cuestión debatida y relacionada con la educación de los ciudadanos, es decir, a los ciudadanos hay que educarlos y yo creo que no los tenemos educados, hacia todo esto que queremos hacer y tenemos que hacerlos partícipes (los profesionales prescriben medicamentos y parece que solo estos valen).

Nos habla también del envejecimiento de supervivencia, alargando la expectativa de vida de muchas enfermedades que han hecho cambiar el patrón de la demanda de atención sanitaria y que nos ha llevado a un gran reto, el de la cronicidad, y el reto de un pacto nacional de estado sobre la sanidad.

Analiza el cómo combinar la atención social y la atención sanitaria, dado que en muchos aspectos coinciden, como por ejemplo la atención domiciliaria de los servicios sanitarios y sociales, en donde debemos configurar un esquema organizativo que vaya hacia resultados de salud clínicos y no resultados presupuestarios. Para ello los resultados tiene que tener tres beneficiarios: paciente, profesional y gestores.

Manuel García Goñi, como bien se autoperesentó, de los pocos no médicos que asistimos, como economista que es, nos presentó el gasto sanitario total de los países de la OECD con sus porcentajes del PIB, siendo España la que menos gasto tiene. Nos habla de las nuevas formas organizacionales para la Sanidad y de cómo es la creación del valor de un servicio público para pasar de una visión tradicional de lo que es la gestión pública e ir hacia la productividad, a pesar de lo complicada de la gestión y la resistencia al cambio.

Manel del Castillo, nos hizo “reflexionar” sobre cómo estamos en la sanidad y qué barreras tenemos para acometer reformas. El por qué conociendo el diagnóstico y la terapéutica no nos atrevemos a aplicarlas y siempre estamos ante el debate político, con una especie de

autosatisfacción y autocomplacencia de tener el mejor sistema sanitario del mundo, con tres actores “el ciudadano que paga sus impuestos a la autoridad sanitaria, la autoridad sanitaria da el dinero a los proveedores y los proveedores un servicio al ciudadano”.

Se hizo un análisis comparativo con otros países en relación con la economía sanitaria, ingresos y gastos, copago, demostrando el poco ingreso y mucho gasto de la sanidad española. También el tema profesional, política de recursos humanos, aún anclada en el Estatuto y Marco de los años 40, el déficit de profesionales comparativo con Europa que nos hace ver que tenemos más médicos y menos enfermeras, por lo que debemos reordenar los roles profesionales y tratar las retribuciones de los mismos.

Tenemos una responsabilidad para hacer ver los cambios que debemos proponer y estamos y seguimos quietos, queremos, pero no podemos dar el paso, por lo que hago un llamamiento a ponernos la bata blanca y responsabilizarnos aún más de que no pase el tiempo y todo siga igual (“gerentillos”). Hoy sabemos lo que tenemos que hacer, pero no lo podemos hacer y realmente tenemos soluciones y debemos reflexionar desde la parte política, desde la parte gerencial y desde la parte económica, para acometerlas (la universidad seguro que está teniendo los mismos problemas que nosotros).

Para ello tenemos que involucrar a los profesionales y a los líderes que tenemos en todas nuestras organizaciones perfectamente identificados (en el hospital en el que estoy, en el de Santiago, y seguro en Coruña, Alicante, cada uno de nosotros, en su ámbito, los tenemos perfectamente identificados), a animarnos a dar ese paso que nos hace falta para ver si conseguimos algo que realmente todos pensamos que puede ocurrir y piensan los profesionales que nunca va a ocurrir (cuando decimos que no va haber dinero para poder pagar la nómina, ningún profesional se lo cree). El Titanic se hundió, pero nosotros desde luego no podemos permitir que eso ocurra con nuestro sistema sanitario. Creo que como responsables de gestión y cada uno con la responsabilidad que ostenta sí que debemos tener conciencia y liderar el cambio.

He sido muy breve, dado que este resumen solo da unas pinceladas de lo que realmente se ha hablado aquí, porque se ha hablado de muchísimas cosas que sería imposible resumir. Lo he hecho de la manera más práctica y ejecutiva posible, y espero que nos hayamos mentalizado de que “vamos a movernos”.

Muchas gracias.

En nuestro SNS lo macro, con una garantía de equidad horizontal (a igual necesidad igual acceso), con un gasto sanitario público atemperado, con una producción de servicios no desdeñable y, lo micro, con unos profesionales sanitarios bien cualificados y pacientes todavía tolerantes con las esperas, nos permiten afirmar que ambos niveles funcionan razonablemente bien. Lo más perentorio de mejora es el nivel meso de la gestión.

Desde los 90 del siglo pasado la Nueva Gestión Pública (*New Public Management*) trata de responder al dilema de hacer o comprar (*Make or Buy*). No todos los servicios públicos se han de prestar con medios propios, ni todos los servicios externalizados tienen mejor rendimiento que los de gestión propia. Clarificar el marco de actuación de las actividades de los agentes concurrentes, ser exigentes con las características que han de tener los proveedores y contar las métricas apropiadas para medir los resultados, son condiciones sine qua non.

En este segundo encuentro se ha abordado desde una perspectiva meso cómo mejorar la gestión de las organizaciones que prestan los servicios hospitalarios y qué herramienta tienen sus directivos para mejorar el rendimiento y favorecer el acceso, aminorando tiempos y seleccionando las tecnologías con valor demostrado.



Edita:

Patrocina:

Con el aval de:

