

Los Retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura

Objetivos y propuestas de transformación del Sistema Nacional de Salud para aumentar la salud, mejorar la calidad, y hacerlo más equitativo y eficiente.

2023-2027



IMAS Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria



facme

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

Una iniciativa de:

IMAS

Instituto para la Mejora
de la Asistencia Sanitaria



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Con el aval de:



Foro de la Profesión
Médica de España

Índice

Prólogo	4
Resumen ejecutivo	7
Introducción	17
Retos del SNS	23
1. Reorientar el SNS hacia la salud	23
2. Desarrollar una atención integral incorporando a los recursos sociales, así como a los profesionales y servicios necesarios para una asistencia de calidad	25
3. Ampliar la cartera de servicios del SNS e incrementar los recursos destinados a en salud mental y salud bucodental	28
4. Dotar al SNS de una estructura de gobierno y gobernanza con los estándares exigibles en una democracia y economía avanzadas y que fortalezca la cohesión del sistema	29
5. Incorporar a los ciudadanos/pacientes en las estructuras de gobierno y en el proceso de toma de decisiones del SNS, e implicarles en el cuidado de su propia salud	32
6. Implicar a la profesión médica en la planificación y gestión del sistema sanitario y mejorar la experiencia del médico en el Sistema Nacional de Salud	34
7. Dotar a los servicios sanitarios públicos de una organización y gestión que incentiven su calidad, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y que favorezcan la participación de los agentes interesados	38
8. Desarrollar modelos asistenciales adecuados a las necesidades de los ciudadanos/pacientes	41
9. Implantar un sistema transparente de medición sistemática y evaluación de resultados y de mejora continua de la calidad	43
10. Impulsar una transformación digital del SNS tomando como eje la Historia Digital de Salud del ciudadano	45



Prólogo

El Sistema Nacional de Salud está en crisis. Se trata de una crisis sistémica, que la pandemia del COVID-19 ha contribuido a aflorar, y que se traduce en síntomas como el deterioro de su prestigio en la opinión pública, las huelgas de los profesionales de la salud, el síndrome de desgaste profesional de los sanitarios o la vuelta de la preocupación por la sanidad a los primeros puestos de los problemas para los españoles. La crisis es más de “sistema” -es decir de la estructura, organización y gestión de los servicios- que de “modelo”, siguiendo vigentes los principios generales que informaron la Ley General de Sanidad de 1986.

En efecto, la Gran Recesión (2009-2014) redujo de forma radical, inclemente y miope los activos del SNS (fundamentalmente capital humano e inversiones), traducidos en 9 mil millones de euros y miles de médicos y enfermeras menos. Decimos miope porque los recortes lineales rompían la funcionalidad de los servicios y no aumentaban la eficiencia del sistema.

Tras rescatar a los bancos y a la salida de la crisis (en el periodo de 2014 a 2019), la recuperación fue lenta e incompleta: la sanidad no parecía ser prioritaria. Posteriormente, llegó la ola destructiva de la pandemia COVID-19. El Sistema Nacional de Salud (SNS), sus médicos y sus profesionales y empleados dieron un claro y ejemplar testimonio de su entrega y compromiso, con un alto sacrificio de vidas y de salud. Es de justicia reconocer también el trabajo del sector socio-sanitario y, particularmente, de los trabajadores de las residencias de mayores, un espacio social muy olvidado por todos.

En Julio de 2020, cuando se aprobó en el Congreso de los Diputados el dictamen de medidas sanitarias para la Reconstrucción Social y Económica, parecía que los aplausos de la población a los sanitarios tenían por primera vez efecto en los políticos y las instituciones. Pero se apagaron los ecos de aquellas ovaciones y los compromisos institucionales fueron cayendo en el olvido. El SNS está entrando en crisis, tres grietas aparecen en su estructura:

- a)** La crisis de la atención primaria, en la que la desinversión crónica, las malas condiciones de trabajo y la jubilación masiva (conocida pero ignorada), ha roto la tradicional accesibilidad, continuidad y longitudinalidad, los tres atributos esenciales para una buena medicina y enfermería del primer nivel de atención.
- b)** La crisis moral de los profesionales del SNS: su desafección y desilusión forma parte de un grave problema pues rompe el contrato social implícito en el que se anclan los valores que sustentan el compromiso y la fidelización.

- c) La crisis de la cobertura pública, que está llevando a parte de las capas medias de la sociedad a escaparse al aseguramiento privado para sortear las crecientes esperas y dificultades de la sanidad pública. Si esta tendencia se mantiene, la sanidad se dualizará, y un SNS para pobres acabará siendo un pobre SNS.

Confrontar los retos de una crisis requiere de un análisis riguroso, alejado de soluciones simplistas. Los problemas del sistema sanitario público español no se solucionarán solamente con un aumento de financiación -aunque este sea necesario-, ni se resolverán “mágicamente” por un cambio de modelo, como algunos abogan en relación con el National Health Service del Reino Unido. Tampoco se disolverán los problemas con un “pacto de estado” entre la administración del estado y la de las Comunidades Autónomas, si deja al margen de ese pacto a otros agentes tan relevantes como los ciudadanos/pacientes y profesionales sanitarios. Pero, en todo caso, refinanciación, reformas estructurales y un pacto de estado con todos los agentes implicados son tres elementos que formarán parte inevitable de la supervivencia del SNS.

El profesionalismo médico obliga a que las entidades de la profesión médica analicen los problemas existentes que dificultan alcanzar el máximo nivel de salud posible y a proponer las soluciones más adecuadas para resolverlos. Las propuestas que se desarrollan en este informe están basadas tanto en la experiencia y evidencia disponible en nuestro sistema sanitario como en la de otros países que afrontan retos similares a los nuestros, y continúan la estela de numerosos informes y documentos elaborados por las entidades científico-médicas sobre el sistema sanitario público español.

El primer principio del profesionalismo médico es priorizar el bienestar del paciente y hacia este principio se orienta el informe. Resolver la crisis del Sistema Nacional de Salud requiere poner el foco en la salud, situar al ciudadano/paciente en el centro del sistema y medir resultados en salud y calidad de vida; para ello, así como para el resto de las reformas estructurales que precisa el sistema, es necesaria la participación de la profesión médica. Estamos convencidos de que el trabajo conjunto y colaborativo de los profesionales de la salud, los ciudadanos/pacientes y las administraciones permitirá superar los actuales retos, reformando profundamente el sistema y preservando el modelo universal, financiado públicamente, equitativo y de calidad al que la inmensa mayoría de los españoles aspiran.

Carlos Macaya Miguel



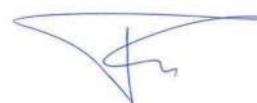
Presidente IMAS

Javier García Alegría



Presidente FACME

Tomás Cobo Castro



Presidente CGCOM



Resumen ejecutivo

Los Retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima Legislatura 2023-2027

10 objetivos y 37 propuestas de transformación del Sistema Nacional de Salud para aumentar la salud, mejorar la calidad, y hacerlo más equitativo y eficiente.

El sistema sanitario diseñado en la Ley General de Sanidad de 1986 tiene cada vez más dificultades para responder adecuadamente a las necesidades de la sociedad actual. Por ello, la profesión médica (sociedades científico-médicas y Colegios Oficiales de Médicos), con la iniciativa de la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (Fundación IMAS), quiere dirigirse a la sociedad, a los partidos políticos y a los responsables de las administraciones y para proponer un conjunto de medidas que aseguren la calidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Este informe ha sido avalado por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) y el Foro de la Profesión Médica (integrado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, el Consejo Nacional de Especialistas en Ciencias de la Salud, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina). En este resumen ejecutivo se recogen los aspectos más relevantes de estas propuestas.

1 La transformación del SNS debe perseguir un **“quíntuple objetivo”**:

Quíntuple objetivo

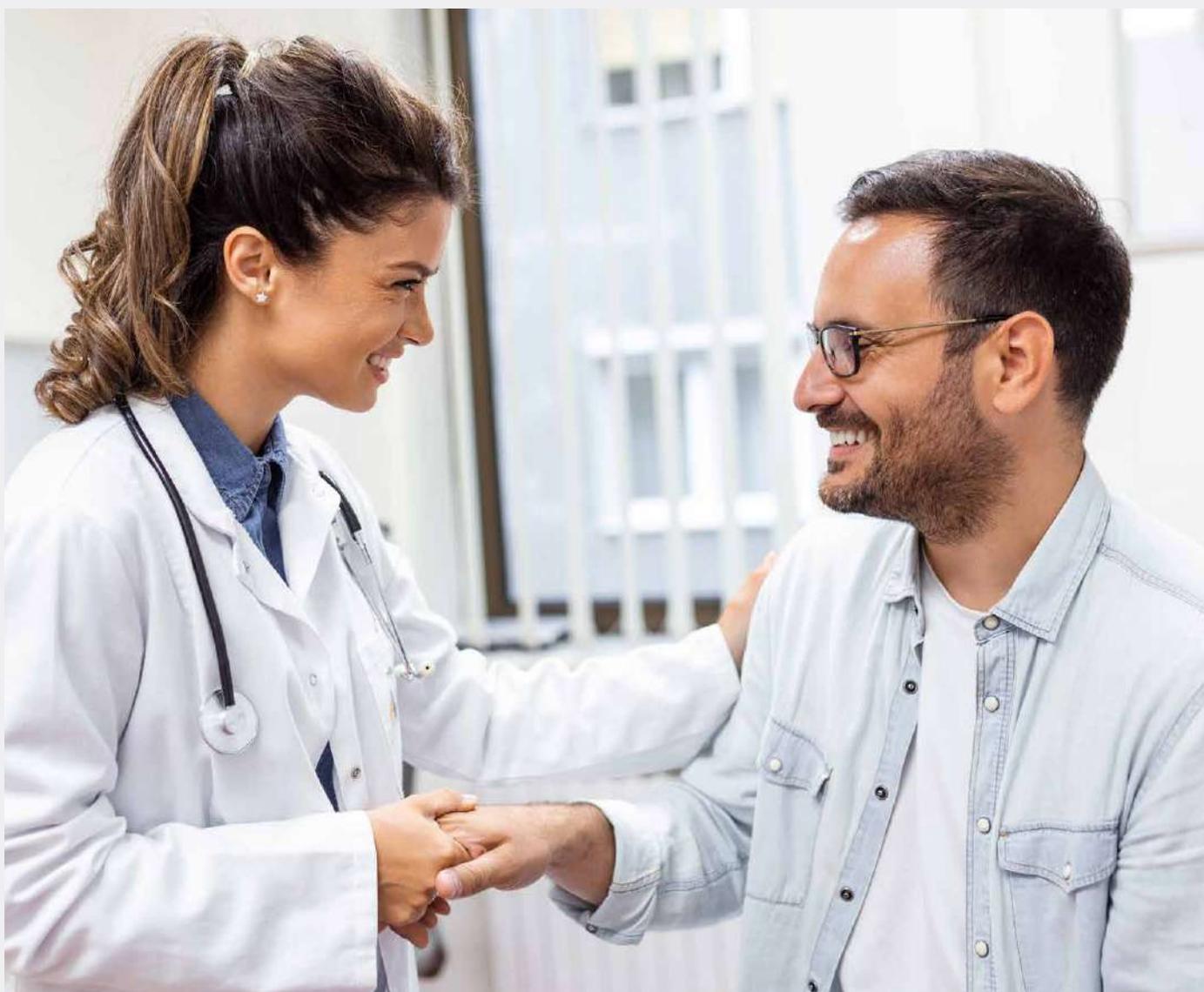
- 1.** Mejorar la salud de la población y la salud individual de los pacientes.
- 2.** Mejorar la experiencia del paciente.
- 3.** Mejorar la experiencia del profesional.
- 4.** Aumentar la equidad y la calidad del sistema.
- 5.** Aumentar la eficiencia del sistema.

2

Se han identificado diez problemas fundamentales del Sistema Nacional de Salud, para los que se proponen 10 retos a alcanzar:

PROBLEMAS	RETOS
1. El SNS tiene una orientación reparadora, reactiva, enfocada hacia la enfermedad	Reorientar el SNS hacia la salud. Hacia una medicina personalizada, predictiva, preventiva, participativa y de precisión
2. El SNS atiende de forma inadecuada los problemas de los pacientes crónicos complejos y los derivados del aumento de la longevidad (dependencia, discapacidad, fragilidad)	Desarrollar una atención integral incorporando a los recursos sociales, así como a los profesionales y servicios necesarios para una asistencia de calidad
3. Hay aspectos importantes de la salud, como son la salud mental y la bucodental, insuficientemente atendidos por el SNS	Ampliar la cartera de servicios del SNS e incrementar los recursos destinados a atender estas necesidades
4. La estructura de gobierno del SNS favorece la inequidad, la falta de transparencia, la ineficiencia y el despilfarro, reduciendo la cohesión del sistema	Dotar al SNS de una estructura de gobierno y gobernanza con los estándares exigibles en una democracia y economía avanzadas y que fortalezca la cohesión del sistema
5. El ciudadano/paciente tiene en numerosas ocasiones un papel pasivo	Incorporar a los ciudadanos/pacientes en las estructuras de gobierno y en el proceso de toma de decisiones del SNS, e implicarles en el cuidado de su propia salud
6. La gestión de personal del SNS es inadecuada para prestar un servicio de calidad, generando desafección profesional y el síndrome de burnout profesional	Implicar a la profesión médica en la planificación y gestión del sistema sanitario y mejorar la experiencia del médico en el Sistema Nacional de Salud
7. El sistema de gestión de las instituciones del SNS es ineficiente, burocrático, con gran interferencia política y, a nivel "macro", poco transparente	Dotar a los servicios sanitarios públicos de una organización y gestión que incentiven su calidad, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y que favorezcan la participación de los agentes interesados
8. El modelo asistencial del SNS está fragmentado, lo que impide una aproximación integral a los problemas de salud de los ciudadanos/pacientes	Desarrollar modelos asistenciales adecuados a las necesidades de los ciudadanos/pacientes
9. El SNS no mide sistemáticamente muchos de los resultados clave para la mejora continua	Implantar un sistema transparente de medición y evaluación de resultados y de mejora continua de la calidad
10. La "digitalización" del SNS que se está llevando a cabo no está al servicio de su transformación	Impulsar una transformación digital del SNS tomando como eje la Historia Digital de Salud del ciudadano

- 3 Los retos propuestos no difieren de los principios que en su día estableció la Ley General de Sanidad (LGS -1986-). No se propone, por tanto, un cambio de modelo sanitario, sino un cambio de sistema (la forma de hacer efectivo el modelo).
- 4 El análisis de los retos lleva a formular 37 medidas específicas de transformación del SNS.
- 5 El aumento del gasto sanitario debe dirigirse a financiar las medidas transformadoras para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, así como para incrementar la cobertura de sus servicios. Analizamos cualitativamente el coste / beneficio de las propuestas en relación con su eficacia para alcanzar los objetivos que integran el “quíntuple objetivo”.





Propuestas de transformación del sistema sanitario y estimación de su impacto sobre el coste y logros de los objetivos del Sistema Nacional de Salud

Aquí detallamos, de manera resumida, las 37 propuestas para transformar el Sistema Nacional de Salud. Además, hacemos una estimación de su impacto tanto en términos económicos (reducción o aumento de costes para el sistema) como su influencia en el logro de cada uno de cinco objetivos que debe perseguir la transformación del sistema.

Leyenda

Impacto sobre los costes ¹		Quíntuple objetivo ²				
						
Reducción de costes	Aumento de costes	Salud/ Calidad de vida	Experiencia del paciente	Experiencia del profesional	Equidad/ Calidad	Eficiencia

Propuestas

01	Desarrollar estructuras que implementen la complementariedad entre salud pública y asistencia sanitaria. <i>No se estima su impacto porque se desarrolla en la propuesta 27.</i>					
02	Campaña de educación sanitaria sobre uso apropiado de los servicios sanitarios y el respeto a los profesionales de la salud.					
03	Integrar la red de recursos sociales con la de servicios sanitarios.					

Propuestas

04

Implantar modelos de atención sistemática a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y crear redes asistenciales que garanticen la atención del paciente en el lugar más apropiado en cada momento.



05

Reforzar la capacidad del sistema con profesionales dedicados a la recuperación y mantenimiento de la salud, así como a la asistencia social, y fortalecer y completar la red de cuidados paliativos.



La incorporación de estos profesionales mediante conciertos o contratos de servicio probablemente reducirá el coste y el tiempo de incorporación de estos profesionales, al utilizar recursos ya disponibles.

06

Rediseñar la estrategia de atención a los pacientes crónicos a nivel nacional y de las Comunidades Autónomas.



07

Ampliar la cobertura, prestaciones y servicios en salud mental y salud bucodental.



08

Implantar un plan de salud mental dotándole de los recursos necesarios.



09

La ampliación de la cobertura de prestaciones en salud mental y bucodental puede hacerse utilizando los recursos disponibles fuera del sector público.



10

Dotar al SNS de un marco legal actualizado, adoptando los servicios sanitarios públicos formas organizativas y de gestión orientadas a la calidad y eficiencia en resultados en salud, alejadas del actual funcionamiento burocrático-administrativo.



Aunque sin importante ahorro de costes, la austeridad en el uso de los recursos públicos, la rendición de cuentas y la transparencia son exigencias de una sociedad democráticamente avanzada y aumentan notablemente la eficiencia.

Se estiman conjuntamente las tres medidas.

Propuestas

11

Crear como agencias del SNS el Observatorio de Resultados y la Agencia de Calidad del SNS, además de la Agencia Estatal de Salud Pública.



12

Participación de todos los agentes interesados; eliminar las injerencias políticas partidarias; ser transparentes, medir sus resultados, hacerlos públicos y rendir cuentas de su gestión; y procesos transparentes de accesos a los puestos de responsabilidad en todas las instituciones sanitarias públicas.



Además de lo ya comentado en las observaciones a la medida 8, evitar la injerencia política partidaria es fundamental para la legitimación del sistema sanitario público.

13

Dotar al SNS de un estatuto del ciudadano/paciente y de unos estándares de calidad de los servicios del SNS respecto de la experiencia del ciudadano/paciente en el sistema.



14

Incorporar a los ciudadanos/pacientes deben incorporarse a los órganos de gobierno del sistema sanitario público y al proceso de toma de decisiones sobre política sanitaria.



15

Hacer efectiva la capacidad real de elegir, facilitando una información transparente sobre resultados y otros indicadores relevantes; así como promover y garantizar la toma de decisiones compartidas.



16

Modificar la relación de las administraciones con la profesión médica, cambiando la actual de control sobre los profesionales por otra de colaboración en la planificación y gestión de los recursos del sistema sanitario.



Se estima que hasta un 20-25% del gasto sanitario es inútil o, incluso, perjudicial. Eliminar ese gasto ineficiente es virtualmente imposible sin contar con quienes tienen el conocimiento científico-técnico para eliminarlo sin riesgo.

17

Elaborar una regulación básica de las relaciones laborales y profesionales de los médicos en los servicios de salud que permita la aplicación de los principios de una gestión y gobierno adecuados para el sistema sanitario público como desarrollo específico del Estatuto Básico del Empleado Público.



Propuestas

18

Las sociedades científico-médicas y los colegios de médicos deben participar en el establecimiento de criterios y políticas de calidad del SNS; en la planificación de las necesidades de médicos especialistas; en la elaboración de los programas formativos de los MIR y en la acreditación de las competencias profesionales; en la incorporación de criterios científico-técnicos y de coste-efectividad a la cartera de servicios del SNS; en el desarrollo del "Observatorio de Resultados" del SNS; en la evaluación de la calidad de los centros y servicios sanitarios del SNS; en la promoción de la medicina basada en la evidencia y en la investigación en resultados de salud.



19

La profesión médica debe participar en la planificación de médicos especialistas y establecer una estructura encargada de armonizar todo el ciclo profesional. La estimación de necesidades de médicos especialistas debe tomar en consideración la transformación del sistema sanitario. El SNS debería tener una estructura de personal más equiparable a la del resto de los países con economías avanzadas.



20

Establecer un sistema de formación médica continua de ámbito estatal que garantice el mantenimiento de las competencias profesionales de los médicos, así como el acceso de éstos a los puestos ofertados en los servicios sanitarios con un reconocimiento homogéneo de sus competencias profesionales. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y las sociedades científico-médicas deben establecer de común acuerdo los requisitos para garantizar la calidad y la estructura de gobierno de este sistema.



21

Delegar la actividad regulatoria sobre la formación médica especializada y la recertificación de los profesionales en las entidades científico-médicas y establecer una agencia supervisora dependiendo del Consejo Interterritorial del SNS.



22

Las entidades científico-médicas deben establecer criterios homogéneos, cuantificables y que requieran la mínima estructura para su gestión para la acreditación de la formación y recertificación de profesionales.



23

Las Comisiones Nacionales de Especialidad en el área médica deberían estar integradas mayoritariamente por miembros independientes de la administración, nombrados por las entidades profesionales (sociedades científico-médicas y colegios profesionales) por los méritos científico-profesionales que acrediten la idoneidad para su incorporación en la respectiva comisión.



Propuestas

24

Dotar de autonomía de gestión y transferencia de riesgo a los centros sanitarios, evaluando y haciendo públicos su desempeño.



25

Potenciar la autonomía y responsabilidad profesional, a través de las unidades de gestión clínica.



26

La selección y renovación de los puestos de responsabilidad clínica deben estar basadas en criterios objetivos, sustentados en la evidencia, así como en el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan de gestión.



27

Aumentar el tiempo asistencial de calidad de los médicos de atención primaria: eliminar la carga burocrática; racionalizar los protocolos de la patología crónica; adecuar el trabajo del resto del personal de los equipos de atención primaria; educar a la población en el uso de los servicios sanitarios; y aumentar la capacidad resolutoria del nivel de atención primaria.



28

Prolongar el horario de funcionamiento de los hospitales en régimen normal y mejorar su productividad y el rendimiento de los equipos e instalaciones. Concentrar determinados servicios, procesos y procedimientos para garantizar una actividad que garantice la calidad de la asistencia. Crear redes asistenciales que integren a los profesionales de los servicios clínicos de los centros periféricos con los de referencia.



29

Desarrollar estructuras que integren salud pública, asistencia sanitaria y servicios sociales, que tengan un ámbito poblacional "regional" y que desarrollen la función de "aseguramiento" para su ámbito geográfico y poblacional.



30

Organizar la asistencia en función de las necesidades de grupos de pacientes (procesos asistenciales), con una concepción integral (atención a las necesidades sociales y situaciones de dependencia, discapacidad y fragilidad).



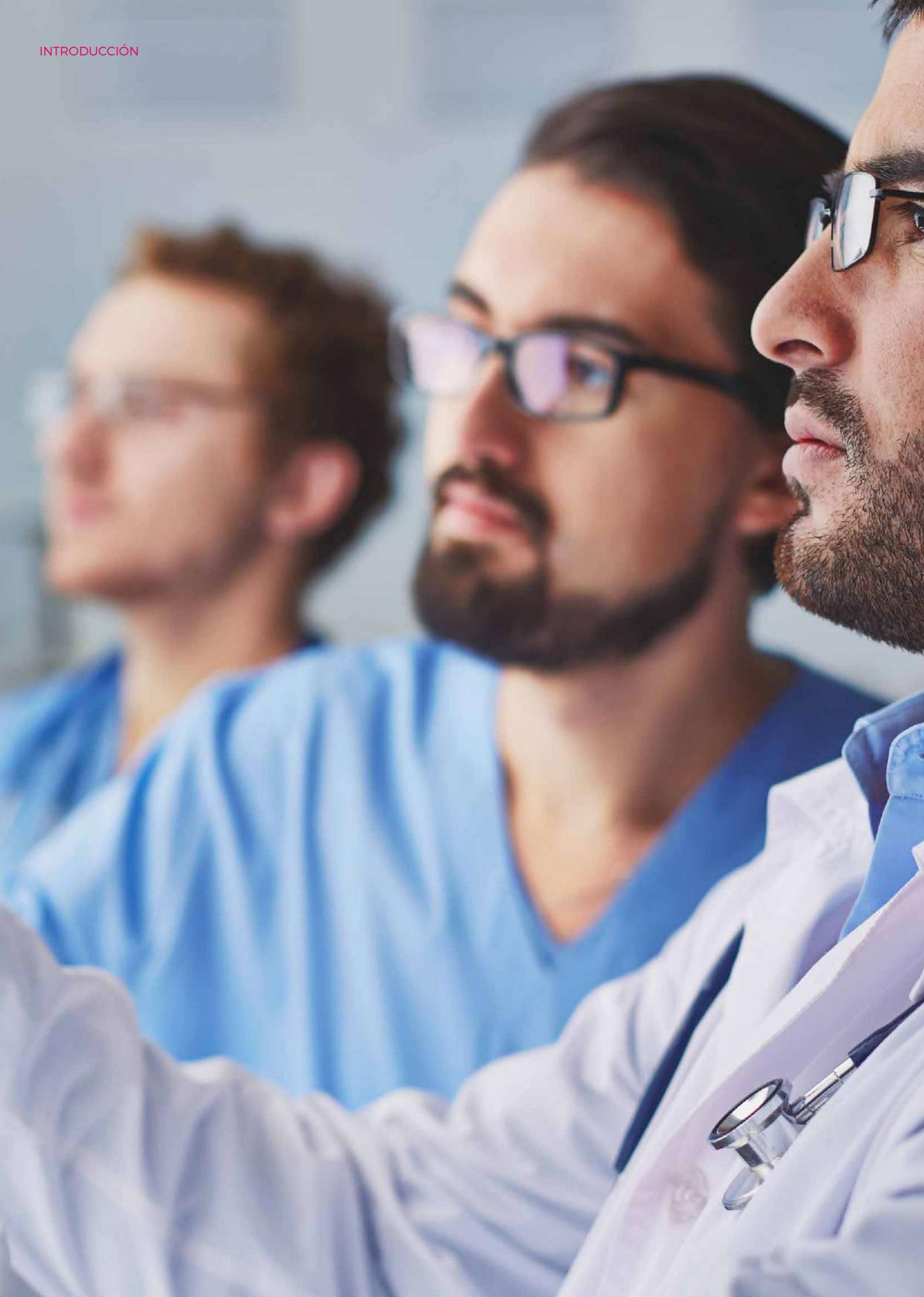
Propuestas

Se estiman conjuntamente las tres medidas.

- 31** Incentivar el desarrollo de soluciones locales, lideradas por profesionales o por iniciativas comunitarias.
- 
-
- 32** Desarrollar la atención comunitaria.
- 
-
- 33** Implantar un sistema de medición y evaluación por resultados (indicadores del logro del "quíntuple objetivo" y de mejora continua de la calidad).
- 
-
- 34** El sistema debe ser transparente, permitiendo la comparación del desempeño entre Servicios de Salud, hospitales, etc., así como la libre elección del ciudadano.
- 
-
- 35** El SNS debe crear una agencia con estatuto independiente y participación de las entidades científico-médicas (Observatorio de Resultados, Agencia de Calidad del SNS).
- 
-
- 36** Desarrollar una estrategia de transformación digital del sistema.
- 
-
- 37** Impulsar la historia digital de salud del ciudadano, garantizando el estado el derecho de todo ciudadano a la propiedad sobre su historia de salud.
- 

¹**Costes:** Señalamos con un icono un incremento o reducción del 1% o menos del gasto anual del SNS. Dos iconos significan un incremento o reducción de costes estimado entre un 1 al 5% del gasto anual del SNS. Tres iconos suponen un incremento o reducción de costes estimado entre un 5 y 10% del gasto anual del SNS. Cuando hay un icono de aumento y otro de reducción de costes, el impacto es indeterminado (puede suponer un ligero aumento o reducción). Cuando no hay iconos de impacto de costes es porque la propuesta no tiene impacto sobre el coste.

²**Quíntuple objetivo:** Influencia de las propuestas sobre el logro de los objetivos comprendidos en el "quíntuple objetivo" del SNS. Un solo icono significa que la propuesta contribuye de forma débil al logro del objetivo; dos iconos supone una contribución relevante al logro del objetivo; y tres iconos significa una contribución muy importante al logro del objetivo. Cuando no hay iconos es porque la propuesta no tiene impacto sobre ese objetivo en particular.



Introducción

En los años 2015 y 2019, la Fundación IMAS y la Federación de Asociaciones Científico-Médicas (FACME) presentaron el manifiesto de la profesión médica “Los Retos del Sistema Nacional de Salud en la Próxima Legislatura”. El manifiesto se dirigía a los responsables de las administraciones y a la sociedad en su conjunto. Las propuestas contenidas en estos documentos, que abogaban por la transformación de nuestro Sistema Nacional de Salud, no fueron tomadas en consideración por las administraciones. La pandemia del SARS-CoV-2 ha revelado con crudeza los problemas del sistema que habíamos denunciado. El progresivo deterioro de la imagen del sistema sanitario en la opinión pública, la crisis de la atención primaria, la desafección de los profesionales de la salud en relación con el sistema son manifestaciones de que el sistema sanitario diseñado en la Ley General de Sanidad está agotado, siendo precisa su refundación. Existe, sin embargo, el riesgo de que la palabra “refundación” termine desnaturalizándose como otras (“gestión clínica”, “añadir valor en sanidad”, etc.) con propuestas que presentan como novedad lo ya obsoleto. Las propuestas que abogan por un “pacto de estado” entre los gobiernos de la administración central y los de las Comunidades Autónomas obvian un aspecto fundamental, como es el contar con la profesión médica y también -por supuesto- con los ciudadanos/pacientes, así como con el resto de los agentes de la sanidad.

Es necesario aumentar el gasto sanitario para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, así como para incrementar la cobertura de sus servicios. Sin embargo, el aumento de recursos sin incorporar las medidas de transformación del sistema para aumentar su eficiencia, productividad y calidad, así como para reorientarlo hacia la salud, incorporar al paciente como gestor de su propia salud, etc. conduciría en breve plazo a reproducir los mismos problemas a los que se enfrenta en la actualidad. Por otra parte, el gasto sanitario público compite en la captación de recursos con otras políticas públicas que inciden sobre importantes determinantes de la salud como la educación, la vivienda, las pensiones, los servicios sociales, la cobertura del desempleo o la política medioambiental. Asimismo, compite con otras políticas que contribuyen al crecimiento económico y competitividad como son la universidad, la ciencia o la innovación. No debe olvidarse que el aumento de la riqueza de un país y su justa distribución es un requisito para poder disponer de mejores servicios públicos. Probablemente muchas de estas políticas y servicios públicos ven limitada su eficacia

por los mismos problemas estructurales que el sistema sanitario: rigidez burocrática, centralización, escasa o nula participación de los profesionales en el proceso de toma de decisiones y en la gestión, sistemas de gestión de personal no adecuados a la prestación de servicios, falta de orientación a las necesidades de los ciudadanos, etc. Por ello, puede ser un ejercicio más honesto analizar el coste/beneficio de las propuestas que se realizan en este informe estimando su coste (o ahorro) en relación con su eficacia para alcanzar los objetivos que integran el “quíntuple objetivo”. Las estimaciones que se recogen en la tabla donde detallamos las 37 propuestas, en el resumen ejecutivo, son valoraciones cualitativas, requiriendo su cálculo riguroso el análisis pormenorizado de cada uno de los proyectos específicos que se derivan de las propuestas.

Las propuestas que se desarrollan en este informe están basadas tanto en la experiencia y evidencia disponible en nuestro sistema sanitario como en las de otros países con economías avanzadas que afrontan retos similares a los nuestros. Desde la última publicación de este documento en 2019, las entidades científico-médicas han elaborado numerosos estudios e informes analizando los problemas y proponiendo soluciones guiados por los valores del profesionalismo. Estamos convencidos de que el trabajo conjunto y colaborativo de profesionales de la salud, ciudadanos/pacientes y administraciones permitirá superar los actuales retos, preservando los principios básicos del sistema: financiado públicamente, universal, centrado en la salud, de calidad, equitativo y eficiente. Sin embargo, actualmente el SNS es un paciente crítico que requiere de cuidados intensivos e intervenciones urgentes, para los que es imprescindible el concurso de la profesión médica.



10 problemas 10 retos

PROBLEMAS	RETOS
1. El SNS tiene una orientación reparadora, reactiva, enfocada hacia la enfermedad	Reorientar el SNS hacia la salud. Hacia una medicina personalizada, predictiva, preventiva, participativa y de precisión
2. El SNS atiende de forma inadecuada los problemas de los pacientes crónicos complejos y los derivados del aumento de la longevidad (dependencia, discapacidad, fragilidad)	Desarrollar una atención integral incorporando a los recursos sociales, así como a los profesionales y servicios necesarios para una asistencia de calidad
3. Hay aspectos importantes de la salud, como son la salud mental y la bucodental, insuficientemente atendidos por el SNS	Ampliar la cartera de servicios del SNS e incrementar los recursos destinados a atender estas necesidades
4. La estructura de gobierno del SNS favorece la inequidad, la falta de transparencia, la ineficiencia y el despilfarro, reduciendo la cohesión del sistema	Dotar al SNS de una estructura de gobierno y gobernanza con los estándares exigibles en una democracia y economía avanzadas y que fortalezca la cohesión del sistema
5. El ciudadano/paciente tiene en numerosas ocasiones un papel pasivo	Incorporar a los ciudadanos/pacientes en las estructuras de gobierno y en el proceso de toma de decisiones del SNS, e implicarles en el cuidado de su propia salud
6. La gestión de personal del SNS es inadecuada para prestar un servicio de calidad, generando desafección profesional y el síndrome de burnout profesional	Implicar a la profesión médica en la planificación y gestión del sistema sanitario y mejorar la experiencia del médico en el Sistema Nacional de Salud
7. El sistema de gestión de las instituciones del SNS es ineficiente, burocrático, con gran interferencia política y, a nivel "macro", poco transparente	Dotar a los servicios sanitarios públicos de una organización y gestión que incentiven su calidad, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y que favorezcan la participación de los agentes interesados
8. El modelo asistencial del SNS está fragmentado, lo que impide una aproximación integral a los problemas de salud de los ciudadanos/pacientes	Desarrollar modelos asistenciales adecuados a las necesidades de los ciudadanos/pacientes
9. El SNS no mide sistemáticamente muchos de los resultados clave para la mejora continua	Implantar un sistema transparente de medición y evaluación de resultados y de mejora continua de la calidad
10. La "digitalización" del SNS que se está llevando a cabo no está al servicio de su transformación	Impulsar una transformación digital del SNS tomando como eje la Historia Digital de Salud del ciudadano

Somos conscientes de que el número y calado de las reformas que se proponen para refundar el SNS requieren de un tiempo que excede el de una legislatura, así como de los recursos adicionales que puedan derivarse de la economía de nuestro país y de las eficiencias que se generen dentro del sistema sanitario. Por otra parte, algunos de los cambios que se proponen son organizativos y de gestión, precisando muchos de ellos reformas legislativas, pero también cambios en la cultura organizativa del SNS. Una transformación del SNS como la que se propone requiere del compromiso de la profesión médica, compromiso que extendemos a las asociaciones de pacientes, a otros agentes de la sanidad y a los representantes políticos, a quienes presentamos las propuestas contenidas en este informe y valoraremos sus respuestas. El SNS necesita un plan, no ideologías ni “pensamientos mágicos”; si el diagnóstico no es correcto, el tratamiento será inadecuado lo que pondrá aún más en riesgo la salud del paciente gravemente enfermo que en la actualidad es el SNS.

¿Qué deberíamos esperar del sistema sanitario? El quíntuple objetivo

La reorientación de los sistemas sanitarios hacia la salud supone un cambio copernicano en la concepción del papel de la asistencia sanitaria sobre la salud (como mostramos en la tabla de la página siguiente). Lord Kelvin señaló que aquello que no se define no se mide, lo que no se mide no mejora y lo que no mejora se deteriora siempre. Consideramos que la práctica ausencia de evaluación adecuada y sistemática del SNS es una de las raíces para su actual deterioro. La necesidad de medir y cómo hacerlo serán tratados en el apartado 9, pero previamente es preciso definir qué debe esperarse del sistema sanitario, proponiéndose en esta introducción como objetivos del SNS un “quíntuple objetivo”:

Quíntuple objetivo

1. Mejorar la salud de la población y la salud individual de los pacientes.
2. Mejorar la experiencia⁽¹⁾ del paciente.
3. Mejorar la experiencia del profesional.
4. Aumentar la equidad y la calidad del sistema.
5. Aumentar la eficiencia del sistema.

⁽¹⁾ Por “experiencia” se entiende el conjunto de vivencias del paciente o del profesional dentro del sistema.



Los objetivos propuestos no difieren de los principios que en su día estableció la Ley General de Sanidad (LGS -1986-) y la evidencia disponible señala que los sistemas sanitarios universales, financiados públicamente y esencialmente gratuitos en el momento de su uso son los que, en general, alcanzan con mayor eficiencia estos objetivos. La formulación de los objetivos que se propone, notablemente más precisa que en la LGS, posibilita medir su logro.

Los ejes de transformación del sistema sanitario español

El Sistema Sanitario Actual

- Centrado en la enfermedad
- El paciente sujeto pasivo
- Sanidad como factor determinante de la salud
- Asistencia fragmentada
- Dependencia, discapacidad, fragilidad y riesgo social fuera del foco de la sanidad
- La estructura sanitaria marca el recorrido asistencial
- Evaluación por actividad

El Sistema sanitario del Futuro

- Enfocado a la salud
- El ciudadano/paciente gestor de su salud
- Visión holística: todos los determinantes de la salud y determinantes sociales
- Continuidad asistencial
- Atención integrada
- La asistencia gira en torno a las necesidades del paciente
- Evaluación por resultados en salud



Retos del SNS

1. Reorientar el SNS hacia la salud

Entre los problemas estructurales del sistema sanitario público español se encuentran la separación entre salud pública y asistencia sanitaria y la escasa relevancia que la primera ha tenido en la política sanitaria. La Ley 33/2011 General de Salud Pública (LGS) no resolvió esta separación y el proyecto de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública anunciado once años después de su previsión, sigue la misma senda, así como la “Estrategia de Salud Pública de 2022” que, como todas las estrategias del SNS, carece de dotación presupuestaria. Mientras no se establezcan estructuras que dentro del SNS implementen la complementariedad entre salud pública y asistencia sanitaria, la orientación “prioritaria” a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades prevista en la LGS no dejará de ser una proclama retórica. De hecho, el SNS está preferentemente orientado a tratar la enfermedad incluso en el nivel de la atención primaria de salud. Se trata de un grave error que compromete la eficacia en términos de salud poblacional, así como la eficiencia del SNS, pues se estima que un 20-25% del gasto sanitario se produce por factores prevenibles. Las propuestas concretas para superar la división entre salud pública y asistencia sanitaria y reorientar al sistema sanitario hacia la salud se contemplan en el apartado 8, referido al modelo asistencial. Propuestas en relación con la estructura de gobierno y sistema de gestión de la Agencia Estatal de Salud Pública se encuentran en los apartados 4 y 7.

Una de las orientaciones de este informe es devolver a los ciudadanos/pacientes la responsabilidad sobre la gestión de su salud. Existe una pobre cultura ciudadana sobre la salud y aún más escasa en relación con el uso apropiado de un recurso tan valioso como el de los servicios sanitarios. La falta de educación en la utilización del sistema sanitario en ocasiones se traduce en demandas injustificadas hacia los médicos produciendo tensiones que a veces terminan en agresiones. La pobre educación ciudadana sobre la salud y la utilización de los servicios sanitarios debe ser considerada un problema importante de salud pública y es una fuente de despilfarro al demandarse servicios que no mejoran la salud e, incluso, pueden empeorarla, así como de frustración de los profesionales sanitarios. Como medida inmediata se debe hacer una campaña de educación sanitaria dirigida a la población general centrada en el conocimiento de los servicios sanitarios disponibles, su uso

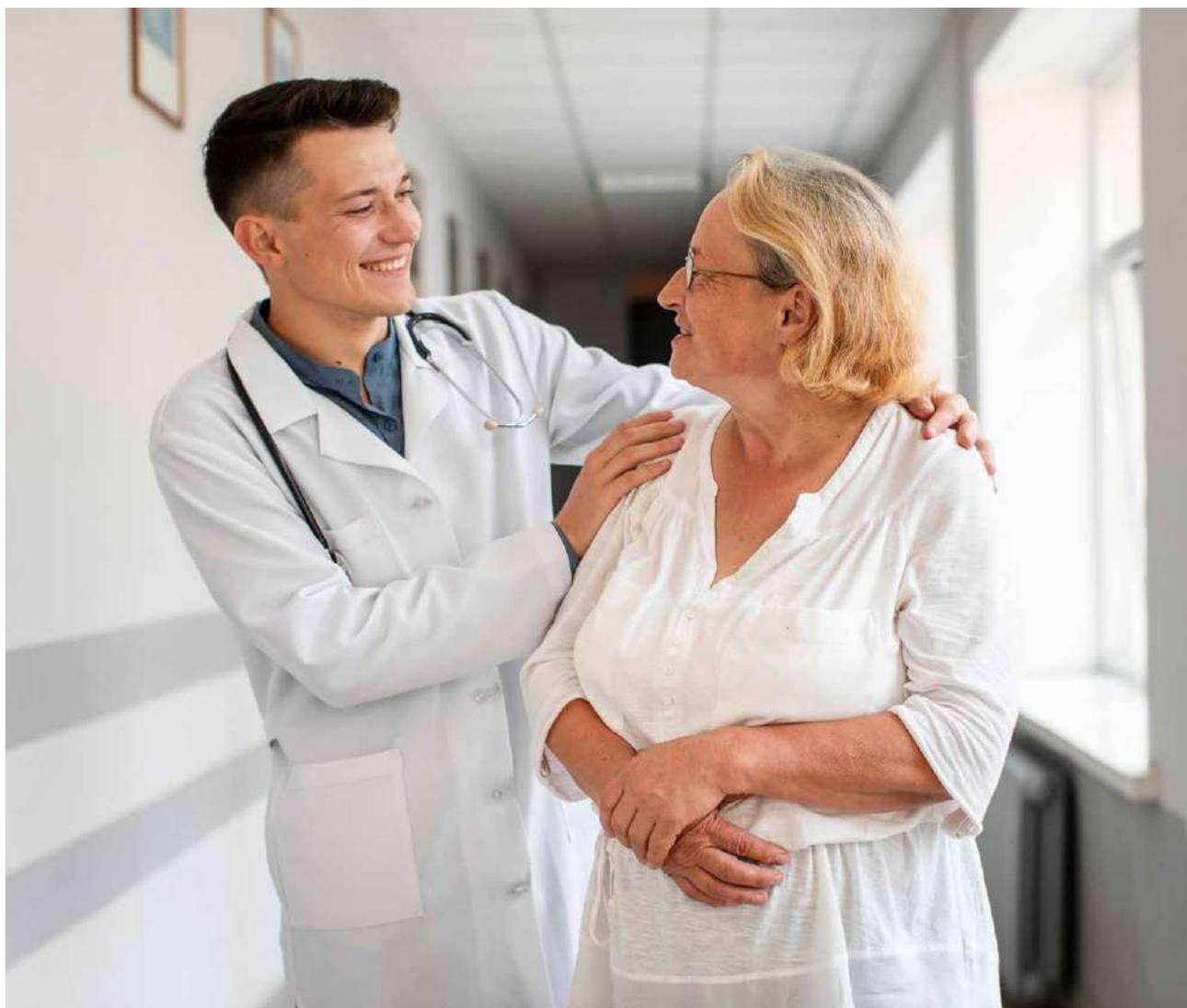
apropiado y en el respeto a los profesionales de la salud. Las asociaciones de pacientes pueden y deben jugar un papel relevante en potenciar la alianza terapéutica entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Las entidades científico-médicas y asociaciones de pacientes deben incorporarse a la reorientación de la salud pública y participar en las campañas de difusión a la población.

01

Desarrollar estructuras que implementen la complementariedad entre salud pública y asistencia sanitaria.

02

Como medida inmediata se debe hacer una campaña potente de educación sanitaria dirigida a la población general centrada en el uso apropiado de los servicios sanitarios y el respeto a los profesionales de la salud.





2. Desarrollar una atención integral incorporando a los recursos sociales, así como a los profesionales y servicios necesarios para una asistencia de calidad

El notable aumento de la población de personas mayores y de pacientes que, con independencia de la edad, tienen patologías crónicas complejas supone un auténtico reto para el SNS, que se está adaptando muy lentamente poniendo en riesgo su sostenibilidad. Las asociaciones de pacientes y de personas mayores han señalado reiteradamente la falta de adecuación del SNS a sus necesidades. El modelo asistencial del SNS está basado en la atención del episodio agudo, que gestiona mal a los pacientes con enfermedades crónicas y especialmente a aquellos con enfermedades crónicas complejas, en donde es frecuente que aparezcan problemas de discapacidad, dependencia y fragilidad. Las consecuencias del enfoque actual son la fragmentación asistencial, la realización de actuaciones con nulo valor, la polifarmacia, los efectos adversos, el desconcierto de los pacientes y cuidadores y la ineficiencia global del sistema. Las experiencias internacionales muestran que el manejo sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas reduce la frecuentación y las estancias hospitalarias, disminuye la tasa de consultas urgentes, así como el consumo de medicamentos. Uno de los problemas para que el sistema pueda dar una adecuada respuesta a las necesidades de esta creciente población es la separación entre servicios sociales y sanitarios, que impide una estrategia común. Las funestas consecuencias de esta separación se han puesto de manifiesto en las inaceptables cifras de muertes en las residencias asistidas y en el trato a sus internos. Para dar una respuesta a estos retos el SNS debe establecer un continuo con el sistema de servicios sociales (aspecto olvidado en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia), así como una mayor integración y cooperación -más allá de la mera “coordinación”- entre atención primaria y especializada. Entre otras, se deben adoptar las siguientes medidas:

- Desarrollar equipos multidisciplinares para la atención de pacientes complejos con enfermedades crónicas y degenerativas. En la atención de los pacientes mayores complejos es fundamental la atención multidimensional liderada por un geriatra o un médico generalista con formación en geriatría.
- Prevenir la fragilidad, lo que además contribuirá a la sostenibilidad del sistema.
- Incorporar y dotar adecuadamente a los servicios sanitarios de profesionales dedicados a la recuperación y mantenimiento de la salud (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, especialistas en medicina del deporte, etc.), así como profesionales dedicados a la atención social (trabajadores sociales, auxiliares, etc.). Una parte de estos profesionales se encuentran fuera de la sanidad o de los servicios sociales públicos, incluyendo a entidades sin ánimo de lucro o profesionales que ejercen libremente. Su incorporación mediante conciertos o contratos de servicio probablemente reducirá el coste y el tiempo de incorporación de estos profesionales, al utilizar recursos ya disponibles.
- Completar y reforzar la red de cuidados paliativos.
- Asegurar el seguimiento eficiente de personas en situación de gran fragilidad y riesgo como son las que padecen desamparo por desconocimiento de los recursos o dificultades de integración, o el apoyo emocional (por ejemplo, tras pérdidas de gestaciones).
- Potenciar la figura de los gestores de casos para aquellos pacientes con problemas de salud complejos como el cáncer, las enfermedades neurodegenerativas o los pacientes pluripatológicos.
- Crear redes asistenciales que garanticen la atención del paciente en el lugar más apropiado en cada momento, desde la residencia habitual (incluyendo las residencias sociosanitarias) -atención primaria y comunitaria- al hospital de referencia, así como la continuidad de la asistencia.
- Incorporar a las redes asistenciales los recursos sociosanitarios. Las residencias de mayores deben tener asegurado una asistencia pública de calidad y categorizar de forma adecuada a los centros en función de los servicios que oferten.
- Los hospitales deben estar adaptados a los pacientes mayores, siendo especialmente necesaria esta adaptación en los servicios de urgencias.
- Educar al paciente y promover las competencias de los pacientes (y, en su caso, de los cuidadores) en la autogestión de su condición de salud. Apoyo a los pacientes mediante los recursos que ofrecen la digitalización de la sanidad y las nuevas tecnologías.
- Promover el uso adecuado de la consulta no presencial (teleconferencia, videoconferencia, aplicaciones móvil y otras tecnologías digitales para permitir un cuidado continuo) y de la teleasistencia (monitorización, diagnóstico, consulta y tratamiento remotos).
- Crear un sistema de información compartido por atención primaria, especializada y servicios sociosanitarios que permita la trazabilidad del proceso del paciente con independencia del ámbito asistencial. La Historia Digital de Salud del ciudadano (apartado 10) resolvería este problema.
- Todo ello conduce a la necesidad de incorporar un rediseño de la estrategia de atención a los pacientes crónicos a nivel nacional y de las Comunidad Autónomas.

03

Se debe integrar la red de recursos sociales con la de servicios sanitarios.

04

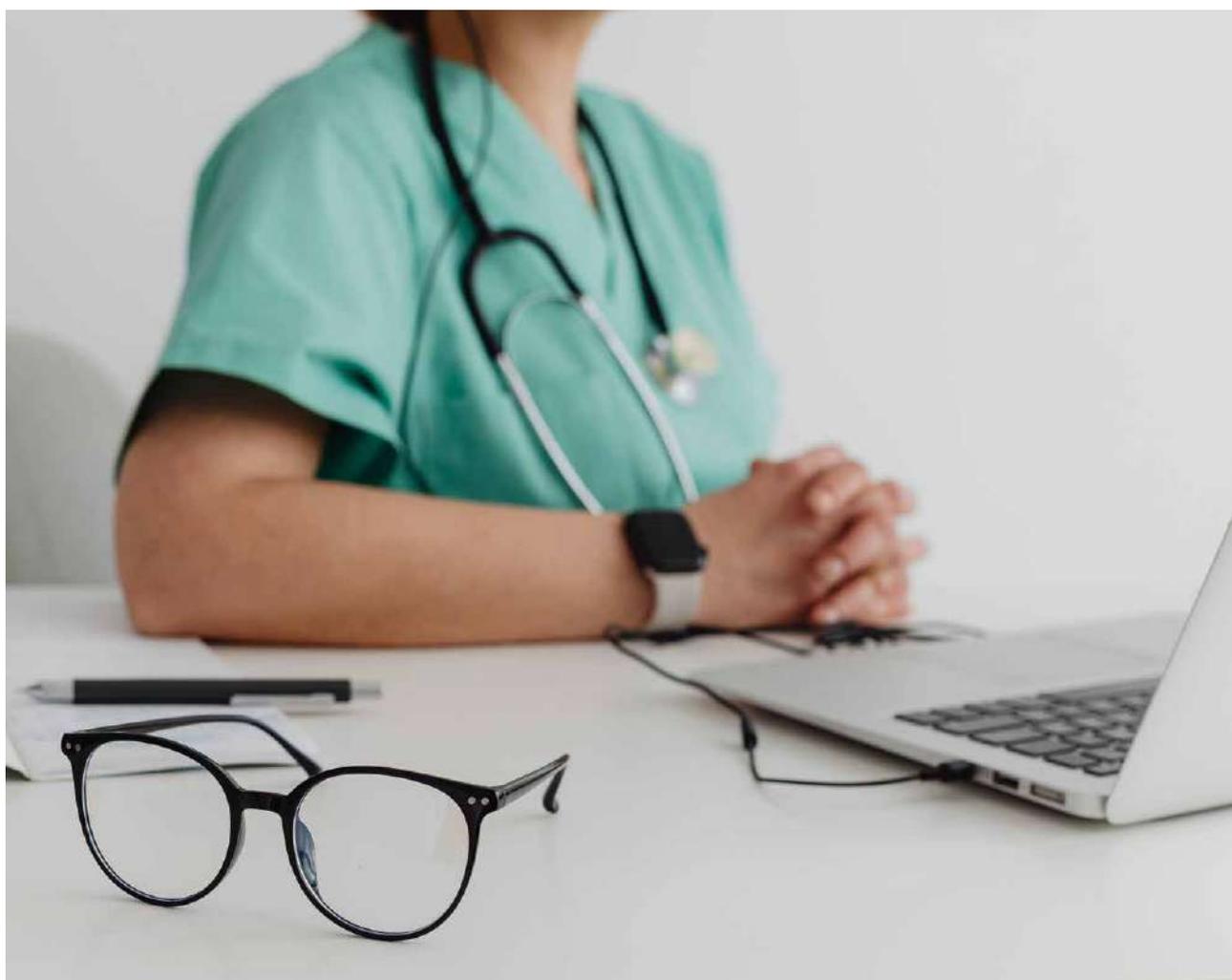
Se deben implantar modelos de atención sistemática a los pacientes con enfermedades crónicas complejas y crear redes asistenciales que garanticen la atención del paciente en el lugar más apropiado en cada momento.

05

Se debe reforzar la capacidad del sistema con profesionales dedicados a la recuperación y mantenimiento de la salud, así como a la asistencia social, y fortalecer y completar la red de cuidados paliativos.

06

Se debe rediseñar la estrategia de atención a los pacientes crónicos a nivel nacional y de las Comunidades Autónomas.



3. Ampliar la cartera de servicios del SNS e incrementar los recursos destinados a en salud mental y salud bucodental

La cobertura pública en servicios y prestaciones de salud bucodental y de salud mental muestra una brecha importante en relación con la mayoría de los servicios de salud de las economías avanzadas. El aumento de la esperanza de vida y especialmente la pandemia del SARS-CoV-2 han hecho aún más evidentes las notables carencias de nuestro sistema sanitario en relación con la salud mental. El aumento del suicidio en la población juvenil es un preocupante indicador y el síndrome del “trabajador quemado” y otros problemas de salud están creciendo alarmantemente entre los médicos y otros profesionales de la salud. El déficit de profesionales y de servicios de salud mental en el sistema sanitario público tiene un coste en calidad de vida y económico directo, como el uso inapropiado de medicamentos psicotrópicos (hipnosedantes y otros), así como en términos de productividad, incapacidad, accidentabilidad laboral y privación material y social.

La pobre cobertura del sistema sanitario público en salud bucodental es asimismo un déficit del sistema arrastrado desde su creación y un claro marcador de desigualdad social; una mala salud bucodental se asocia a la aparición de otras enfermedades y a una peor calidad de vida. España, la cobertura pública de la atención dental, está muy por debajo de países europeos más desarrollados. La cobertura pública en salud bucodental es algo superior en niños y adolescentes, adoptando los Servicios de Salud tres modelos distintos: concertación con el sector privado, provisión pública y modelos mixtos.

La ampliación de la cartera de servicios y prestaciones de ambos componentes de la salud puede realizarse utilizando los recursos disponibles fuera del sector público mediante conciertos y contratos adecuados, lo que probablemente reducirá el coste de ampliación de estas prestaciones. La situación postpandemia hace que sea urgente elaborar e implantar un plan de salud mental dotándole de recursos económicos suficientes, priorizando la atención de los problemas de niños y jóvenes, así como la atención a los profesionales de la salud.

07

El SNS debe ampliar la cobertura, prestaciones y servicios en salud mental y salud bucodental.

08

Es urgente elaborar e implantar un plan de salud mental dotándole de los recursos necesarios.

09

La ampliación de la cobertura de prestaciones en salud mental y bucodental puede hacerse utilizando los recursos disponibles fuera del sector público.

4. Dotar al SNS de una estructura de gobierno y gobernanza con los estándares exigibles en una democracia y economía avanzadas y que fortalezca la cohesión del sistema

La devolución⁽²⁾ del INSALUD a las Comunidades Autónomas no se acompañó de la creación de instrumentos de cohesión eficaces. La ausencia de una estructura de gobierno del SNS favorece las desigualdades, la falta de transparencia, la ineficiencia y el despilfarro. Por otra parte, la devolución del INSALUD se ha acompañado de una “recentralización” en los gobiernos de las Comunidades Autónomas, de un aumento de la injerencia de la política partidaria en la gestión sanitaria y de un aumento del aparato burocrático-administrativo en la sanidad. La proliferación de entidades (agencias, departamentos, institutos, servicios, etc.) en cada una de las Comunidades Autónomas/Servicios de Salud para realizar actividades y servicios -que tendrían mayor calidad y utilizarían más eficiente los recursos si se mancomunaran o compartieran utilizando distintas fórmulas de colaboración- es una fuente de gasto ineficiente. La falta de transparencia es otra de las características del SNS, siendo muy difícil -sino imposible- evaluar comparativamente el desempeño de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, especialmente en resultados en salud. La solución, propuesta por algunos, de configurar al Consejo Interterritorial del SNS como un organismo ejecutivo -aparte de su dudoso encaje constitucional- no resolvería sus problemas de gobernanza (participación de todos los agentes interesados, especialmente ciudadanos/pacientes y profesionales de la salud); ni de organización y funcionamiento; ni tampoco su falta de transparencia.



⁽²⁾ Devolución: descentralización a entidades con capacidad legislativa.



Dotar al SNS de entidades que contribuyan a la cohesión y aumenten la calidad y la eficiencia del sistema sanitario es una necesidad. Sin embargo, la creación de estas estructuras debería cumplir, al menos, dos criterios: el de eficiencia, reduciendo el gasto administrativo suprimiendo entidades redundantes; y el de gobernanza, incorporando efectivamente al proceso de toma de decisiones y a la gestión al conjunto de agentes del sistema y especialmente -en lo que corresponde a las entidades que suscriben este documento- a la profesión médica. La propuesta de anteproyecto de Ley de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública no cumple estos criterios.

Los instrumentos de cohesión que precisa el SNS se han mencionado en los manifiestos de 2015 y 2019, en resumen:

- Dotar al SNS de un **marco legal claro y actualizado**, estableciendo en positivo el concepto de ciudadanía sanitaria y sus órganos de gobierno y gestión. Esta reforma debería posibilitar que los servicios sanitarios públicos se aparten del funcionamiento burocrático-administrativo y adopten formas organizativas y de gestión flexibles orientadas a la calidad y eficiencia en resultados en salud.
- **Crear el Observatorio de Resultados del SNS.** Los componentes del “quíntuple objetivo” se deben operativizar en indicadores que permitan la información pública, así como la evaluación de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y servicios sanitarios (hospitales, áreas de salud, etc.), la comparación de su desempeño y su mejora.
- **Crear una Agencia Nacional de Calidad**, de carácter científico y profesional, con activa participación de las entidades científico-médicas (algunos la han denominado el “NICE español”⁽³⁾).
- Desarrollar un **sistema de información** que esté al servicio del “quíntuple objetivo”.

⁽³⁾ Una actividad a desarrollar por esta agencia es colaborar en la gestión científico-técnica de la cartera de servicios del SNS, recomendando la retirada de medicamentos y tecnología que no aportan e incorporando más ágilmente los avances tecnológicos con una adecuada relación coste/efectividad.

Como principios de buen gobierno que deben informar a las estructuras de gestión del SNS, aplicables tanto a la administración central como a la de las Comunidades Autónomas en los distintos niveles de gestión, se proponen:

- Todos los agentes interesados deben **participar activamente** en el gobierno del sistema, y entre estos agentes necesariamente se debe incluir a los profesionales sanitarios y a los ciudadanos/pacientes.
- El gobierno del **sistema no debe estar instrumentalizado por la política partidaria** y la toma de decisiones debe basarse en la mejor evidencia científica disponible.
- Se deben medir sistemáticamente los **resultados en salud** y evaluar el desempeño de los servicios en su logro, así como el cumplimiento del resto de los objetivos comprendidos en el “quíntuple objetivo” del SNS.
- El sistema debe **ser transparente**, haciendo públicos e inteligibles los indicadores de desempeño en logro del “quíntuple objetivo”
- El sistema sanitario debe rendir cuentas de sus resultados, sometiéndose sistemáticamente a **evaluaciones periódicas** por organismos independientes.
- **El proceso de acceso a puestos de responsabilidad debe ser transparente**, libre, basarse en las competencias profesionales de los candidatos y su renovación en la evaluación del cumplimiento de los objetivos establecidos. Por puestos de responsabilidad se deben entender todos los puestos no políticos, reduciéndose estos últimos al mínimo.

10

Se debe dotar al SNS de un marco legal actualizado, adoptando los servicios sanitarios públicos formas organizativas y de gestión orientadas a la calidad y eficiencia en resultados en salud, alejadas del actual funcionamiento burocrático-administrativo.

11

Se deben crear como agencias del SNS el Observatorio de Resultados y la Agencia de Calidad del SNS, además de la Agencia Estatal de Salud Pública.

12

Las agencias del SNS, así como todas las estructuras de gestión del sistema sanitario público a todos los niveles, deben acomodarse a los principios de gobernanza de sociedades democrática y económicamente avanzadas: participación de todos los agentes interesados; eliminar las injerencias políticas partidarias; ser transparentes, medir sus resultados, hacerlos públicos y rendir cuentas de su gestión; y procesos transparentes de acceso a los puestos de responsabilidad.

5. Incorporar a los ciudadanos/pacientes en las estructuras de gobierno y en el proceso de toma de decisiones del SNS, y garantizar que lo hace sobre su propia salud

El aumento de la insatisfacción de la población en relación con los servicios del sistema sanitario público es una tendencia que se viene produciendo y señalando desde hace años. El crecimiento de pólizas de aseguramiento médico privado puede ser otro síntoma de que el sistema sanitario público no responde a las expectativas de los ciudadanos y que tiene como consecuencia una desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios por razones económicas. El origen del aumento de la insatisfacción es multifactorial, pero responde al mismo sustrato: la inadecuación de un sistema sanitario diseñado hace casi cuarenta años a las necesidades de una sociedad y población que han cambiado notablemente. Abordamos en este apartado algunos aspectos que nos parecen relevantes, correspondiendo la voz sobre este apartado principalmente a las organizaciones de pacientes, que han señalado las carencias del SNS para atender a sus necesidades.

Más allá de la necesaria humanización de la asistencia, un elemento central de las propuestas que recoge este informe es considerar al ciudadano/paciente como el principal protagonista de su propia salud. Como se señaló en el apartado 1, para ello es preciso que los ciudadanos/pacientes conozcan cómo se deben utilizar los servicios sanitarios. Dar poder real a los pacientes, familiares y usuarios del sistema sanitario público, requiere la aplicación de un conjunto de principios, que debieran recogerse en un estatuto del ciudadano/paciente en el SNS y en unos estándares de calidad aplicados a todos los servicios del SNS. Entre estos principios se debería garantizar la participación de los ciudadanos/pacientes en los órganos de gobierno del sistema sanitario público y en el proceso de toma de decisiones sobre política sanitaria. Desde la perspectiva individual se debe hacer efectiva la capacidad real de elegir, ineficaz si no se acompaña de una información sobre resultados y otros indicadores relevantes para la experiencia del paciente en el sistema sanitario; así como promover y garantizar la toma de decisiones compartidas. Los tiempos de demora son una fuente de insatisfacción ciudadana con el funcionamiento del sistema sanitario público. Para garantizar tiempos máximos de garantía se debe acometer este problema desde la perspectiva de la mejora en la gestión de los servicios, así como del uso adecuado de los mismos.

La educación sanitaria y la prevención son elementos relevantes para incorporar al ciudadano como gestor de su propia salud. Además de salvar vidas y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, el mantenimiento de una buena salud inculcando en la población estilos de vida saludables y previniendo enfermedades contribuirá a la sostenibilidad económica del SNS.

13

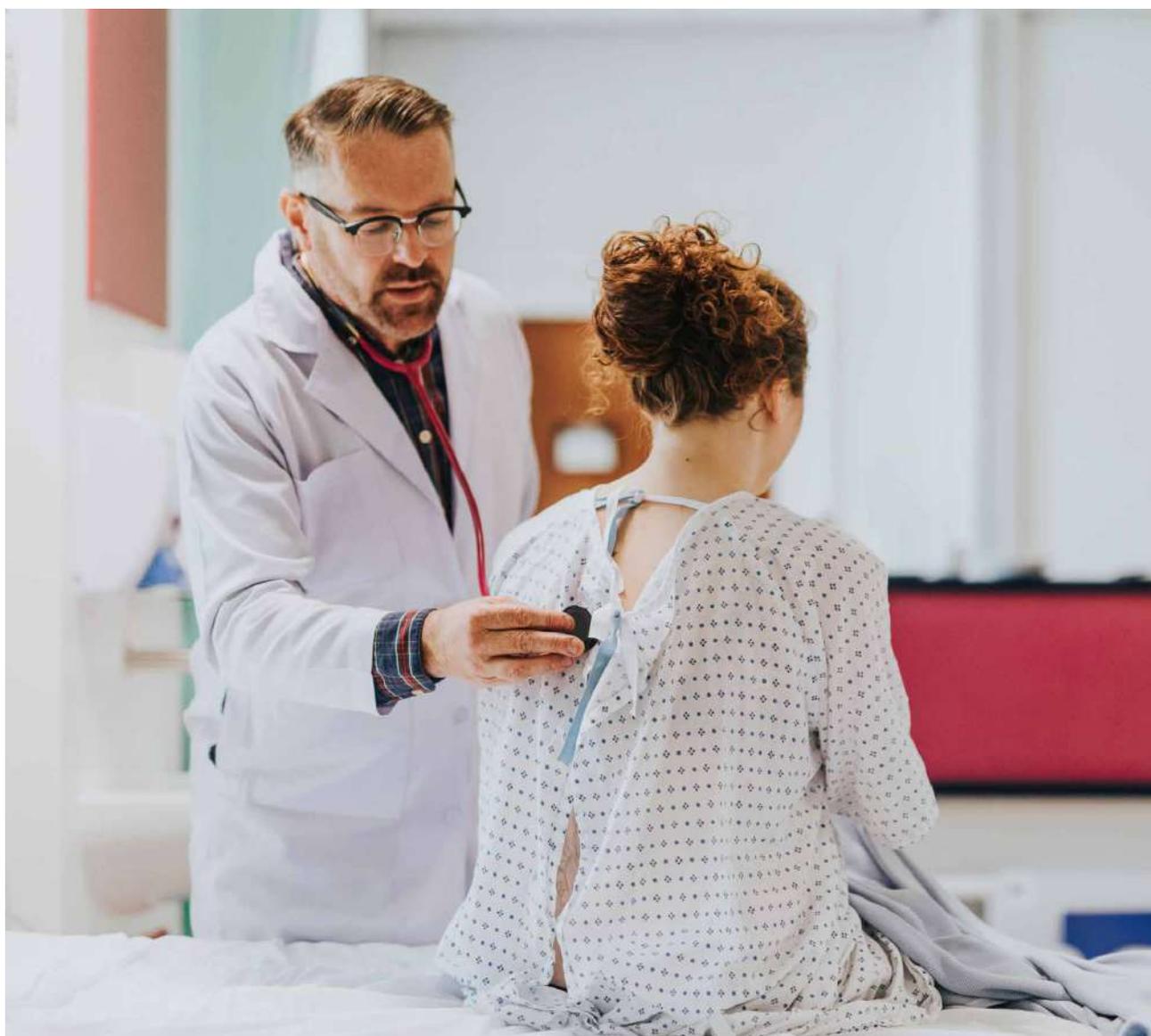
Se debe dotar al SNS de un estatuto del ciudadano/paciente y de unos estándares de calidad de los servicios del SNS respecto de la experiencia del ciudadano/paciente en el sistema.

14

Los ciudadanos/pacientes deben incorporarse a los órganos de gobierno del sistema sanitario público y al proceso de toma de decisiones sobre política sanitaria.

15

Se debe hacer efectiva la capacidad real de elegir, facilitando una información transparente sobre resultados y otros indicadores relevantes; así como promover y garantizar la toma de decisiones compartidas.



6. Implicar a la profesión médica en la planificación y gestión del sistema sanitario y mejorar la experiencia del médico en el Sistema Nacional de Salud⁽⁴⁾

La desmotivación de los médicos en el sistema sanitario; el aumento de los problemas de salud mental y del síndrome de burnout entre los médicos que se conocen desde hace años; las huelgas de médicos de atención primaria, pero también de otros servicios y niveles asistenciales, son alertas rojas para el SNS. La solución de “más médicos” y de más estudiantes de Medicina es la respuesta equivocada, fruto de un diagnóstico incorrecto por las razones que exponemos a continuación.

A pesar de que la profesión médica es la mejor valorada por la ciudadanía española, la estructura organizativa y de gestión del sistema sanitario público español sitúa a los médicos en el papel de “peones”. Los centros sanitarios públicos son organizaciones burocrático-administrativas piramidales, en las que las responsabilidades de gestión están segmentadas (direcciones “médica”, “de enfermería”, “de gestión”) y las gerencias y direcciones de gestión están -en general- orientadas al control de la actividad profesional, en lugar de a prestar el soporte preciso para que los médicos (y también otros profesionales, como las enfermeras) desarrollen adecuadamente su actividad. Es este un error estratégico del sistema, pues la implicación de los médicos en la gestión es un elemento clave para mejorar su calidad y eficiencia.

La sanidad es una actividad basada en personas y su calidad depende, fundamentalmente, de tener los profesionales adecuados con las competencias necesarias en el sitio y momento precisos. Captar y retener talento es un objetivo fundamental para aumentar la calidad y eficiencia del SNS. La sociedad española no hace un esfuerzo equiparable al de otros países desarrollados en captar talento para la sanidad, en lo que a remuneración económica se refiere (salarios más bajos) y tampoco en relación con el papel del médico en el sistema sanitario público. Para que el sistema sanitario sea de calidad y eficiente los responsables clínicos deben asumir el papel de líderes de equipos multidisciplinares en los que las relaciones entre profesionales estén basadas en el conocimiento y la calidad. Esto exige fomentar la autonomía y la responsabilidad en gestión de los médicos, y ambas están prácticamente ausentes en el SNS. El modelo de gestión de personal del SNS es una excepción en los países desarrollados y dificulta una gestión por competencias y el establecimiento de incentivos profesionales adecuados. Los médicos son, en el SNS español, funcionarios “con plaza en propiedad” o, en contraposición, con un contrato eventual precario; es esta una excepción

⁽⁴⁾ Este aspecto está siendo tratado en una monografía del Comité de Profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid.

absoluta respecto del resto de los sistemas sanitarios de los países con economías avanzadas, en donde existe bien una relación contractual laboral y el pago mediante salario o el contrato de servicios y pago por actividad. Por otra parte, un porcentaje sustancial de médicos sufren una inestabilidad laboral inaceptable que tiene consecuencias negativas personales e impactan en la continuidad asistencial y en la creación de equipos estables.

La forma de vinculación de los médicos al SNS, más allá de constituir una anomalía en el seno de la Unión Europea, conlleva sistemas de selección, formación continua, promoción, incentivos, etc. completamente alejados de un sistema basado en gestión por competencias, lo que perjudica la calidad y eficiencia del propio sistema. Ejemplos de estas anomalías que ponen en riesgo la calidad del sistema son la tremenda dificultad para ofertar plazas de especialistas médicos con un perfil (conocimientos y habilidades) definido que responda a las necesidades asistenciales; los procedimientos burocráticos de selección; los mecanismos de sustitución mediante listas del desempleo; o la práctica ausencia de incentivos que discriminen a los profesionales por su desempeño.

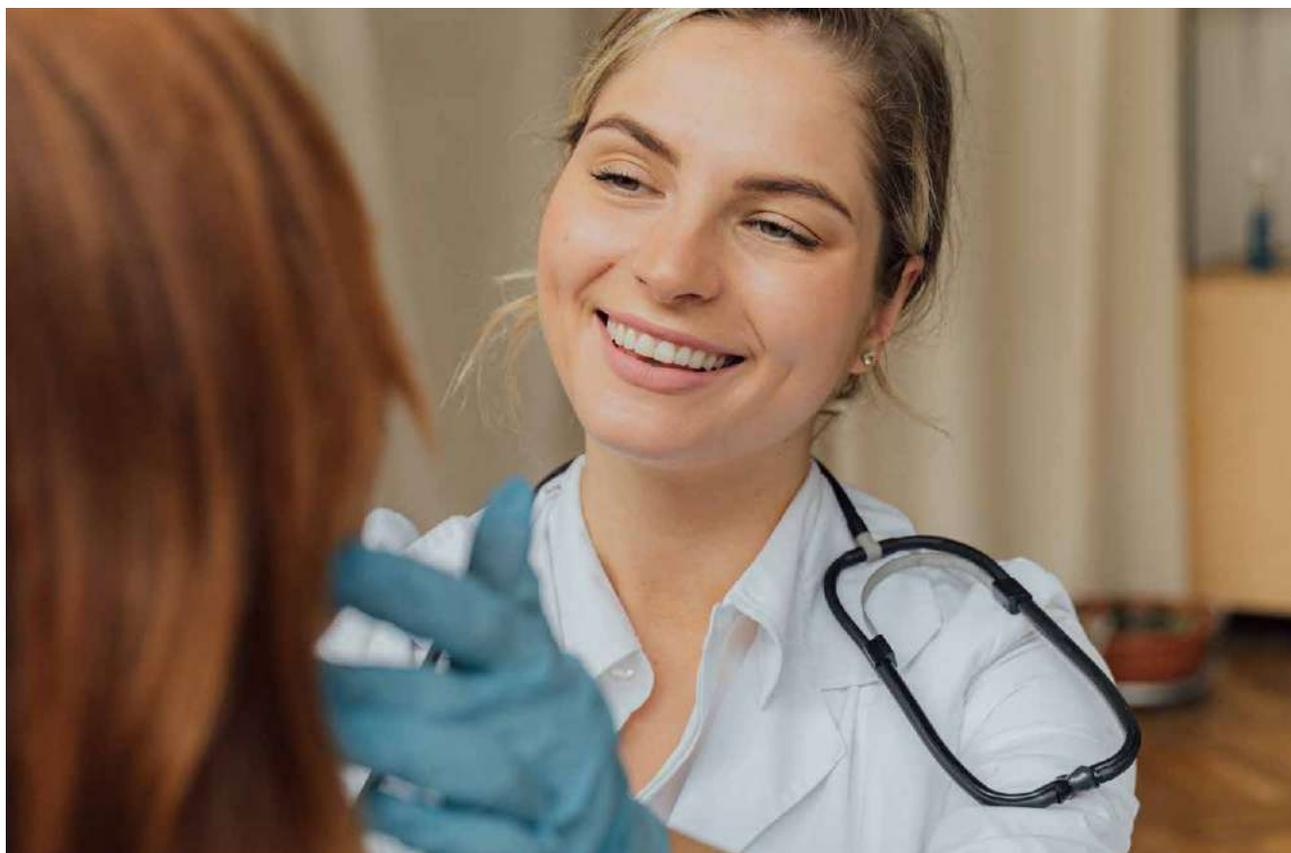
La estructura de personal del SNS es notablemente anómala cuando se compara con las de otros sistemas sanitarios de países desarrollados. Las facultades de Medicina se han multiplicado y desde el Ministerio de Sanidad se ha aumentado el número de graduados y de plazas MIR, mientras en España se gradúan en enfermería menos de la mitad de alumnos (en tasas por habitantes) que en los mencionados países de la OCDE. La inversión social en formar a un médico es muy elevada, así como el coste personal para los que deciden ejercer la Medicina, como para despilfarrarla en un profesional insuficientemente remunerado y frustrado.

Otros dos factores que influyen en una mala gestión de los médicos en el SNS merecen ser mencionados, si bien hay excepciones a la situación general. Por una parte, la baja productividad y eficiencia de las instituciones sanitarias públicas, aspecto que se comentará en el siguiente apartado. Por otra, la disolución del concepto de equipo asistencial que se ha producido tanto en la atención primaria como en la asistencia hospitalaria. Se ha pasado de una posición de subordinación de la enfermera al médico a otra de independencia, que compromete la calidad de la asistencia sanitaria⁽⁵⁾. Los equipos asistenciales deben incluir a todos los profesionales sanitarios y demás trabajadores que participan en la atención de los pacientes, definiéndose relaciones de colaboración y liderazgo dentro de los equipos que se ajusten a las necesidades asistenciales. Esta integración en equipos asistenciales es fundamental para prestar una asistencia de calidad en todos los niveles asistenciales, y vital para que los médicos de atención primaria puedan disponer de un tiempo adecuado para atender a los pacientes que requieren su atención.

⁽⁵⁾ Como se ha señalado, se trata de una generalización que tiene numerosas excepciones. Se produce más en las direcciones de enfermería y entre las enfermeras de planta de hospital, que en aquellas que colaboran más directamente con los médicos en los servicios clínicos hospitalarios. En la mayoría de los equipos de atención primaria es un problema. Los sistemas de gestión de personal, inadecuados -como se ha señalado- para los médicos, lo son también para las enfermeras.

Un último tema relevante en relación con la profesión médica es el de la regulación de las competencias profesionales. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y el Comité de Profesionalismo Médico del Colegio de Médicos de Madrid han elaborado sendos informes en relación con este aspecto, señalando la escasa autorregulación de las competencias profesionales -a diferencia de la mayoría de los países con los que nos comparamos-, actualmente en manos de la administración sanitaria, y proponiendo una gestión de estas competencias más acorde con los estándares internacionales y más transparente. Las propuestas elaboradas en los mencionados informes se recogen entre las que se exponen a continuación. Se debe desarrollar la Directiva Europea de acreditación de profesionales sanitarios en lo referente a los médicos especialistas. El modelo común de recertificación de médicos especialistas propuesto por la Federación de Asociaciones Científico-Médicas (FACME), fruto del acuerdo unánime de las sociedades científicas asociadas, es una excelente oportunidad para implantarlo en un breve plazo.

Aunque este informe está elaborado desde la profesión médica y, por tanto, se centra en los aspectos profesionales médicos, se debe señalar la necesidad perentoria de atraer e incorporar al sistema sanitario a otras profesiones que van a resultar imprescindibles para transformar el sistema (bioingenieros, economistas, físicos, informáticos, etc.), que deberían tener un programa de formación postgrado para incorporar competencias profesionales específicas del sistema sanitario a las adquiridas en sus respectivas facultades.



16

Se debe modificar la relación de las administraciones con la profesión médica, cambiando la actual de control sobre los profesionales por otra de colaboración en la planificación y gestión de los recursos del sistema sanitario.

17

Se debe elaborar una regulación básica de las relaciones laborales y profesionales de los médicos en los servicios de salud que permita la aplicación de los principios de una gestión y gobierno adecuados para el sistema sanitario público como desarrollo del Estatuto Básico del Empleado Público.

18

Las sociedades científico-médicas y los colegios de médicos deben participar en el establecimiento de criterios y políticas de calidad del SNS; en la planificación de las necesidades de médicos especialistas; en la elaboración de los programas formativos de los MIR y en la acreditación de las competencias profesionales; en la incorporación de nuevas prestaciones y fármacos a la cartera de servicios del SNS con criterios científico-técnicos y de coste-efectividad; en el desarrollo del "Observatorio de Resultados" del SNS; en la evaluación de la calidad de los centros y servicios sanitarios del SNS; en la promoción de la medicina basada en la evidencia y en la investigación en resultados de salud.

19

La profesión médica debe participar en la planificación de médicos especialistas. La estimación de necesidades de médicos especialistas debe tomar en consideración la transformación del sistema sanitario. No existe evidencia alguna de que haya un déficit global de médicos en España, aunque puede haberlo en algunas especialidades.

20

Se debe establecer un sistema de formación médica continua de ámbito estatal que garantice el mantenimiento de las competencias profesionales de los médicos, así como el acceso de éstos a los puestos ofertados en los servicios sanitarios con un reconocimiento homogéneo de sus competencias profesionales. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y las sociedades científico-médicas deben establecer de común acuerdo los requisitos para garantizar la calidad y la estructura de gobierno de este sistema.

21

Se debe delegar la actividad regulatoria sobre la formación médica especializada y la recertificación de los profesionales en las entidades científico-médicas y establecer una agencia supervisora dependiendo del Consejo Interterritorial del SNS.

22

Las entidades científico-médicas deben establecer criterios homogéneos, cuantificables y que requieran la mínima estructura para su gestión para la acreditación de la formación y recertificación de profesionales. Las bases propuestas por FACME cumplen estos criterios.

23

Las Comisiones Nacionales de Especialidad en el área médica deberían estar integradas mayoritariamente por miembros independientes de la administración, nombrados por las entidades profesionales (sociedades científico-médicas y colegios profesionales) en base a los méritos científico-profesionales que acrediten su idoneidad.

7. Dotar a los servicios sanitarios públicos de una organización y gestión que incentiven su calidad, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y que favorezcan la participación de los agentes interesados

El SNS está financiado solidariamente por todos los ciudadanos, utilizando un importante volumen de recursos, que se sitúan en el entorno del 40% del presupuesto de las Comunidades Autónomas. El uso eficiente de estos recursos es una obligación constitucional y ética, debiendo rendir cuentas de que se emplean con rigor, austeridad y eficiencia social hasta el último euro que se destina al sistema. Los estudios disponibles señalan que hay un amplio margen para aumentar la eficiencia y productividad de los servicios sanitarios públicos, desburocratizando su gestión y evitando la injerencia política partidaria en la toma de decisiones de gestión. La transparencia y sujeción a escrutinio público, la financiación y evaluación por resultados, la identificación de los profesionales de los centros con los objetivos de la institución y su sentido de pertenencia, están reñidos con un sistema que no incentiva la autonomía ni demanda responsabilidad. El buen gobierno de la sanidad es tanto una obligación ética como una exigencia normativa y política. Los principios de buen gobierno propuestos en el apartado 4 se deben aplicar a los servicios asistenciales, para los que se proponen las siguientes medidas adicionales:

- Dar de **autonomía de gestión a los centros sanitarios** públicos:
 - Dotar a los centros de órganos colegiados de gobierno (sus “consejos de administración o patronatos”) que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas ante la sociedad, así como su control social y la participación de todos los agentes interesados, incluyendo a los ciudadanos/pacientes.
 - Establecer un equilibrio entre una asistencia centrada en el paciente y el control de la gestión, creando una dirección asistencial⁽⁶⁾ y otra de gestión en el ámbito de las áreas de salud y los hospitales dependientes ambas del órgano colegiado de gobierno del centro.
 - Desarrollar contratos y objetivos explícitos. Se debe terminar el ciclo pernicioso de financiar estructura en lugar de resultados y favorecer el descontrol del gasto en lugar de incentivar la eficiencia.
 - El sistema de información de los centros y servicios sanitarios debe permitir evaluar su contribución a los logros comprendidos en el “quíntuple objetivo”, así como su comparación con el resto de los centros del SNS y esta información debe ser pública.

⁽⁶⁾ Esta dirección integraría todas las unidades y servicios relacionados con la atención directa a los pacientes.

- La autonomía de gestión debe acompañarse de una transferencia real de riesgo hacia los centros y servicios, lo que implica una financiación vinculada al logro de los objetivos.
- La selección de los responsables de la gestión de los centros se debe realizar mediante convocatoria con publicidad y el órgano de gobierno del centro deberá resolver el nombramiento. La evaluación de los responsables y su continuidad deberá estar basada en el logro de los objetivos del contrato de gestión y de su desempeño.
- **Potenciar la autonomía y responsabilidad profesional**, a través de las unidades de gestión clínica, para mejorar la calidad y eficiencia del SNS, así como la implicación de los médicos dentro del sistema sanitario público.
- La selección y **renovación de los puestos de responsabilidad clínica deben estar basadas en criterios objetivos**, sustentados en la evidencia, así como en el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan de gestión. Las sociedades científico-médicas deben participar en estos procesos.
- **Los incentivos** (transferencia de riesgo) deben formar parte de una política de gestión de personal basada en competencias profesionales y en el fomento de buenas prácticas. Los incentivos pueden tener efectos no deseados que se deben controlar y su diseño debe estar alineado con los valores del profesionalismo. La no aplicación de incentivos tiene un efecto perverso al tratar igual a los comportamientos y rendimientos desiguales. Dar la misma consideración a profesionales, equipos y centros cuyo desempeño es eficiente y de calidad que a aquellos otros con desempeño inadecuado, tiene efectos devastadores para el SNS.

Un elemento fundamental, que reduce notablemente la calidad y eficiencia de la atención primaria (y del resto de los servicios) es el escaso tiempo de calidad que pueden dedicar los médicos a los pacientes que realmente precisarían de la actuación médica. La falta de tiempo en consulta, es uno de los factores que más influyen en el síndrome del quemado (burnout) de los médicos de AP; la comunicación médico-paciente se deteriora; se dejan de realizar actividades preventivas y de abordar los aspectos psicosociales de la enfermedad; se manejan mal los pacientes complejos, generando frecuentación innecesaria; se deriva al paciente al especialista y a los servicios de urgencia hospitalarios por cuestiones que con un poco más de tiempo se podrían resolver en el primer nivel asistencial; y aumenta el riesgo de cometer errores clínicos. Es por ello fundamental e inmediato que se garantice el objetivo de dedicar, como promedio, un mínimo de 10' por consulta médica en atención primaria. Para alcanzar este objetivo probablemente no siempre es la solución "más médicos", sino eliminar la carga burocrática (por ejemplo, la gestión de la incapacidad transitoria); racionalizar los protocolos de la patología crónica; adecuar el trabajo del resto del personal de los equipos de atención primaria; la educación sanitaria de la población, incluyendo el uso adecuado de los servicios sanitarios; establecer sistemas de gestión asistencial adecuada a los pacientes, que por su condición de salud y otras circunstancias (sociales, etc.) son "hiperfrecuentadores"; y aumentar la capacidad resolutoria del nivel de atención primaria.

Hay algunos aspectos del funcionamiento de los hospitales que disminuyen su eficiencia, calidad y productividad, aparte de los comentados referidos a su organización y estructura de gobierno. Su funcionamiento está limitado generalmente a un horario de mañana en días laborables, lo que se traduce en un bajo rendimiento de los costosos equipos e instalaciones que tienen los hospitales. La dispersión de la actividad entre centros de distinto tamaño no solamente aumenta el coste de las instalaciones y equipos, sino que reduce el volumen de actividad de los equipos asistenciales clínicos en múltiples procesos y procedimientos en donde se ha demostrado que por debajo de umbral mínimo empeoran los resultados, pues son volumen-dependientes, disminuyendo por tanto la calidad; concentrar determinados servicios, procesos y procedimientos en algunos centros con un ámbito poblacional suficiente (en ocasiones superior al millón de habitantes e incluso mayor) -regionalizar- es una medida que reduce el coste, aumenta la eficiencia y mejora la calidad. La regionalización de servicios no debe realizarse a expensas de la equidad en el acceso, todos los habitantes del ámbito de influencia del servicio regionalizado deben tener el mismo derecho a ser atendido. Asimismo, la regionalización no debe relegar a los profesionales de los centros o servicios que no sean de referencia a un menor acceso a la promoción profesional, a la formación y a la investigación. Es por ello necesario crear redes asistenciales con plantillas vinculadas y protocolos de gestión del conocimiento que integren a los profesionales de los centros y servicios periféricos con los de referencia.

24

Aplicando los principios de "buen gobierno" señalados en el apartado 4, se debe dotar de autonomía de gestión (y transferencia de riesgo) a los centros sanitarios, evaluando y haciendo públicos su desempeño, para mejorar la calidad, eficiencia y productividad de los servicios sanitarios públicos.

25

Se debe potenciar la autonomía y responsabilidad profesional, a través de las unidades de gestión clínica.

26

La selección y renovación de los puestos de responsabilidad clínica deben estar basadas en criterios objetivos, sustentados en la evidencia, así como en el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan de gestión. Las sociedades científico-médicas deben participar en estos procesos.

27

Los médicos de atención primaria deben disponer de tiempo suficiente para prestar una asistencia de calidad. Para ello es preciso eliminar la carga burocrática (por ejemplo, la gestión de la incapacidad transitoria); racionalizar los protocolos de la patología crónica; adecuar el trabajo del resto del personal de los equipos de atención primaria; la educación sanitaria de la población; y aumentar la capacidad resolutoria del nivel de atención primaria.

28

Los hospitales deben prolongar su horario de funcionamiento en régimen normal y mejorar su productividad y el rendimiento de los equipos e instalaciones. Se deben concentrar determinados servicios, procesos y procedimientos para garantizar una actividad que garantice la calidad de la asistencia. Se deben crear redes asistenciales que integren a los profesionales de los servicios clínicos de los centros periféricos con los de referencia.

8. Desarrollar modelos asistenciales adecuados a las necesidades de los ciudadanos/pacientes

La actual separación entre salud pública y asistencia sanitaria, así como entre ésta y los servicios sociales; la organización de los hospitales en servicios de especialidades por órganos y sistemas; o la casi exclusiva orientación asistencial de los equipos de atención primaria, postergando su función como atención comunitaria, dificultan el cumplimiento de dos principios del sistema sanitario: como son su orientación a la salud y prestar una atención integral. Un problema adicional es la rigidez del propio sistema, que tiende a prestar una asistencia uniforme (“prêt a porter”) cuando los problemas de salud son distintos para diferentes grupos de ciudadanos/pacientes. Si se desea adecuar la asistencia a las necesidades de las personas, se deberán rediseñar los servicios para que presten diferentes modelos de atención que satisfagan mejor las necesidades de todos los ciudadanos, incorporen los avances científicos y tecnológicos y superen las barreras entre organizaciones y ámbitos asistenciales que dificultan una atención integral. Este reto es imposible alcanzarlo mediante las acciones a las que está acostumbrado el SNS, de arriba abajo. Por el contrario, se deberá incentivar el desarrollo de soluciones locales, lideradas por profesionales o por iniciativas comunitarias. Este reto redefine el papel de las administraciones sanitarias públicas, especialmente los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, debiendo los Servicios de Salud asumir las funciones de control sobre la utilización de los recursos y de evaluador de resultados, y descentralizar la gestión. Mientras los Servicios de Salud sean los gestores directos serán incapaces de evaluar objetivamente el funcionamiento de los servicios porque se están evaluando a sí mismos.

El informe “El Hospital del Futuro” (Sociedad Española de Medicina Interna, Fundación IMAS) así como en las propuestas del informe “Los profesionales sanitarios frente al COVID-19” (IMAS), se abogaba por la creación de Agencias Regionales de Salud que integren las redes asistenciales y de servicios “socio-sanitarios” dentro de su ámbito geográfico y poblacional (alrededor de 1-2 millones de habitantes). Éstas estarían orientadas a desarrollar políticas de salud poblacional (promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad) y a mejorar los resultados en salud, buscando la mejor relación posible entre los recursos empleados (costes) y los resultados obtenidos. Estas “Agencias Regionales de Salud”, similares en su orientación a las Health Maintenance Organizations, tendrían una función de “aseguramiento”, financiando los servicios sanitarios (hospitales, atención primaria, etc.), socio-sanitarios, transporte sanitario, etc., que son necesarios para cumplir con su misión con los recursos asignados desde el respectivo Servicio de Salud. El dotarse de estas estructuras contribuiría a focalizar al sistema sanitario sobre la salud, a prestar una atención integral y establecer la complementariedad entre salud pública y asistencia sanitaria.

El modelo asistencial que se deriva de estas propuestas se basa en los siguientes principios, adaptados de M. Porter:

1. **Organizar la asistencia** en función de grupos de pacientes con necesidades similares (procesos asistenciales), incluyendo la atención a sus necesidades sociales. Los procesos asistenciales deberán contemplar la atención a la dependencia, fragilidad y etapas finales de la vida.
2. **Desarrollar equipos multidisciplinares** para garantizar la atención a las necesidades de los subgrupos de pacientes a lo largo del continuo asistencial. La continuidad asistencial, mantener a los pacientes lo más próximos posibles a su entorno comunitario y evitar el recurso al ingreso hospitalario deben ser principios guía para la elaboración de estos procesos.
3. **Medir de forma sistemática los resultados** (en salud, experiencia del paciente, etc.) y costes para cada subgrupo de pacientes.
4. **Financiar, idealmente en función de los costes por proceso**, incentivando los mejores resultados en salud alcanzados con un uso eficiente de los recursos disponibles.
5. **Desarrollar la atención comunitaria** mediante equipos multiprofesionales que atiendan los distintos aspectos vinculados con la prevención, la educación para la salud y la atención a los determinantes de la salud, así como en la atención del paciente crónico con necesidades complejas.
6. **La atención comunitaria** debe trabajar en estrecha colaboración con los recursos educativos, de servicios sociales y organizaciones no gubernamentales de su ámbito poblacional de influencia.

29

Se deben desarrollar estructuras que integren salud pública, asistencia sanitaria y servicios sociales, que tengan un ámbito poblacional "regional" y que desarrollarían la función de "aseguramiento" para su ámbito geográfico y poblacional.

30

Se debe organizar la asistencia en función de las necesidades de grupos de pacientes (procesos asistenciales), con una concepción integral (atención a las necesidades sociales y situaciones de dependencia, discapacidad y fragilidad).

31

Se debe incentivar el desarrollo de soluciones locales, lideradas por profesionales o por iniciativas comunitarias.

32

Se debe desarrollar la atención comunitaria, en donde deben tener un relevante papel las enfermeras comunitarias y los profesionales de atención social.

9. Implantar un sistema transparente de medición sistemática y evaluación de resultados y de mejora continua de la calidad

Un elemento central de la propuesta que se realiza en este informe es la de evaluar el desempeño del SNS, de los Servicios de Salud y de los centros y servicios sanitarios públicos por sus resultados, siendo esto un primer paso para desarrollar una estrategia de mejora continua de la calidad. Quien haya tenido ocasión de analizar los cuadros de mando, contratos programa y otros instrumentos que traducen en objetivos la cultura organizativa del sistema sanitario público habrá comprobado que está centrado principalmente en el cumplimiento del presupuesto, la actividad y las listas de espera, pero estos tres componentes no son equivalentes a resultados en salud y calidad de vida, experiencia del paciente y eficiencia, y mucho menos experiencia del profesional y equidad, sin mencionar que las desviaciones presupuestarias son frecuentes en numerosos Servicios de Salud. En otras palabras, no se miden (o se hace de forma muy limitada) los indicadores de logro del “quíntuple objetivo”, e incluso si se miden (por ejemplo, los “observatorios” o las listas de espera) generalmente no conllevan efecto alguno. Es, asimismo, virtualmente imposible comparar el desempeño de los Servicios de Salud o de los centros del sistema, no solamente por la escasez de indicadores relevantes, sino también por la opacidad de las instituciones públicas. Esto, además, limita el derecho del ciudadano a tener una información confiable sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y a poder elegir.

Algunas sociedades científico-médicas han puesto en funcionamiento proyectos para medir los resultados de los servicios sanitarios y otras entidades se han centrado en la variabilidad en la utilización de los servicios. Los resultados de estos proyectos ponen de manifiesto notables diferencias entre Servicios de Salud, hospitales y áreas sanitarias en resultados en salud, variabilidad en la utilización de servicios, dotación de recursos y productividad. Los datos obtenidos por las sociedades científico-médicas en las comparaciones entre hospitales y Comunidades Autónomas del SNS muestran diferencias importantes en orden de magnitud que, probablemente, están identificando desigualdades en salud debido a políticas sanitarias divergentes o inequidad en la financiación. Por tanto, es necesario para el SNS:

- Desarrollar evidencia propia, mediante -entre otros instrumentos- la recogida de datos sistemática y estructurada que permita su explotación.
- Incorporar a los indicadores de medida de resultados los relacionados con la situación funcional y calidad de vida (PROM -medidas de resultado informadas por los pacientes-).
- Investigar en resultados de los servicios de salud.
- Establecer estándares de calidad de carácter normativo para el conjunto del SNS.
- Hacer públicos los resultados, generalizando y homogeneizando en el ámbito del SNS las iniciativas de los observatorios de algunas Comunidades Autónomas, mediante la creación de un observatorio de resultados del SNS.

Para desarrollar esta agenda se debe incorporar a las entidades científico-profesionales (sociedades científico-médicas y colegios de médicos) como agentes de primer orden en la política sanitaria, cooperando activamente con las administraciones sanitarias públicas en la toma de decisiones e integrándolas en la mencionada agencia, que debe tener un estatuto independiente (véanse las propuestas del apartado 4 de este informe). Esta agencia del Sistema Nacional de Salud debería asumir tanto las funciones señaladas en este apartado como las de generación de conocimiento, innovación y desarrollo, pues ambas están estrechamente relacionadas entre sí.

33

Se debe implantar un sistema de medición y evaluación por resultados (indicadores del logro del "quíntuple objetivo" y de mejora continua de la calidad).

34

El sistema debe ser transparente, permitiendo la comparación del desempeño entre Servicios de Salud, hospitales, etc., así como la libre elección del ciudadano.

35

El SNS debe crear una agencia con estatuto independiente y participación de las entidades científico-médicas (Observatorio de Resultados, Agencia de Calidad del SNS).

10. Impulsar una transformación digital del SNS tomando como eje la Historia Digital de Salud del ciudadano

El término “digitalización” engloba un conjunto de tecnologías de la información que abarcan desde las historias clínicas electrónicas a la inteligencia artificial. Algunas de estas tecnologías, como la inteligencia artificial, son disruptivas, como lo son asimismo las tecnologías relacionadas con las ciencias ómicas, que tendrán (ya lo están haciendo) asimismo un notable impacto en la asistencia sanitaria. En el marco de este informe somos conscientes de dejar, en relación con este tema, muchos aspectos importantes (la medicina personalizada; la interoperabilidad; los sistemas de ayuda a la decisión clínica y su evaluación y certificación; el procesamiento de lenguaje natural; etc.), que requerirán un abordaje conjunto de la profesión médica con otros profesionales que, como se ha señalado, se deben incorporar al SNS.

La transformación digital implica el rediseño de procesos y modelos de trabajo, una transformación que es fundamentalmente de cultura organizativa. La transformación digital debe considerarse asimismo como un determinante de salud, siendo una herramienta fundamental para incorporar a pacientes y ciudadanos en la gestión de su salud. Es absolutamente necesario reducir el tiempo médico para el registro de información en la historia digital, diseñar modelos que permitan el mejor uso de la información clínica, integrar los distintos sistemas y fuentes de información, facilitar la prescripción farmacoterapéutica con herramientas de ayuda a la toma de decisiones basadas en las guías actuales y por las características particulares del paciente e incorporar alertas de interacciones de fármacos.

La digitalización que se está incorporando al SNS no está utilizando el enorme potencial de estas tecnologías, pues se está poniendo al servicio de la reproducción del modelo organizativo y asistencial establecido desde 1986, modelos que consideramos deben transformarse radicalmente a través de las propuestas contenidas en este informe.

Como señalamos en 2015 y 2019, no existe una estrategia del SNS para la evaluación e incorporación de este conjunto de tecnologías, ni de rediseño de la organización y procesos del SNS para aumentar su calidad y eficiencia utilizando su potencial. La estrategia de salud digital del SNS carece de una visión sobre la transformación del sistema y se está implantando con el modelo piramidal (de arriba abajo) que informa su funcionamiento. Una estrategia alternativa es financiar (como hacen algunos proyectos de la Comunidad Europea) experiencias locales que presentaran proyectos sólidos de utilización de la digitalización para mejorar la calidad y/o eficiencia de los servicios y escalar las experiencias de éxito ofertándolas a otros centros sanitarios y Servicios de Salud.

La transformación digital del sistema sanitario debe incorporar modelos de automatización a todos los niveles, lo que permitirá que el número de profesionales no aumente de la misma forma que las necesidades. No se dispone de un plan de automatización ni a nivel estatal ni regional, ni tampoco en ningún plano de ejecución. La digitalización de la información médica permitiría automatizar procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento y contribuir a reorientar el sistema sanitario hacia la salud.

Dentro de la estrategia de transformación digital del sistema sanitario se debe prestar especial atención a la educación digital de profesionales sanitarios y de los ciudadanos, así como la conveniencia de establecer incentivos que estimulen el uso de herramientas de interacción entre profesionales sanitarios y ciudadanos/pacientes.

Un instrumento fundamental de transformación digital es la Historia de Salud del Ciudadano elaborada por el Grupo de Salud Digital de la Fundación IMAS (#eHealthIMAS). Ésta consiste en un registro personal, portátil, que recoge toda la información relevante para la salud del ciudadano a lo largo de su vida (incluirla datos sanitarios y sociosanitarios de cualquier proveedor, así como otros datos administrativos y sociales). Sería un registro accesible desde cualquier lugar, soportado en múltiples dispositivos y, lo que es especialmente relevante, propiedad del individuo.

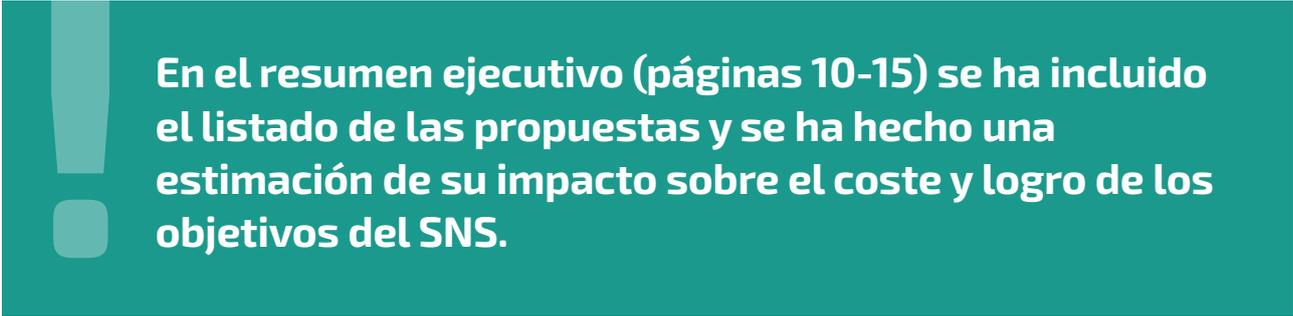
La falta de atención por parte de las administraciones sanitarias a esta propuesta es una muestra de resistencia al cambio. Crear una historia digital de salud propiedad del ciudadano es el único camino para integrar la experiencia del ciudadano con el sistema sanitario, sea este público o privado, y con los servicios sociales. En este proyecto el estado sería el garante del derecho de todo ciudadano a ser el propietario sus datos sanitarios. Hay que conseguir que la información médica del ciudadano esté actualizada y disponible, lo que permitiría crear un ecosistema (público y privado) alrededor de estos datos que generen nuevas capacidades pero que optimicen lo ya existente.

36

Se debe desarrollar una estrategia de digitalización del SNS al servicio de la transformación del sistema.

37

La historia digital de salud del ciudadano debería ser adoptada como un proyecto realmente transformador, garantizando el estado el derecho de todo ciudadano a la propiedad sobre su historia de salud.



En el resumen ejecutivo (páginas 10-15) se ha incluido el listado de las propuestas y se ha hecho una estimación de su impacto sobre el coste y logro de los objetivos del SNS.

