

Quince temas candentes de la Sanidad española para 2010

Propuestas para una agenda



Para la elaboración de este documento nos hemos inspirado en las publicaciones “Top Eight Health Industry Issues in 2008” y “Top Nine Health Industry Issues in 2009”, realizadas en Estados Unidos por el Health Research Institute de PricewaterhouseCoopers. Nos pareció que hacer una aportación a los temas candentes en el sector sanitario en España, con un enfoque al mismo tiempo riguroso, pero también ágil y directo, podía ser algo interesante.

Para ello, el 17 de diciembre de 2010 reunimos a un grupo de expertos y conocidas personalidades del sector sanitario para mantener con ellos una sesión de trabajo. Ana Pastor y Julián García Vargas, ambos ex - Ministros de Sanidad y Consumo y, por encima de ello, personas de sumo reconocimiento en el sector, moderaron esa sesión de más de tres horas de duración.

Las aportaciones realizadas en esa sesión fueron tan ricas y variadas que nos hubiera dado para escribir algo así como “Mil temas candentes de la Sanidad española para 2010”, lo que sin duda hubiera hecho perder impacto al documento.

Nos hemos quedado en quince temas candentes. Cualquier selección es caprichosa y arbitraria. Seguro que hay muchos temas candentes que no figuran ahí y que incluso se mencionaron durante la reunión. Lo que sí es seguro es que los que figuran son relevantes.

En todo caso, en el enfoque del documento se tuvo en cuenta que los temas candentes del sector sanitario no son sólo los problemas de las Administraciones Sanitarias, ni siquiera tampoco sólo de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, sino de un conjunto muy amplio de actores del sector, desde financiadores, aseguradores públicos y privados, provisosos varios, empresas farmacéuticas y de tecnologías sanitarias y los cada vez más numerosos “nuevos entrantes” en el sector. Creemos que sólo así puede abordarse este tema.

El presente documento fue elaborado por el equipo de consultoría de Sanidad y Pharma de PricewaterhouseCoopers. Sin embargo, para su confección se tuvieron en cuenta las valiosas y ricas aportaciones realizadas por un grupo de expertos en la sesión celebrada el 17 de diciembre de 2009.

Un borrador previo al documento definitivo fue remitido con anterioridad a su publicación a todos los participantes en la reunión, quiénes, en algunos casos, realizaron nuevas aportaciones. Con todo, esto no significa que los participantes

en la reunión, de deliberada composición plural, tengan que identificarse con la literalidad del documento final, ni siquiera con la selección de los temas identificados como candentes.

Desde PricewaterhouseCoopers queremos agradecer las aportaciones de los participantes en la sesión: nada menos que su valioso tiempo, sus amplios conocimientos y su dilatada experiencia.

La relación de los participantes fue la siguiente:

Moderadores

- **García Vargas, Julián**, Presidente de TEDAE, Ex – Ministro de Sanidad y Consumo y Defensa
- **Pastor Julián, Ana María**, Vicepresidenta 2ª del Congreso de los Diputados, Ex – Ministra de Sanidad y Consumo

Participantes

- **Abarca Cidón, Juan**, Director General Grupo Hospitales de Madrid
- **Alfonse, Margarita**, Secretaria General de FENIN
- **Ayerdi, Ignacio**, Director General, Philips Healthcare Iberia
- **Belenes, Rai**, Consejero Delegado-Director General, Hospital Clínic, Barcelona
- **Blasco, Sergio**, Director Gerente, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- **Carreño, Daniel**, Presidente España y Portugal, GE Healthcare
- **Colás, Javier**, Presidente, Medtronic
- **Farjas, Pilar**, Conselleira de Sanidade de la Xunta de Galicia
- **González Molero, Laura**, Presidenta de Merck
- **Jovell, Albert**, Presidente del Foro Español de Pacientes
- **Martí, Jordi**, Director General de AMGEN
- **Navas, José Jerónimo**, Director del Instituto de Salud Carlos III
- **Ramentol, Jordi**, Conseller-Director General, Grupo Ferrer Internacional
- **Rodríguez Sendín, Juan José**, Presidente del Consejo General de Colegios de Médicos
- **Sánchez, Ana**, Viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid
- **Serrano, Concha**, Directora de Asuntos Corporativos de AMGEN
- **Suárez Lemus, Manuel**, Jefe de Prensa del Gabinete de la Conselleira de Sanidade de la Xunta de Galicia

Responsables de la preparación del documento por parte de PricewaterhouseCoopers:

- **Riesgo, Ignacio**, Leader consultoría Sanidad y Pharma
- **González-Estéfani, Ana**, Senior Manager de consultoría Sanidad y Pharma



1	El impulso de los Servicios Regionales de Salud por parte de las Comunidades Autónomas y la consiguiente riqueza de modelos no es incompatible con un marco estratégico para el Sistema Nacional de Salud	7
2	No a las Comunidades Autónomas como islas informacionales: avanzar en la interoperabilidad de los sistemas de información asistenciales	8
3	La infrafinanciación del modelo MUFACE puede alterar todo el ecosistema sanitario privado y afectar también al público	10
4	A la polémica de la proliferación en España de las fórmulas de colaboración público-privada (CPP) sólo cabe responder con transparencia y evaluación de resultados	12
5	El logro de una mayor eficiencia operativa requiere adoptar programas integrales de control del gasto y un sistema de <i>benchmarking</i>	15
6	De paciente sólo demandante a paciente también responsable	17
7	Una atención primaria resolutive, con mayor autonomía de sus profesionales y dotada de una cartera de servicios y tecnologías adecuadas	19
8	Revisar la asignación de recursos para la prevención: más vale prevenir que curar	21
9	El abordaje de las enfermedades crónicas requiere una transformación cultural y organizativa del modelo sanitario actual	23
10	¿Sólo queremos como país ser consumidores de tecnología?: incentivos para potenciar la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias en España	25
11	La adopción de medicamentos de última generación y alto coste requerirá la co-gestión con el Sistema Nacional de Salud	27
12	Una necesidad: potenciar los esfuerzos en <i>partnerships</i> público-privados para la investigación	29
13	Replanteamiento de un modelo de financiación que garantice la suficiencia y la equidad	30
14	Ni sólo salario ni pago por actividad: pago a los médicos por desempeño	31
15	Cada vez habrá que contar más con las redes sociales en sanidad	33



1

El impulso de los Servicios Regionales de Salud por parte de las Comunidades Autónomas y la consiguiente riqueza de modelos no es incompatible con un marco estratégico para el Sistema Nacional de Salud

Las transferencias sanitarias, con las posibilidades que han abierto de riqueza de modelos, con el surgimiento y desarrollo de múltiples polos de iniciativas y diversidad de soluciones a los retos y problemas del sistema sanitario, representan un valor para el sistema, que no se cuestiona.

No obstante, lo anterior no es incompatible con la creación de un marco estratégico común para el Sistema Nacional de Salud, que contemple algunos aspectos relevantes como:

- Calidad: impulsando una iniciativa en similitud al *National Healthcare Quality Report*¹ de Estados Unidos.
- Nivel de salud: impulsando igualmente algo similar al *National Healthcare Disparities Report*², de Estados Unidos.
- Formación y movilidad de profesionales.
- Impulso al desarrollo de empresas farmacéuticas y de tecnologías médicas en España, tanto nacionales como multinacionales.
- Papel del sistema en la innovación y evaluación de tecnologías.

Por citar un ejemplo, en Canadá, país con un sistema sanitario muy descentralizado, se creó en 2001 la *Commission of the Future of Health Care in Canada* con el objetivo de revisar el modelo sanitario, involucrar a los canadienses en un diálogo nacional sobre su futuro y realizar recomendaciones para alcanzar la calidad y sostenibilidad del sistema. El informe *Building on Values*³ estableció una hoja de ruta con 47 recomendaciones para reformar y renovar el sistema sanitario. El *Canadian Institute for Health Information (CIHI)*⁴ proporciona información global sobre salud y, en concreto, en materia de calidad (foco en la seguridad), prevención, provisión de la asistencia y su coste. Esta información pretende ser de utilidad para el desarrollo de nuevas políticas de salud, el fortalecimiento del sistema sanitario y apoyo a la toma de decisiones de los líderes del sector.

La ausencia de una estrategia global suscrita por los diversos agentes que operan en el sistema sanitario obstaculiza el desarrollo de un verdadero Sistema Nacional de Salud y representa una dificultad para los distintos agentes, tanto instituciones como empresas que operan en el mismo. El SNS debe desarrollar un marco estratégico que sirva como un gran referente para el sistema y para los subsistemas de las distintas Comunidades Autónomas. Pero, para que éste se implante con éxito, habrá que garantizar la participación y el compromiso con el mismo de toda la cadena de valor del sistema, desde los financiadores y proveedores de servicios sanitarios a las empresas farmacéuticas y de tecnología sanitaria, incluyendo también incluso a los distintos partidos políticos.

Implicaciones

- Contribuirá a mejorar la cohesión del Sistema Nacional de Salud.
- Establecimiento de un marco de trabajo y referencial común para los distintos agentes del sistema, tanto financiadores, como proveedores públicos y privados, como distribuidores, como empresas farmacéuticas y de tecnologías sanitarias.

¹ National Healthcare Quality Report 2007. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality).

² National Healthcare Disparities Report 2007. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality).

³ Romanow, RJ (Commissioner). Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Commission on the Future of Health Care in Canada. Final Report, Noviembre 2002.

⁴ Health Care in Canada 2004. Canadian Institute for Health Information.

2

No a las Comunidades Autónomas como islas informacionales: avanzar en la interoperabilidad de los sistemas de información asistenciales

Si hoy tenemos un gran reto en el Sistema Nacional de Salud cuyo desarrollo no puede continuar dilatándose en el tiempo, éste es el de la integración e interoperabilidad de los diferentes sistemas de información asistencial existentes en las Comunidades Autónomas (CC.AA.).

Un estudio realizado por PricewaterhouseCoopers⁵ identificó en algunos países la tasa de adopción de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y su potencial de interoperabilidad, tal como se muestra en la figura 1.

Se identifican países, como los escandinavos, con un alto grado de adopción de la HCE y de interoperabilidad; otros como Australia y

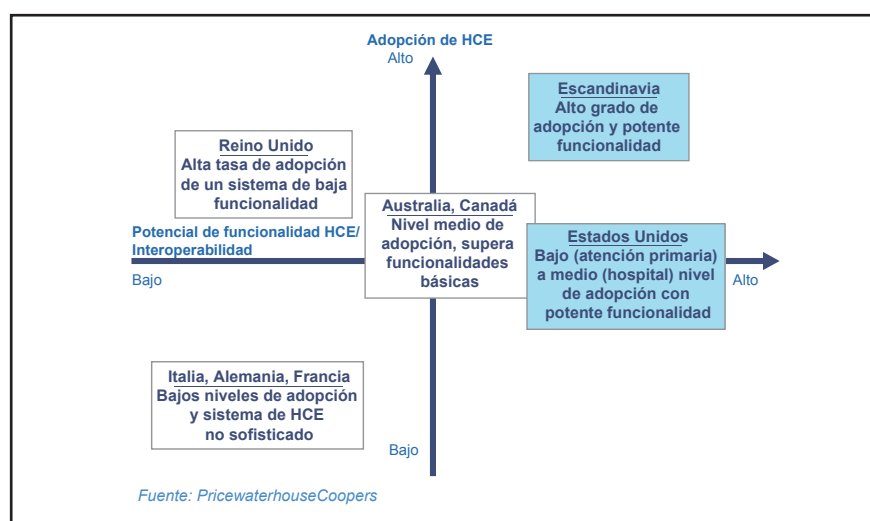
Canadá, con un nivel medio de adopción e interoperabilidad; otros como el Reino Unido con una cierta adopción de la HCE pero con baja interoperabilidad y, por último, algunos países como Italia, Alemania y Francia con una implantación de la HCE baja e interoperabilidad también muy baja. Aunque España no está en el estudio, en general tiene un nivel de implantación de la HCE medio (alto en atención primaria, muy bajo en hospitales), con una interoperabilidad muy baja.

En nuestro país, en los últimos años todas las comunidades autónomas han abordado, con gran dinamismo pero también con desigual desarrollo y velocidad, la implantación de las nuevas tecnologías de la información, con

especial importancia de la historia clínica electrónica. El resultado es que existen 17 islas de información basadas en distintos proyectos.

Una de las estrategias del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud⁶ es la de “Sanidad en línea” que, entre otras cuestiones, plantea el impulsar la historia clínica electrónica y posibilitar el intercambio de información clínica entre diferentes profesionales, dispositivos asistenciales y Comunidades Autónomas, así como garantizar la accesibilidad desde cualquier punto del sistema y la interoperabilidad. En este contexto se ha iniciado el desarrollo del proyecto de Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), cuyo objetivo principal es compartir información referente a la historia clínica del paciente fuera de la Comunidad Autónoma⁷.

Figura 1: Potencial de interoperabilidad de distintos países



La segunda fase del programa “Sanidad en Línea”, que se desarrollará entre 2009 y 2012, con una dotación presupuestaria de más de 195 millones de euros⁸, abordará dos grandes cuestiones: el Proyecto Historia Clínica Digital y la extensión del uso de la Receta Electrónica.

⁵ Global Trends in eHealth. EMR Adoption & Device Interoperability. PricewaterhouseCoopers, 16 de diciembre de 2009.

⁶ Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Agencia de Calidad del SNS. Abril 2007.

⁷ Propuesta Técnica para la puesta en marcha de un Piloto para el Intercambio de datos de Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS) basado en los servicios Web del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 14 de octubre de 2008.

⁸ Intervención del Ministro de Industria, Turismo y Comercio en la Firma del Convenio Sanidad en Línea. 21 de julio de 2009.

Figura 2: Fases de implantación del sistema de HCDSNS y contenidos



La Comisión de las Comunidades Europeas estableció en 2008 recomendaciones para los países miembros sobre la interoperabilidad transfronteriza sobre los sistemas de historiales médicos electrónicos, en cinco planos⁹:

- **Plano político general:** compromiso político y estratégico respecto de la aplicación local, regional y nacional de sistemas de HCE capaces de interoperar también con los sistemas de otros Estados miembros, analizando riesgos, obstáculos y lagunas y creando mecanismos de incentivación a las

inversiones, implicando activamente y sensibilizando a los grupos de interés.

- **Plano organizativo:** creación de un marco y un proceso organizativos que permitan la interoperabilidad transfronteriza de los sistemas de HCE, con desarrollo de una hoja de ruta.
- **Plano técnico:** la compatibilidad técnica de los sistemas de HCE es requisito previo esencial para su interoperabilidad, debiéndose analizar las normas técnicas e infraestructuras existentes y basar los modelos de información y perfiles en normas

que permitan avanzar hacia la interoperabilidad.

- **Plano semántico:** establecimiento de un mecanismo adecuado en cooperación con los organismos de normalización pertinentes para el desarrollo de una semántica de la salud que permita avanzar hacia sistemas de HCE interoperables.
- **Educación, formación y sensibilización:** sensibilización sobre las ventajas de la interoperabilidad a todos los niveles - educación, formación y difusión de buenas prácticas-.

Pero el primer paso en el logro de la interoperabilidad sólo será posible con la colaboración y compromiso de las distintas Comunidades Autónomas, el establecimiento de estándares comunes y una coordinación regional eficaz. Al fin y al cabo, lo que se persigue es que el ciudadano y el profesional puedan acceder a aquella información clínica relevante para la atención sanitaria desde cualquier lugar del SNS. Si de alguna manera las estrategias de las Comunidades Autónomas persiguen el colocar al paciente en el centro del sistema, los esfuerzos que se dediquen a proyectos de estas características contribuirán en gran manera a lograr dicho objetivo.

Implicaciones

- La integración de la información del paciente permitirá mejorar la calidad asistencial y reducir errores clínicos. Mejorará la coordinación de las actuaciones y procesos de diagnóstico y tratamiento (*continuum* asistencial).
- Supondrá una mejora de la eficiencia del SNS ya que evitará la duplicidad de actos clínicos, mejorará la prescripción de medicamentos y permitirá optimizar los tiempos de atención.
- El disponer de información global contribuirá a mejorar la planificación y la toma de decisiones clínicas y de gestión, en torno a prioridades tan relevantes como las listas de espera, la planificación de recursos o la libre elección.

⁹ Recomendación de la Comisión, de 2 de julio de 2008, sobre la interoperabilidad transfronteriza de los sistemas de historiales médicos electrónicos [notificada con el número C(2008) 3282]. (2008/594/CE). Publicado en el DOCE el 18 de julio de 2008.

3

La infrafinanciación del modelo MUFACE puede alterar todo el ecosistema sanitario privado y afectar también al público

En términos absolutos, la población protegida por el régimen de mutualismo administrativo es casi 2,3 millones de personas¹⁰, considerando tanto titulares como beneficiarios, siendo MUFACE la mutualidad con mayor número de beneficiarios (cerca del 70%). De esta población, casi dos millones de personas están cubiertos por entidades aseguradoras privadas.

El modelo MUFACE se configura como un sistema de alto valor añadido para los beneficiarios, a los que permite elegir entre recibir la asistencia sanitaria a través de una entidad aseguradora privada o hacerlo a través del sistema sanitario público. Cobra importancia el hecho de que aproximadamente el 85% de la población mutualista elija ser atendido en el ámbito privado, lo que refleja su satisfacción con el modelo.

El modelo aporta eficiencia en la prestación de un servicio público ya que, aún garantizando la cartera de servicios del SNS, el gasto per cápita de la población cubierta es sustancialmente inferior en el caso de las mutualidades. Ello, unido a la complementariedad del aseguramiento privado con la red sanitaria pública, permite ahorrar recursos a la Administración y aliviar la ya alta presión asistencial que tienen los centros sanitarios públicos.

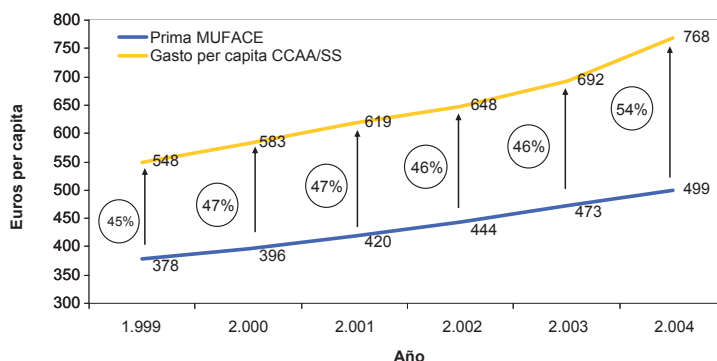
El alto valor añadido del modelo MUFACE contrasta sin embargo con

la financiación y el modelo de fijación de la prima que se paga a las entidades aseguradoras que suscriben el concierto, ya que existe un “gap” muy importante (la financiación a las aseguradoras es un 50% más económica) y esta diferencia es cada vez mayor, tal como se demostró en un estudio realizado por Unespa con la colaboración de PricewaterhouseCoopers y que se recoge en la siguiente figura¹¹. El gasto sanitario público y el del mutualismo administrativo están afectados por los mismos “drivers” que impulsan al alza el gasto sanitario y, sin embargo, las entidades aseguradoras cuentan con ingresos per cápita mucho más reducidos que el SNS. Esta infrafinanciación provoca en las entidades aseguradoras

un estrangulamiento financiero que puede llegar a cuestionar la viabilidad futura del modelo.

Recientemente las compañías de seguro sanitario Mapfre y Caser han decidido retirarse del modelo MUFACE por considerarlo inviable y no rentable. La retirada de estas dos entidades, cuyo volumen de asegurados de MUFACE asciende a más del 15% del total de beneficiarios de este modelo, supone que a partir de 2010 un total de 234.168 clientes deberán optar por adscribirse a otra compañía o acudir a la sanidad pública¹². Hay que recordar que ya en 2009 Aegon Salud decidió no renovar el concierto con MUFACE, y lo mismo sucedió en 2008 con Groupama.

Figura 3: Diferencial entre el gasto sanitario público per cápita destinado al SNS y la prima percibida por MUFACE



Fuente: Estadística del gasto sanitario público y Recursos del sistema nacional de salud, Ministerio de Sanidad y Consumo; Padrón municipal del INE; MUFACE

¹⁰ Memorias de MUFACE, ISFAS y MUGEJU. Año 2008.

¹¹ Una reflexión sobre el futuro del modelo sanitario del mutualismo administrativo en España. Grupo de Trabajo sobre el Modelo Sanitario del Mutualismo Administrativo. Comisión Técnica de Seguros de Salud de UNESPA. Estudio elaborado en colaboración con PricewaterhouseCoopers. Julio 2007.

¹² “Mapfre y Caser abandonan el seguro de los funcionarios”. Artículo publicado en Expansión el 22 de octubre de 2009. www.expansion.com. Consulta realizada el 23 de diciembre de 2009.

El modelo MUFACE, por su implantación nacional, es el que permite, en gran medida, que haya una provisión privada en todo el territorio español, no sólo en grandes núcleos urbanos. Una eventual

desaparición del modelo MUFACE podría significar una no viabilidad de muchos centros privados con el consiguiente cierre, lo que afectaría al grado de implantación de la provisión privada.

Esto a la larga podría afectar también al sistema público, que se vería desprovisto de las posibilidades de concertación y colaboración que le ofrece el sistema privado.

Implicaciones

- La viabilidad del modelo MUFACE estará condicionada a un marco de financiación estable y referido al gasto sanitario público. La introducción de nuevas prestaciones y niveles de cobertura deberá contar con la financiación suficiente y adecuada a la realidad de los costes que generan.
- El sistema sanitario público puede tener dificultades para absorber la demanda que genera el colectivo asegurado en el marco de este modelo, por lo que deberán realizarse acciones que garanticen su sostenibilidad.
- Las compañías aseguradoras se ven afectadas por una cada vez menor rentabilidad, que a su vez supone una cada vez mayor presión sobre los precios que las aseguradoras están dispuestas a pagar por sus servicios.

4

A la polémica de la proliferación en España de las fórmulas de colaboración público-privada (CPP) sólo cabe responder con transparencia y evaluación de resultados

Las necesidades de renovación de las infraestructuras y del equipamiento en el sistema sanitario público, en un contexto de imparable crecimiento de los gastos sanitarios, han hecho que algunas Comunidades Autónomas hayan acudido en los últimos años a las fórmulas de colaboración público-privada (CPP). Estas fórmulas han permitido a los sistemas sanitarios acometer las cuantiosas e inaplazables inversiones necesarias mediante modelos de gestión y financiación privada de las infraestructuras públicas, así como incorporar ciertas experiencias positivas de la iniciativa privada en la gestión, no sólo de los servicios no clínicos sino incluso también de los clínicos.

El modelo CPP está bastante difundido en diversas Comunidades Autónomas: Comunidad Valenciana, Madrid, Castilla y León, Baleares, Cataluña, Galicia, etc. Se pueden diferenciar dos tipos de iniciativas: aquéllas que pretenden una financiación de las infraestructuras e incorporan la iniciativa privada en la gestión exclusivamente de los servicios no clínicos (modelo PFI o modelo británico), y las que, aparte de la financiación, implican a la iniciativa privada en la gestión de los servicios sanitarios (modelo Alzira). En otros países de nuestro entorno, este modelo se ha desarrollado integrando, bajo un mismo proyecto y desde el momento de su concepción (o posteriormente), los servicios asistenciales, los servicios no

clínicos y la financiación y conservación de la infraestructura hospitalaria, pero en contratos separados.

En el primer caso el protagonismo empresarial lo tienen las grandes empresas de construcción (ACS, FCC, SACYR,...), habiéndose desarrollado bajo esta fórmula los hospitales de Henares, Infanta Sofía, Sureste, Infanta Leonor, Infanta Cristina, Tajo o Puerta de Hierro, así como los futuros hospitales Son Dureta y Burgos. En el último caso esta fórmula incorpora también los equipamientos electro-médicos y los sistemas de información.

En el segundo caso intervienen operadores sanitarios, sobre todo empresas aseguradoras sanitarias, estando las más importantes implicadas en estas operaciones (ADESLAS, ASISA, SANITAS, DKV), pudiéndose citar los modelos de concesión de los hospitales de la Ribera, Denia, Torrevieja, Infanta Elena, el recientemente puesto en marcha de Manises y los futuros hospitales de Torrejón, Móstoles o Elche-Crevillente. Estos hospitales aportan más de 6.000 nuevas camas al sistema sanitario público.

La situación de los mercados financieros debido a la crisis económica ha

Figura 4: Modelos CPP en España

Hospitales públicos de gestión privada 2008 (PPP)			
Hospital	Nº Camas	Participaciones	Apertura
De la Ribera	301	Adeslas Ribera Salud ACS Lubasa	1999
Denia	132	DKV Ribera Salud	2008
Torrevieja	250	Ribera Salud Asisa Acciona	2006
Infanta Elena	106	Capio Sanidad	2007
Elche-Crevillente	273	Ribera Salud Asisa	En constr.
L'Horta-Manises	319	Sanitas Ribera Salud	2009
Hospitales bajo el modelo de financiación privada (PFI)			
Hospital	Nº Camas	Participaciones	Apertura
Son Dureta	900	Dragados, FCC	En constr.
Baix Llobregat	238	Emte, Teyco, Acsa, La Caixa	2009
Burgos	678	Grupo Norte, OHL, cajas ahorros	En constr.
Henares	194	Sacyr Vallehermoso, Testa y Valoriza	2008
Infanta Sofía	283	Acciona y Crespo y Blaco	2008
Sureste	125	FCC, OHL y Cajamadrid	2008
Infanta Leonor	264	Ploder, Cantoblanco, Fuensanta, Cajamadrid	2008
Infanta Cristina	247	Sacyr Vallehermoso, Testa y Valoriza	2008
Tajo	90	Sando, Hispánica e Inabensa	2008
Puerta del Hierro	613	Dragados, ovis Lend, Grupo Sufi	2008

Fuente: PricewaterhouseCoopers, elaboración propia

dificultado o restringido la colocación de proyectos de infraestructura en el sector privado, haciendo que tanto bancos como empresas se hayan vuelto más selectivos e implicando unos procesos de financiación más dilatados y complejos y la necesidad de mayores tasas de retorno (rentabilidades) versus una viabilidad económico-financiera excesivamente ajustada. A pesar de las dificultades, la necesidad de la Administración de recurrir a estas fórmulas se mantiene y sigue habiendo interés por parte de suficientes inversores, entidades financieras y operadores bajo determinadas condiciones, como se demuestra en la reciente licitación y concurrencia a los Hospitales de Torrejón y Móstoles, convocados por la Comunidad de Madrid, así como el Hospital Can Misses y diez centros de atención primaria en las Islas Baleares.

No obstante, en las circunstancias actuales del mercado es necesario abordar cada proyecto como uno nuevo ya que la utilización, sin modificaciones específicas, de estructuras anteriores que tuvieron éxito en un pasado puede no servir para nuevos proyectos. Es necesario estructurar las operaciones con mucha precaución manteniendo una estructura equilibrada de riesgos, combinándolo con los objetivos y restricciones de la Administración y dedicando el tiempo y los recursos necesarios al análisis de viabilidad y estructuración/redacción de pliegos de los proyectos que se van a licitar, así como a la valoración de ofertas.

En este contexto, la aprobación futura del proyecto de ley de captación de financiación en proyectos CPP y,

en concreto, la generalización de la obtención de avales públicos a las diversas operaciones de endeudamiento, puede ser una fórmula que, utilizada razonablemente, suponga un impulso adicional al sector, incrementando las fuentes de financiación disponibles y disminuyendo los costes financieros. Con todo ello, permitiría mejorar la eficiencia presupuestaria.

Dado que la adopción de estos modelos en España data de fechas recientes, no se ha realizado una evaluación global de los resultados de los mismos que permita determinar si los fines que perseguían cuando se diseñaron se están logrando. La Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, realizó en 2008 una encuesta de satisfacción del Hospital Universitario de la Ribera, evidenciando que el 92,77% de los pacientes volvería a elegir este centro ante un problema de salud, siendo los servicios de Pediatría, Cirugía, Cirugía Mayor Ambulatoria y Obstetricia los mejor valorados con tasas de satisfacción del 90,67%, 89,53%, 89,02 y 87,84% respectivamente. Casi un 74% de los pacientes valoró positivamente el servicio de Urgencias y la satisfacción con la información recibida y el trato dispensado recibieron valoraciones superiores al 90%¹³. Se deberá avanzar en la evaluación del modelo, incluyendo la medición del resultado de la actividad asistencial, la determinación de estándares de calidad en la provisión y la realización de *benchmarking*.

Una nueva forma de colaboración público-privada, que ya se ha utilizado en la adquisición de nuevos equipamientos médicos para el nuevo Hospital Son Dureta o en Murcia, es el diálogo competitivo,

de acuerdo con las posibilidades que da la nueva Ley de Contratos. Esta fórmula permite a la Administración el realizar un “traje a medida” de sus necesidades de equipamiento e incorporar al socio tecnológico en la definición de la solución técnica desde el inicio, ya que tras un anuncio de licitación se posibilita el abrir un debate con los candidatos y realizar negociaciones entre las partes, a diferencia de los concursos públicos cuyas cláusulas determinan a priori la necesidad.

El sistema sanitario necesita seguir invirtiendo y renovando sus infraestructuras sanitarias y, para ello, tendrá que continuar recurriendo al capital privado, si bien tendrá que demostrar que estas fórmulas reducen el coste global para la Administración, mejoran o mantienen unos estándares previamente definidos en relación con la oferta de servicios, la accesibilidad, la seguridad, la calidad asistencial, o el desempeño de su papel en la prevención y educación para la salud. Pero también se deberá evaluar la experiencia de los profesionales, los resultados de la gestión y la eficiencia, la suficiencia financiera, la transparencia informativa o su participación en la actividad investigadora, entre otras cuestiones.

Una iniciativa que podría ser de interés es la creación de un Observatorio de CPP en sanidad en España, como experiencia similar a las que ya han desarrollado otros países como Australia (Victoria), Sudáfrica y el Reino Unido¹⁴. Estos observatorios publican, entre otros contenidos, políticas, guías, recursos y material de apoyo para el abordaje de estos proyectos, noticias recientes y eventos, información sobre proyectos concretos y casos de estudio.

¹³ Nueve de cada diez pacientes del Hospital Universitario de La Ribera lo volverían a elegir ante un problema de salud”. Nota de prensa de 20 de agosto de 2009. www.hospital-ribera.com. Consulta realizada el 22 de diciembre de 2009.

¹⁴ Reino Unido: www.partnershipsuk.org.uk; Australia (Victoria): www.partnerships.vic.gov.au; Sudáfrica: www.ppp.gov.za. Consultas realizadas el 11 de enero de 2010.

Implicaciones

- Definición de un modelo de evaluación integral, transparente, estandarizado y revisable periódicamente a lo largo de todo el contrato de concesión.
- Las Administraciones deberán dotarse de los instrumentos que permitan desarrollar dicha evaluación de forma independiente.
- Se podrá evidenciar una posible necesidad de revisar los modelos actuales de CPP, para dar respuesta a las necesidades de mejora que se identifiquen.
- Organización de un Observatorio de iniciativas CPP en España, cuyos fines fueran la identificación de las características de los proyectos desarrollados en nuestro país, extraer las enseñanzas generales y experiencias de los distintos procesos, así como servir de asesoría técnica para aquellas Administraciones que quieran avanzar en esta línea. La iniciativa podría ser del Consejo Interterritorial o bien constituirse entre varias Comunidades Autónomas implicadas.

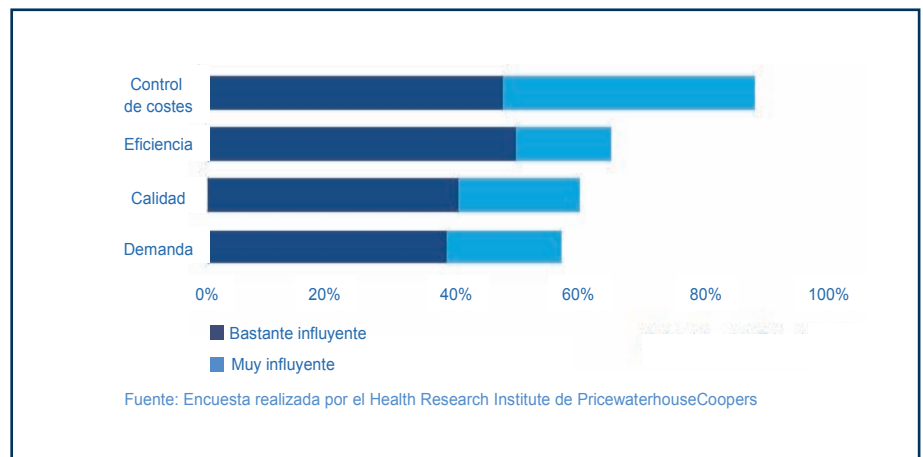
5

El logro de una mayor eficiencia operativa requiere adoptar programas integrales de control del gasto y un sistema de *benchmarking*

Las estrategias de eficiencia y reducción de costes están actualmente en la agenda de prioridades de los gestores sanitarios así como de las autoridades sanitarias. La sanidad es muy intensiva en el consumo de recursos, tanto humanos como materiales y tecnológicos, estando las decisiones muy descentralizadas, lo que puede inducir al despilfarro, siendo necesario desarrollar políticas de control y reducción de costes. Estas estrategias cobran aún más importancia en el momento actual, donde el creciente déficit público y la reducción del consumo privado impactan las cuentas de resultados y condicionan la inversión de la medicina pública y privada.

Existen posibilidades de potencial ahorro en el sistema sanitario, pero no habrá forma de avanzar hacia un modelo más eficiente si no se toman medidas drásticas y de reforma del sistema en relación con la coordinación de los servicios, la corresponsabilización de la población con el uso de los mismos, o el incremento de la productividad de los profesionales, entre otras cuestiones. Es necesario establecer mecanismos para reducir el exceso de frecuentación (España es uno de los países del mundo con más frecuentación de consultas médicas) y utilización de servicios sanitarios, aunque ello pueda conllevar, al menos parcialmente, medidas que se creen impopulares.

Figura 5: ¿Cómo influirán cada uno de los siguientes factores en términos de reembolso futuro?



El estudio *You Get What You Pay For*¹⁵, realizado por PricewaterhouseCoopers, presenta la variable del control de costes como el factor que más influirá en las futuras decisiones de reembolso, teniendo en cuenta además que el máximo temor proviene de una población que vive cada vez más años y que consume más servicios a medida que envejece.

La alineación de los sistemas de pago con unos incentivos adecuados parece ser un elemento clave en el control del gasto sanitario. De hecho, según el 84% de los ejecutivos consultados (200 directivos de 20 países) en el informe señalado, la mejora de la calidad de los sistemas de salud requiere mejorar la coordinación de los servicios sanitarios,

que a su vez requiere un esquema de incentivos económicos adecuados.

También las experiencias del NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) británico que, entre otras actuaciones, está evaluando y haciendo recomendaciones sobre tratamientos, fármacos y tecnologías sanitarias, se siguen de cerca por parte de las autoridades sanitarias españolas, en cuanto a que la evaluación económica se puede adoptar como instrumento de ayuda a un gasto más eficiente y basado en la evidencia empírica. Esto constituye un importante reto para la sanidad española de cara a asumir la evaluación económica como un mecanismo para la toma de decisiones.

¹⁵ *You Get What You Pay For: A Global Look at Balancing Demand, Quality, and Efficiency in Healthcare Payment Reform*. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. 2008.

En un sistema descentralizado como el nuestro, son imperativos la descripción de los resultados clínicos obtenidos, el control del gasto y el desarrollo de

sistemas de *benchmarking* entre centros y entre comunidades autónomas, que se publiciten y permitan identificar las mejores prácticas y palancas de calidad

y eficiencia de los servicios sanitarios para mejorar la gestión del sistema sanitario y asegurar la efectividad del gasto.

Implicaciones

- Desarrollo de un modelo de *benchmarking* a nivel nacional, con la colaboración de todas las Comunidades Autónomas.
 - Necesidad de establecer procedimientos estandarizados y transparentes para la realización de
 - Definición de un marco estratégico a nivel nacional para optimizar la eficiencia operativa del sistema sanitario.
- evaluaciones económicas y de calidad de vida, con la implicación de la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias.

6

De paciente sólo demandante a paciente también responsable

Recientemente el consejero de Sanidad y Consumo del País Vasco, Rafael Bengoa, durante la presentación de un modelo sanitario orientado a las enfermedades crónicas, defendía que el modelo asistencial debe evolucionar dotando al paciente de un mayor protagonismo en el cuidado de su enfermedad¹⁶. Efectivamente, el sistema sanitario debe inculcar en la población nuevos valores para lograr su corresponsabilización en la utilización de los servicios sanitarios y en el cuidado de su propia salud. Pero para lograrlo han de ponerse en marcha mecanismos de concienciación y herramientas de autocuidado.

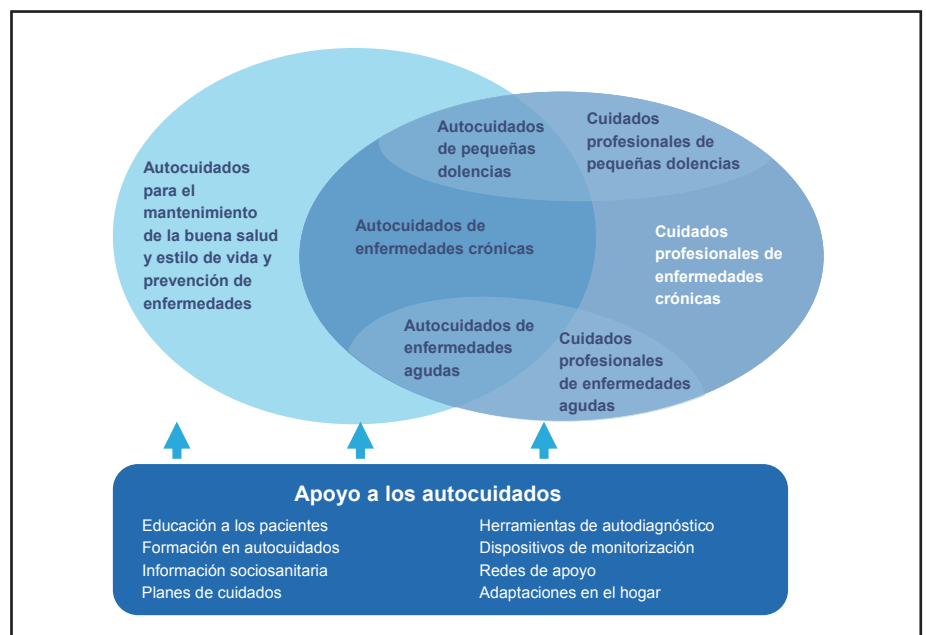
El desarrollo de los autocuidados se está potenciando en los últimos años debido a distintos factores:

- **Clínicos:** el aumento de enfermedades crónicas, que se mantienen durante toda la vida del paciente, implica poner en marcha herramientas de autocuidados que no requieran una presencia continua del profesional y permiten que el paciente maneje su situación de forma más autónoma.
- **Económicos y políticos:** el incremento del gasto sanitario provoca el buscar nuevas alternativas a los tratamientos y cuidados tradicionales con el fin de reducir costes de asistencia por parte de los centros sanitarios.
- **Del paciente:** la población dispone de menor tiempo libre y prefiere evitar las continuas visitas médicas.
- **Tecnológicos:** los autocuidados se apoyan en gran medida en los dispositivos y tecnologías sanitarias, que están evolucionando continuamente y permiten mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

La mayoría de las iniciativas desarrolladas hasta ahora en España han sido aisladas, con la excepción de las campañas de fomento de hábitos

de vida saludable promovidos por grandes instituciones (accidentes de tráfico, tabaco, alimentación, etc.) y nueva normativa, como es el caso de la ley antitabaco. Se han desarrollado iniciativas de educación al paciente como la Universidad de Pacientes, creada por la Universidad Autónoma de Barcelona y la Fundación Biblioteca Josep Laporte; o la Escuela de Pacientes, centrada en las enfermedades crónicas, financiada por la Consejería de Salud de Andalucía y gestionada por la Escuela Andaluza de Salud Pública. En lo relativo a la corresponsabilización del paciente en la

Figura 6: Apoyo de los autocuidados a través del sistema¹⁷



¹⁶ Ponencia del Consejero de Sanidad y Consumo del País Vasco, D. Rafael Bengoa, en el desayuno de trabajo organizado por PricewaterhouseCoopers y Oracle. Hotel Intercontinental. 14 de octubre de 2009.

¹⁷ Wanless, D. Securing good health for the whole population. Final Report. Department of Health. National Health Service. Febrero 2004.

utilización de los servicios sanitarios y en el ámbito de los autocuidados queda mucho por hacer y la atención primaria tiene aquí un papel fundamental.

Algunas iniciativas que van cobrando importancia en el plano internacional son las redes sociales de soporte para las redes de pacientes expertos. Tras una consulta realizada por PricewaterhouseCoopers a 15 expertos en España, la mayoría defendía que este tipo de redes se consolidarían en el periodo 2008-2011. En este contexto tiene un papel relevante el Foro Español de Pacientes, que cuenta con 27 organizaciones, 1.041

asociaciones y 685.276 miembros. Los planes de autocuidados constituyen también importantes herramientas de concienciación y adherencia de la población a tratamientos y promoción de hábitos de vida saludables. Existe hoy una variedad de herramientas, dispositivos, tecnologías y equipos que sirven de apoyo a los autocuidados y que tímidamente se van incorporando a los sistemas sanitarios (servicios de telecuidados).

Un análisis exhaustivo realizado sobre la literatura y experiencias en materia de autocuidados en Europa¹⁸ demuestra que este tipo de estrategias tiene indudables

beneficios, no habiéndose desarrollado hasta el momento estrategias globales por parte de los sistemas sanitarios sino iniciativas aisladas. Según los trabajos revisados en dicho estudio, los autocuidados se incluyen en aproximadamente un 80% de todos los episodios asistenciales y, en promedio, por cada 100 libras que se gastan en estrategias de autocuidados se puede esperar un retorno de 150 libras. En definitiva y, con el fin de avanzar en el desarrollo de los autocuidados, las estrategias deberían incorporar modelos de apoyo, incluyendo medidas de financiación, información, educación y formación, equipamiento y tecnología.

Implicaciones

- Una mayor corresponsabilización del paciente, tanto en el uso de los servicios sanitarios como en el cuidado de su propia salud y adherencia a los tratamientos será una estrategia prioritaria para el control del gasto y la sostenibilidad económica del sistema.
- El incremento regulatorio relativo a estilos de vida podrá también contribuir a reducir el gasto sanitario.
- Las empresas de tecnología sanitaria tendrán un papel cada vez más relevante en el desarrollo de los autocuidados.

¹⁸ Encouraging the people of Europe to practise self care: the primary care perspective. Position Paper 2006. European Forum for Primary Care.

7

Una atención primaria resolutoria, con mayor autonomía de sus profesionales y dotada de una cartera de servicios y tecnologías adecuadas

Transcurridos más de 20 años desde la reforma de la atención primaria y dados los cambios ocurridos en este tiempo tanto de carácter tecnológico y epidemiológico como demográfico, se puede concluir que sus resultados han supuesto un importante salto cualitativo en la atención sanitaria. Sin embargo, este modelo debe evolucionar otorgando a la atención primaria una mayor capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participada y eficiente.

Las estrategias del proyecto AP 21¹⁹, que plantea estos retos, inciden en la necesidad de optimizar la cartera de servicios adecuándola a los cambios demográficos, epidemiológicos, culturales y tecnológicos y favoreciendo la rápida incorporación de las nuevas tecnologías; hacer accesibles las pruebas diagnósticas y de equipamiento básico en este nivel asistencial cuando se demuestren eficientes; abordar las patologías crónicas de forma integral y favorecer la continuidad asistencial; e impulsar la descentralización progresiva de la gestión y recursos de atención primaria otorgando mayor autonomía y capacidad de decisión a sus profesionales.

Los países donde los médicos generalistas proporcionan la más

completa cartera de servicios son aquellos situados en el oeste y noroeste de Europa: Alemania, Austria, Dinamarca, Francia, Irlanda, Islandia, Noruega, Suiza y el Reino Unido. Cinco de estos países tienen *gatekeeping* médicos. Italia y España se encuentran entre los países en los que la atención primaria proporciona un conjunto de servicios relativamente pequeño, como ocurre en los países en transición (República Checa, Polonia y Rumanía)²⁰.

La enorme presión asistencial que soportan los hospitales españoles puede verse aliviada si se dota de una mayor capacidad resolutoria a la atención primaria, poniendo los recursos necesarios para ello siempre bajo el paraguas de la eficiencia. La redefinición de la cartera de servicios, su adecuación a las nuevas necesidades y el acercamiento que suponen los servicios al ciudadano redundan en una mayor satisfacción y comodidad para los ciudadanos. Paralelamente, la incorporación eficiente de tecnologías diagnósticas permite agilizar los procedimientos diagnósticos, evitar desplazamientos innecesarios y derivaciones al especialista y reducir las listas de espera para este tipo de pruebas.

La incorporación de equipamiento para la realización de pruebas diagnósticas en atención primaria ya ha visto el desarrollo de iniciativas. Hace ya cinco

años, el Instituto Catalán de la Salud (ICS) fue pionero en la ampliación de resolución en atención primaria dotando a sus nuevos centros de urgencias (CUAPs) de radiología y laboratorio básico, de ecógrafos a sus programas de atención sexual y reproductiva y de equipos de revisión oftalmológica para el examen en remoto de la retinopatía diabética. La incorporación de ecógrafos en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid es una iniciativa reciente cuyo objetivo es agilizar los tiempos de espera para acceder a una primera prueba diagnóstica y reducir el número de derivaciones a los especialistas. También el Servicio Gallego de Salud ha apostado por un programa de ecografía en atención primaria.

Además de lo anterior, la atención primaria deberá evolucionar para ofrecer nuevos servicios a los pacientes, como la monitorización en remoto o la telemedicina y la ampliación de los servicios de atención domiciliaria. Tendrá un papel prioritario en el ámbito de la prevención, la promoción de la salud y los autocuidados.

Los expertos coinciden en la necesidad de incrementar la capacidad de decisión del profesional de atención primaria, dentro de la organización de su actividad, incluyendo la posibilidad de poder gestionar los recursos necesarios para poder llevarla adelante y asumiendo

¹⁹ Atención Primaria del Siglo XXI: Estrategias de mejora. Ministerio de Sanidad y Política Social. Octubre 2006.

²⁰ Autogestión en la Atención Primaria española. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Grupo de Trabajo sobre Autogestión en Atención Primaria. Documento sin fecha.

riesgos y beneficios. En esta línea, el planteamiento para el desarrollo de un nuevo modelo sanitario en el País Vasco pretende, entre otras características, otorgar mayor autonomía y poder

a los profesionales en el nivel local, “devolviéndoles” la capacidad de decisión. Otras Comunidades Autónomas como Andalucía, Castilla-La Mancha, Madrid o el Principado de Asturias ya

están trabajando o profundizando en modelos de autogestión, unidades de gestión clínica en atención primaria, o corresponsabilización de sus profesionales.

Implicaciones

- Necesidad de analizar la eficiencia de incorporar nuevos servicios a la cartera de atención primaria, incluyendo la valoración de la incorporación de equipamiento para pruebas diagnósticas.
- Avanzar en la descentralización del modelo de atención primaria.
- Evaluar experiencias internacionales de otros modelos.
- Dotar a la atención primaria de los recursos e instrumentos necesarios para mejorar su capacidad resolutoria, adoptar programas de disease management (ver punto 9) para enfermos crónicos y coordinarse de forma eficiente con atención especializada y atención sociosanitaria.

8

Revisar la asignación de recursos para la prevención: más vale prevenir que curar

La prevención de la enfermedad es un concepto muy amplio que abarca infinidad de actuaciones: desde la identificación de riesgos para el ciudadano a través de programas de detección precoz de patologías, estudios genéticos o la identificación de hábitos de vida no saludables en pacientes atendidos, hasta la realización de actuaciones que permitan abordar dichos riesgos o evitarlos (vacunaciones, consejo a pacientes, monitorizaciones periódicas, etc.), así como la prevención de riesgos en el lugar de trabajo, la formación y educación para la salud, las campañas que promueven el Gobierno y las comunidades autónomas, o regulaciones tales como la Ley Antitabaco.

A pesar de los indudables avances en este campo, el esfuerzo preventivo de nuestro SNS es aún insuficiente y requiere desarrollar estudios que demuestren en qué áreas la prevención es más coste-efectiva que no hacerla. El ámbito

que sin duda cobra mayor relevancia y que constituye una de las principales preocupaciones para los gestores y autoridades sanitarias, es el de las enfermedades crónicas, que generan alrededor del 60% de las muertes en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud. Se espera continúe la tendencia de crecimiento de esta “epidemia” en los próximos años. La prevención juega un papel clave en relación con las enfermedades crónicas que suponen la mayor carga de enfermedad a los sistemas sanitarios: muchas de ellas son prevenibles o, con unas adecuadas medidas preventivas (y de promoción de estilos de vida saludables), es posible retrasar su aparición o controlar las complicaciones que generan. El caso de la diabetes tipo 2 constituye un claro ejemplo.

En España, en el año 2007, la población mayor de 65 años suponía el 16,6% y se estima que alcance en el 2020 un 19,20%.

El 88% de los mayores de 65 años tienen una o más patologías crónicas, suponen el 80% de las visitas a atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, y la atención a estas enfermedades representa el 70% del gasto sanitario promedio²¹. Si bien el envejecimiento es el principal factor, la enfermedad crónica no es simplemente una característica de las generaciones mayores: casi la mitad de las personas que fallecen por enfermedades crónicas tienen edades inferiores a los 70 años.

El coste social que genera la carga de enfermedad por enfermedades crónicas es muy elevado. No sólo supone un importante coste clínico o una merma en la calidad de vida de las personas, sino que también impacta negativamente en la productividad del trabajo. Aproximadamente un 2% del gasto en personal se pierde debido a la discapacidad y el absentismo generado por las enfermedades crónicas. La

Figura 7: Carga global de enfermedad para algunas enfermedades crónicas* en población activa por tramos de edad (*cardiovasculares, cáncer, diabetes, respiratorias)

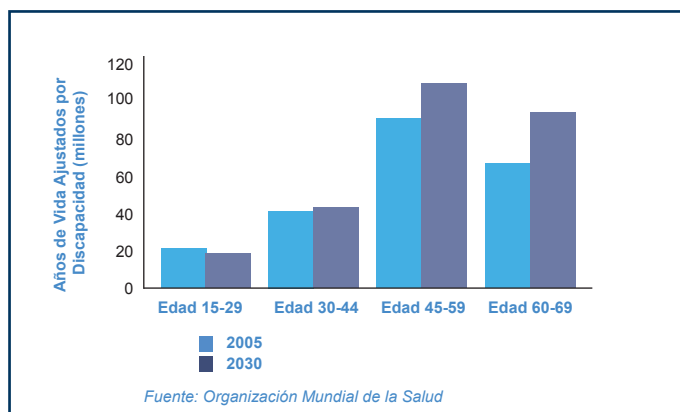
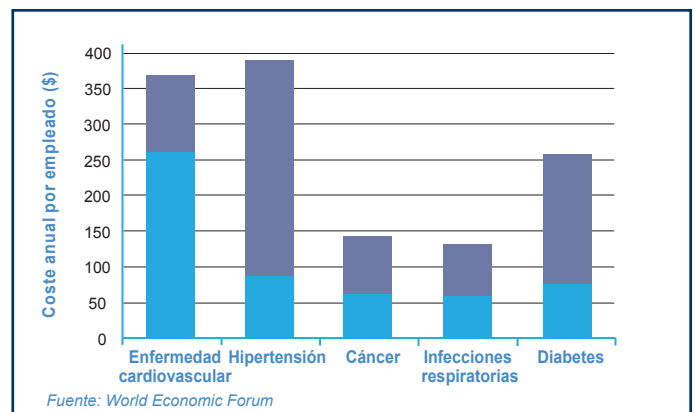


Figura 8: Coste de la enfermedad crónica en la productividad y en el coste sanitario



²¹ Caramés, J. Gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago y Presidente del Comité Organizador del II Congreso Nacional de Enfermedades Crónicas. Artículo publicado en El País, el 24 de abril de 2009. www.elpais.com. Consulta realizada el 10 de enero de 2010.

hipertensión y la diabetes son las enfermedades con mayor impacto en la productividad, mientras que la enfermedad cardiovascular es la más costosa en el tratamiento médico, como recoge la figura 8²².

España es uno de los países de la OCDE que menos invierte prevención sanitaria. Según un informe publicado por este organismo sobre datos de 2005²³, España sólo destinó a prevención y programas de salud pública un 1,4% de su gasto sanitario frente a la media de todos los países, que se situó en un 3,1%. Así, nuestro país se sitúa lejos de otros como Canadá (con un 8,6% del gasto para prevención), Nueva Zelanda (7,4%), México (7,3%) o Estados Unidos (7,1%). En promedio, los países de la OCDE destinan un 3,1% del gasto a la prevención. Muchos líderes y analistas reconocen que la prevención no está adecuadamente financiada, pues defienden que el coste de la enfermedad es muy superior al coste de la prevención.

La prevención en salud está evolucionando, yendo más allá de la intervención puramente sanitaria. En este

contexto, cada vez es más frecuente ver cómo las empresas se preocupan por la salud de sus empleados introduciendo el concepto del *wellness*²³, a través de programas concretos dirigidos a crear concienciación sobre riesgos para la salud o modificar hábitos, entre otros.

Por otra parte, nuevos elementos cambiantes de la medicina van a modificar los modelos actuales de atención, lo que requiere ser abordado y analizado. En el caso que nos ocupa, como es la prevención de la salud, la introducción de la medicina personalizada²⁴ posibilitará anticipar la predisposición de una persona a padecer una enfermedad determinada o a sufrir reacciones adversas a medicamentos, permitirá a los sistemas sanitarios a focalizarse más en la prevención que en la enfermedad y contribuirá a una mayor autonomía y responsabilidad de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud. Supondrá una revolución de la medicina tradicional y requerirá el diseño de nuevas líneas de servicio en torno a la prevención y el *wellness*. Los médicos de atención primaria deberá recibir formación en la ciencia y aplicación clínica

de la genómica y proteómica: médicos acostumbrados a una forma de abordar al paciente diabético pueden tener que conocer una docena de variaciones genéticas de la enfermedad, requiriendo cada una diferentes tratamientos. Deberán ser capaces de interpretar los resultados de los test genéticos y traducirlos en estrategias efectivas de prevención y tratamiento.

En definitiva, cada vez existe una mayor conciencia social sobre la importancia de la prevención de la enfermedad que va más allá del ámbito estrictamente sanitario. Se debe revisar la asignación de recursos a la prevención incentivándola y situándola como verdadera prioridad sanitaria, educando para la salud a todos los niveles, promocionando los hábitos de vida saludables y detectando riesgos y patologías en etapas tempranas. Es necesario crear responsabilidad en el ciudadano y el paciente acerca de su propia salud. Si la medicina tiene que evolucionar hacia una medicina más preventiva que curativa, habrá que realizar reformas en el modelo organizativo y cultural del sistema sanitario.

Implicaciones

- Unos servicios sanitarios orientados a la prevención requerirán mayores recursos y una organización integral de servicios sanitarios.
- Las empresas tendrán cada vez un papel más relevante en la prevención y promoción de la salud. La educación para la salud y una concienciación ciudadana eficaz podrán evitar importantes costes a nuestro sistema sanitario si se toman las medidas necesarias.
- Se deberá poner énfasis en buscar fórmulas para materializar una mayor responsabilidad del paciente, analizando previamente iniciativas internacionales como las que están poniendo en marcha otros países (Reino Unido, Holanda).
- Necesidad de abordar la medicina personalizada como gran impulsora de la estrategia de prevención, analizando sus implicaciones a efectos organizativos, culturales y de coste-efectividad.

²² Working Toward Wellness: accelerating the prevention of chronic disease. World Economic Forum en colaboración con PricewaterhouseCoopers.

²³ Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition.

²⁴ The new science of personalized medicine: Translating the promise into practice. PricewaterhouseCoopers, 2009.

9

El abordaje de las enfermedades crónicas requiere una transformación cultural y organizativa del modelo sanitario actual

La atención a las enfermedades crónicas representa en España el 75 % del gasto sanitario promedio, y el 80 % de las visitas y del gasto farmacéutico están relacionados con estas enfermedades. La gestión de enfermedades crónicas (*Disease Management*) es un enfoque integrado de prestación de servicios en el curso natural de una enfermedad crónica, destinado a gestionar el curso total de la enfermedad -desde el diagnóstico- con coordinación de recursos, a lo largo de continuum asistencial, con el propósito de mejorar el estado de salud del segmento de población afectado por la enfermedad, aumentando la relación coste-efectividad de los tratamientos. Se orienta a mejorar los resultados clínicos, económicos, la calidad de vida y la satisfacción de usuarios y profesionales. Es más que una técnica concreta: es un proceso de transformación estratégica de la organización sanitaria y de la forma de prestar servicios y de obtener resultados.

Los programas de gestión de enfermedades crónicas desarrollan fundamentalmente tres estrategias para conseguir impactar en los resultados clínicos y económicos:

- Mejorar el cumplimiento por los pacientes de las recomendaciones terapéuticas, tanto farmacológicas como no farmacológicas.

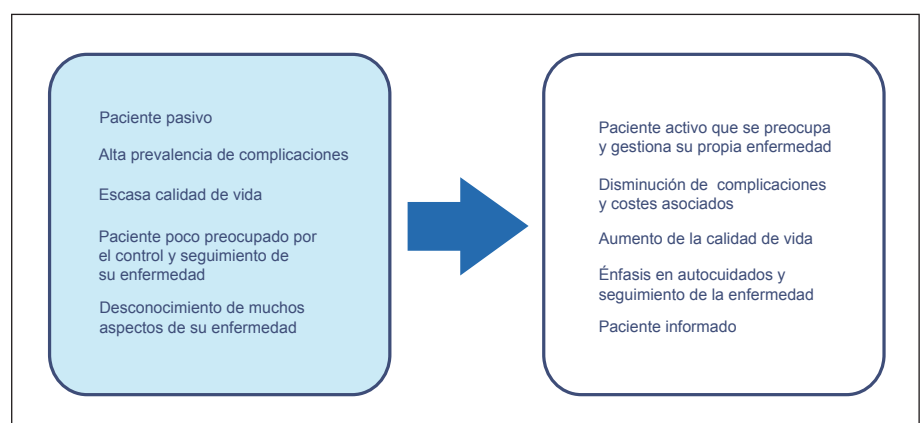
- Mejorar el seguimiento de los profesionales sanitarios de las guías de práctica clínica.
- Monitorizar las intervenciones clínicas antes de llegar a la hospitalización.

En Estados Unidos, *American Healthways* es líder nacional en la provisión de *disease management*, con más de un millón de pacientes en el país. Realiza labores de educación y soporte a pacientes con enfermedades crónicas para lograr que se preocupen y autogestionen su enfermedad. *Kaiser Permanente* creó en 2006 "*Kaiser Permanente Healthy Solutions*", para extender sus programas de *disease management* a nuevos segmentos de mercado. *Medicaid* y *Medicare* han desarrollado programas en varios

Estados, tanto con recursos propios como mediante empresas especializadas en *disease management*. *XL Health* es una compañía proveedora de servicios de *disease management* en Estados Unidos y su actividad se centra fundamentalmente en la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

El programa estadounidense *Evercare* presta servicio a 66.000 personas mayores de alto riesgo y presenta como aspectos clave la estratificación de pacientes por riesgo, la evaluación integral, equipos de trabajo multidisciplinarios, intervenciones basadas en la evidencia, autocuidados y educación, formación a cuidadores, monitorización rigurosa, conexión con los médicos y otros proveedores, utilización de todos los recursos de la comunidad y coordinación de la asistencia desde

Figura 9: ¿Cuál es la situación de partida y la situación deseada?



todos los dispositivos. Una evaluación de este programa por parte del Gobierno evidenció un descenso de los ingresos hospitalarios en un 48-49%, descenso de los días de hospitalización en un 57% y disminución de las visitas a urgencias en un 48-55%.

También es reseñable la asociación nacional Disease Management Association of America (DMAA) que representa a todos los grupos de interés de la atención a las enfermedades crónicas, incluyendo organizaciones de *disease management*, aseguradoras sanitarias, empresarios, laboratorios

farmacéuticos, hospitales, etc. Realiza acciones de estandarización de medidas de resultados, promoción de estándares de calidad para los programas de *disease management* y de coordinación, identifica y comparte mejores prácticas, y realiza diversas actividades de concienciación y promoción del valor de estos programas, entre otras cuestiones.

El Reino Unido cuenta también con importantes experiencias siendo sus referencias *Evercare*, *Kaiser Permanente* y *Pfizer Health Solutions*. Cabe citar como ejemplo la gestión de la diabetes en el *Castlefields Health Centre*, que

cuenta con un equipo multidisciplinar recogiendo el sistema informático los resultados de todo el equipo, educa y realiza recordatorios al paciente así como llamadas proactivas recordatorias.

En España, el nuevo modelo sanitario que está diseñando el gobierno vasco, orientado sobre todo a la gestión de las enfermedades crónicas, puede constituir un referente si se logra llevar a cabo con éxito y con la implicación y cambio cultural que exige a todos los niveles, si bien se tratará de un proceso complejo y de larga duración, y que tendrá que hacer frente a indudables elementos obstaculizadores.

Implicaciones

- Redefinición del modelo de atención a pacientes crónicos, incluyendo el diseño e implantación de procesos asistenciales transversales.
- Unos sistemas de información que permitan disponer de la trazabilidad y resultados de los procesos.
- Replanteamiento del rol de enfermería.

10

¿Sólo queremos como país ser consumidores de tecnología?: incentivos para potenciar la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias en España

Nuestra balanza comercial tecnológico-sanitaria continúa siendo deficitaria y, si bien mejoró en 2008 respecto a 2007, no ha logrado siquiera situarse en los niveles de años anteriores²⁵.

Igualmente el saldo de comercio exterior farmacéutico se ha visto empeorado en los últimos años, como se puede comprobar en la figura 11²⁶.

España, como país, no debe querer ser sólo un mero consumidor de tecnologías, sino que debe aspirar a implicarse y participar en el conjunto de la cadena de valor de las empresas farmacéuticas y de tecnologías médicas, desde la I+D a la producción. Para ello es necesario estimular tanto el desarrollo e internacionalización de las empresas españolas como el que las empresas multinacionales desarrollen en España parte de su cadena de valor (no sólo en producción, sino en la I+D y en colaboración con el sistema sanitario). Es necesario defender a España como país innovador y a la industria de la innovación como ventaja competitiva.

El impulso a la innovación requiere la elaboración de un Plan que fomente la competitividad de la industria de tecnologías sanitarias en España, favoreciendo la modernización del sector y la potenciación de actividades que aportan un mayor valor añadido, en una línea similar a la iniciada a través del Plan Profarma²⁷:

Figura 10: Balanza comercial de tecnología sanitaria

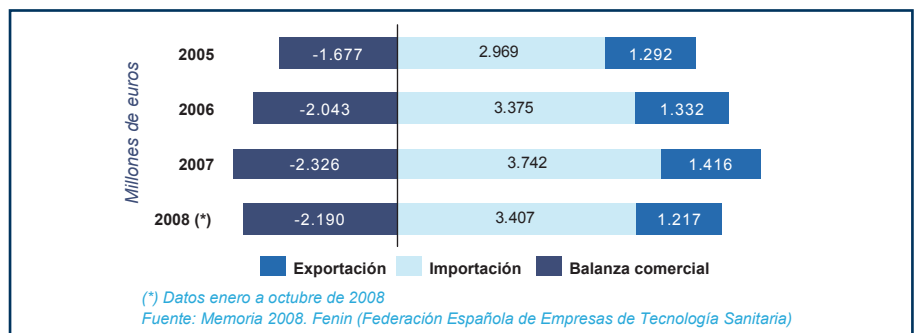


Figura 11: Balanza comercial farmacéutica

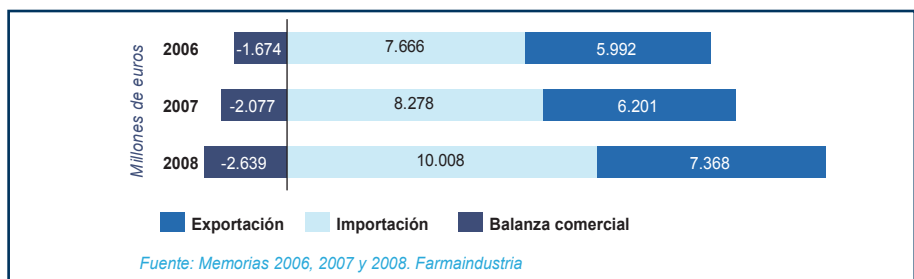
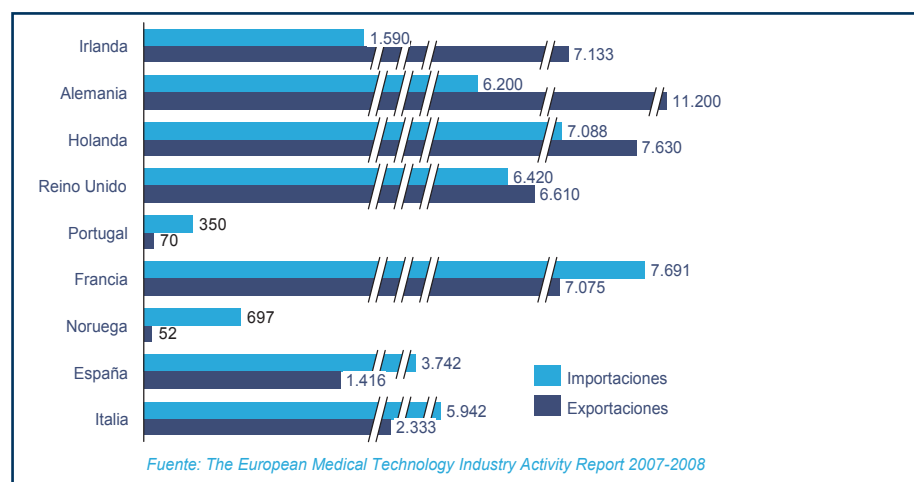


Figura 12: Balanza comercial de tecnologías sanitarias en Europa (año 2007)



²⁵ Memoria 2008. Fenin (Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria).

²⁶ Memorias 2006, 2007 y 2008. Farmaindustria.

²⁷ Resolución de 6 de agosto de 2009, de la Secretaría General de Industria, por la que se establecen las bases reguladoras de PROFARMA (2009-2012): Fomento de la Competitividad en la Industria Farmacéutica. Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Publicado en el B.O.E. el martes 18 de agosto de 2009.

- Favorecer la internacionalización de las *empresas nacionales* mediante la búsqueda de mercados más amplios y centrando la I+D+i en las líneas de mayor valor.
- Aumentar el compromiso de las *empresas multinacionales* en el desarrollo de un tejido industrial en España, invirtiendo en nuestro país y mejorando así la balanza comercial.

Implicaciones

- Creación de un plan de impulso a las industrias farmacéuticas y de tecnologías médicas, tanto a las empresas nacionales como a las actividades en España de las compañías multinacionales.
- Necesidad de avanzar hacia una relación de “alianza estratégica” entre la Administración y la industria sanitaria, potenciándose el “partenariado” público-privado en proyectos de I+D+i.
- Necesidad de trabajar por una mayor agilidad de los procedimientos administrativos relativos a la generación de innovación.
- La incentivación de la innovación podrá atraer la inversión y con ella los profesionales de alta cualificación, así como impulsar la innovación de empresas actuales y la creación de nuevas empresas orientadas a la innovación.

11

La adopción de medicamentos de última generación y alto coste requerirá la co-gestión con el Sistema Nacional de Salud

Los medicamentos innovadores que suponen un coste elevado, como los medicamentos oncológicos, se encuentran en la actualidad con importantes barreras de entrada al mercado español, de índole normativa (criterios restrictivos para la financiación de medicamentos), económica (dualidad entre la autoridad responsable de la decisión de inclusión de medicamentos y el financiador), científico-técnica (tendencia a iniciar la prescripción con medicamentos clásicos, perdiéndose beneficios considerables para la enfermedad) y operativas (mayor complejidad para la incorporación de medicamentos debido a la contención del coste farmacéutico)^{28,29}.

Un estudio realizado por el Instituto Karolinska sueco³⁰, que analizó el acceso de los pacientes a los fármacos contra el cáncer en España, demostró la existencia de grandes diferencias entre comunidades autónomas con respecto al nivel de incorporación y el tiempo que tardan los fármacos antineoplásicos en estar disponibles para los pacientes, y que representan el 6% de las ventas totales de fármacos en España (10.671 millones de euros). Esta problemática obedece fundamentalmente a un esfuerzo por contener los presupuestos y el gasto farmacéutico.

En general, los medicamentos biotecnológicos suponen una creciente cuota del mercado farmacéutico y

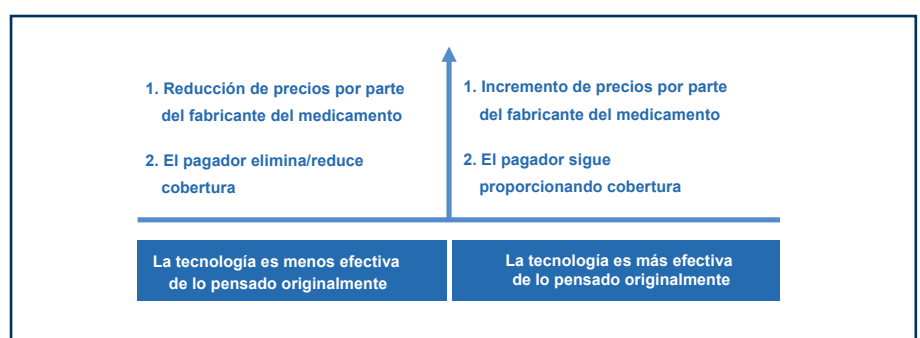
acaparan los proyectos de investigación de las compañías. El que permitan tratar patologías crónicas o para las que no existían respuestas terapéuticas, sus innovadores mecanismos de acción o la percepción de que implicarán un importante impacto presupuestario para las autoridades sanitarias hacen necesario establecer modelos de evaluación económica adecuada³¹ y soluciones para asegurar su rápida incorporación.

En definitiva, uno de los principales retos al que hay que dar respuesta sin demora es que existen alternativas terapéuticas de alto valor para los pacientes, que deben introducirse en nuestro sistema sanitario con equidad para todos los españoles, y que requiere una buena coordinación entre las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad y Política Social para posibilitar la incorporación de los medicamentos de última generación en todo el país. Ello deberá realizarse con criterios de coste-efectividad y cuantificar

el valor de la innovación, que requerirá establecer indicadores y estándares, así como asegurar una alineación adecuada con el precio.

El informe *Pharma 2020: The Vision – Which Path Will You Take?*³² establece la introducción de los contratos de riesgo compartido como uno de los cambios más significativos de la industria farmacéutica en el futuro. Al mismo tiempo que las compañías farmacéuticas tienen que probar que sus productos realmente funcionan y aportan valor, deben ser recompensadas con precios justos para sus nuevos medicamentos y terapias acorde con el nivel de mejora que ofrecen frente a otros fármacos existentes. Los contratos de riesgo compartido serán más habituales y supondrán un mayor ajuste del precio del medicamento a la eficacia demostrada. En esta línea, en algunos países han surgido los contratos de riesgo compartido o *risk-sharing*.

Figura 13: Los contratos de riesgo compartido permiten compartir los resultados entre el pagador y el laboratorio farmacéutico



²⁸ Barreras de acceso al paciente de los fármacos oncológicos. Sociedad Española de Oncología Médica. 2007.

²⁹ Da Vinci, M.J. Oncology Marketing Strategies. Western Europe. 2007.

³⁰ Jönsson, B., Ståginus, U., Wilking, N. Acceso de los pacientes a los fármacos contra el cáncer en España. Revista Española de Economía de la Salud, vol. 6, nº3. Año 2007.

³¹ Badia, X., Polanco, C. Evaluación económica de medicamentos biotecnológicos: retos y oportunidades. Revista Española de Economía de la Salud.

³² Pharma 2020: The Vision – Which Path Will You Take? PricewaterhouseCoopers. 2007.

En las últimas décadas, varios países se han planteado el establecimiento de fórmulas más innovadoras para regular la fijación del precio de los medicamentos y/o su inclusión en reembolso público. En países como Australia, Reino Unido o Canadá, se ha establecido la necesidad de acompañar las solicitudes de precio, de estudios de evaluación económica en los que se analice la eficiencia del nuevo medicamento respecto a las alternativas actuales. Se ha valorado asimismo la conveniencia de fijar un umbral de aceptación o rechazo de esos cocientes de eficiencia. Así el *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* británico constató un umbral de 30.000 libras por año de vida ganado ajustado por calidad (AVAC).

Las tecnologías adecuadas para la aplicación de los contratos de riesgo compartido son aplicables a los medicamentos de alto coste,

generalmente para indicaciones severas, ante la existencia de necesidades no satisfechas o cuando existe un firme compromiso político o de pacientes exigentes demandando el acceso a dicho medicamento.

Podemos citar algunas experiencias internacionales^{33,34}. El producto Velcade de Johnson & Johnson fue inicialmente rechazado por no cumplir la calificación mínima en términos de coste-efectividad por el NICE, ya que superaba el umbral establecido de 30.000 libras por año de vida ganado ajustado por la calidad. Esto provocó una reacción de asociaciones de pacientes y del fabricante, que derivó en una apelación ante la excesiva rigidez del sistema de calificación, especialmente en medicamentos cuyas expectativas eran tan buenas. J&J propuso un contrato de riesgos compartidos que fue aceptado y firmado en junio de 2007. Este acuerdo

implicó unos prerequisites como el posible desembolso por parte de J&J de medicamentos al NHS en caso del que el medicamento no resultase ser efectivo.

La Agencia Italiana del Fármaco (AIFA) negó el reembolso de los medicamentos "Sutent" y "Nexabar" para un amplio rango de pacientes. La estrategia de las empresas Pfizer y Bayer Schering Pharma se basó en percibir solo el precio íntegro del medicamento únicamente en aquellos casos en los que el paciente respondiera positivamente al tratamiento.

El Ministerio de Salud de Ontario presentaba dudas acerca de los beneficios y el uso adecuado del fármaco para el Alzheimer Aricept. Ante este hecho Pfizer negoció que el medicamento sería solo reembolsado íntegramente en aquellos pacientes que superaran el test MMSE (*Mini Mental State Examination*).

Implicaciones

- Necesidad de introducir en España la evaluación económica de tecnologías susceptibles de ser financiadas con fondos públicos.
- Desarrollo de un acuerdo en el seno del Consejo Interterritorial para la adopción de mecanismos de riesgo compartido, incluyendo el desarrollo de criterios y requisitos.

³³ Trueman, P. Novel approaches to reimbursement and coverage: Conditional coverage and risk sharing. The University of York (power point presentation).

³⁴ Pricing and Reimbursement Series: NICE-its impact on the UK healthcare system and beyond. Datamonitor (Estudio de mercado). Septiembre de 2007.

12

Una necesidad: potenciar los esfuerzos en *partnerships* público-privados para la investigación

El impulso a la I+D+i en España es uno de los principales retos a abordar en el corto plazo. Nuestro país se ha caracterizado históricamente por una baja inversión en investigación, si bien en los últimos años se ha potenciado a través de programas nacionales de I+D+i.

No obstante, en España la inversión en I+D+i es aún reducida, en comparación con otros países europeos. La inversión que destinamos a I+D ronda el 1,1 % sobre el PIB, situándose muy lejos de la media europea, que se sitúa en un 2%.

Según las conclusiones del Informe 2006 de la Fundación Conocimiento y Desarrollo (CYD)³⁵, los resultados de la transferencia de tecnología son más favorables cuando las universidades trabajan a petición de las empresas que cuando lo hacen por iniciativa propia. Al igual que en este caso, la investigación

colaborativa público-privada en el entorno sanitario genera un mayor rendimiento, ya que permite potenciar proyectos conjuntos entre centros generadores de conocimiento y la industria sanitaria privada.

Algunas iniciativas de colaboración en España son las enmarcadas en el programa Génit (Consortios Estratégicos Nacionales en Investigación Técnica), cuyo objetivo principal es financiar la cooperación estable público-privada en investigación y desarrollo, en áreas de importancia estratégica para la economía, mediante la creación de consorcios nacionales de investigación técnica. Por citar algunos ejemplos, se pueden nombrar las iniciativas Oncnosis, creada por Ferrer Grupo, Laboratorios Leti y las biotecnológicas Oryzon Genomics y Advancell, miembros del Consorcio CataloniaBio; Nanofarma,

impulsado por PharmaMar y en el que están consorciados Rovi, Faes Farma, Lipotec y Dentrico; o Genius Pharma, impulsado por las farmacéuticas Almirall, Esteve y Uriach.

El establecimiento de redes estables y sostenibles a largo plazo para la investigación, a través de la colaboración público-privada, puede asimismo facilitar el acceso a los programas de investigación más relevantes de la Unión Europea.

La colaboración puede darse en otros muchos ámbitos, pero la esencia de ésta es la creación de modelos de relaciones entre el sector público y el privado, sostenible a largo plazo y que permite equilibrar los objetivos de todas las partes. Ello permite alcanzar objetivos comunes que de forma aislada no pueden conseguirse.

Implicaciones

- Sería deseable elaborar un documento marco a nivel estatal para promover la colaboración público-privada para fortalecer la investigación en materia de sanidad.
- La restricción presupuestaria no debe impedir continuar acelerando la innovación, y la colaboración con la empresa privada es y será, sin duda, un importante valor.

³⁵ Informe CYD 2006. Fundación Conocimiento y Desarrollo. www.fundacioncyd.org

13

Replanteamiento de un modelo de financiación que garantice la suficiencia y la equidad

El modelo de financiación autonómica es una cuestión muy compleja. La fórmula de reparto territorial se ha caracterizado en los últimos años por su carácter no finalista, que presenta, para algunos expertos, al menos tres problemas fundamentales³⁶: 1) una definición arbitraria del concepto de necesidad; 2) la insuficiencia de los mecanismos de nivelación de servicios que garanticen un mínimo de igualdad; y 3) la insuficiencia de los mecanismos diseñados para una coordinación efectiva de políticas sanitarias en el Sistema Nacional de Salud.

El nuevo modelo de financiación, cuya ley ha sido recientemente aprobada³⁷, continúa siendo no finalista en cuanto a sanidad, si bien incorpora algunas mejoras como el aumento de fondos destinados a las comunidades autónomas y una mayor consideración de los criterios poblacionales.

Aunque algunos responsables sanitarios hablan de infrafinanciación del sistema, otros expertos aseguran que la financiación del sistema sanitario en España se corresponde con nuestro nivel de riqueza. Lo que es cierto es que el actual modelo de gestión y el nivel de prestaciones es generador de deuda de forma crónica. Se dice que la deuda actual supera ya los 6.000 millones de euros.

La tensión financiera del sistema sanitario público es cada vez mayor. En las próximas décadas el crecimiento del gasto sanitario vendrá determinado por factores de sobra conocidos: envejecimiento de la población, avances tecnológicos, mayores exigencias de los ciudadanos y pacientes, incremento de precios, mejoras en la calidad de los servicios (accesibilidad, coberturas, tiempos de espera, seguridad),

renovación de infraestructuras sanitarias, mayor utilización de servicios complejos, etc.

Por último, los criterios de asignación de recursos por áreas sanitarias y hospitales deben evitar la financiación basada en históricos, estableciéndose criterios de necesidad y adaptándose a los cambios dentro del área y comunidad.

La Organización Mundial de la Salud realiza una serie de recomendaciones en torno a la financiación del sistema sanitario³⁸: entre ellas, el focalizarse en los resultados del sistema sanitario y las prioridades a abordar; diálogo público; orientación de las reformas de los modelos de financiación a los objetivos estratégicos globales del país; y un modelo que promueva la eficiencia.

Implicaciones

- El actual sistema de financiación está generando fuertes tensiones en las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, lo que obligará a abordar el problema.
- Necesidad de impulsar nuevas y originales formas de colaboración público-privada.

³⁶ Cabasés, JM. La financiación de la sanidad pública. Extraordinario XIV Congreso Derecho y Salud. Vol. 14, marzo 2006.

³⁷ Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias. Publicado en el BOE el 19 de diciembre de 2009.

³⁸ Kutzin, J. Health financing policy: a guide for decision-makers. Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems. World Health Organization. 2008.

14

Ni sólo salario ni pago por actividad: pago a los médicos por desempeño

El pago por performance (*Pay for Performance*), también conocido como P4P, se inició en 1994 en Australia como una nueva forma de pago, extendiéndose posteriormente a Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido, entre otros países. Consiste en un sistema de remuneración a los profesionales médicos en función de su grado de contribución a los resultados que la organización sanitaria persigue, y medido de forma objetiva en función de indicadores que incluyen, como uno de los principales elementos de evaluación, medidas de buena práctica y calidad clínica.

La mayor parte de los planes de P4P ofrecen un programa de incentivos que suponen, al menos, un 10%³⁹ de ganancia potencial a los profesionales que logran los objetivos establecidos. Estos objetivos deberán ser resultado del despliegue de las prioridades estratégicas de la organización sanitaria a los profesionales, conformando un modelo de retribución variable dinámico que evoluciona y se adecua a los nuevos objetivos y retos de mejora del centro u organización sanitaria.

En el *National Health Service* (NHS) del Reino Unido, se introdujo el pago por desempeño en 2004 (con revisiones

en 2006 y 2008) a través de la iniciativa *Quality and Outcomes Framework*, cuyo principal objetivo era el lograr un trabajo más eficiente de los médicos generales. Con estos incentivos, que podían suponer hasta 95.000 euros brutos al año para un centro de salud medio con tres médicos a tiempo completo y unos 5.500 paciente, se tiene que dar respuesta a 150 indicadores de calidad. En total son 81 indicadores clínicos (medidas de la calidad clínica sobre 10 enfermedades crónicas más prevalentes); 56 de organización (registro en el sistema, comunicación con pacientes, educación y formación, gestión de medicamentos,...), 10 de servicios adicionales y 4 de valoración o experiencia del paciente. Este modelo ha demostrado tener indudables ventajas para la atención primaria del NHS y los médicos generales están más satisfechos debido a las mejoras retributivas y disminución de la carga asistencial, ya que la remuneración anual pasó de una media de 58.720 euros a 74.080 euros, disminuyendo la jornada semanal de 44,5 a 40,8 horas^{40,41}.

Existen no obstante algunos riesgos derivados de este modelo de pago: la posibilidad, por parte del médico, de focalizarse en exceso en alcanzar los objetivos de calidad establecidos para determinados procesos perdiendo de vista otros relevantes; falta de equilibrio

Figura 14: La experiencia del NHS en un modelo de pago por desempeño a los médicos de atención primaria



³⁹ Pay for performance's small steps of progress. PricewaterhouseCoopers. 2004.

⁴⁰ Gervás, J., Pérez; M. Pago por desempeño ("pay for performance" [P4P]). AMF 2008; 4(6): 344-352.

⁴¹ Roland, M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care – A Major Experiment in the United Kingdom, 351;14. September 30, 2004.

entre indicadores clínicos (que se deben ceñir a áreas con alto impacto demostrado en la salud general) y otros indicadores no clínicos (como la contención del gasto) que incidan negativamente en la atención; o la excesiva dedicación del médico a la tarea administrativa de cumplimentar los indicadores.

Para paliar esos riesgos, el programa de incentivos debe estar adecuadamente diseñado y asegurar que consigue los resultados deseados, desarrollando evaluaciones periódicas del modelo en función, no sólo de los niveles de calidad o mejoras alcanzadas, sino también de

los posibles fallos que pueda tener a efectos de otros procesos clínicos.

En nuestro sistema sanitario existe un claro potencial de mejora de la productividad de las personas y que, si se lograra, permitiría reducir considerablemente el gasto sanitario o dedicar los recursos a otras necesidades no cubiertas. Sin embargo los sistemas retributivos de los profesionales médicos en las distintas comunidades autónomas no incentivan una mayor actividad. En el sistema público, tanto la cultura del sistema como la actividad sindical predominante, no van en la

línea de facilitar la diferenciación y el reconocimiento individual y colectivo.

En definitiva, lo que persigue un modelo de este tipo es modificar los comportamientos de los profesionales, motivar el cambio cultural y mejorar la calidad de la asistencia, pero con la premisa de que ni un plan de compensación basado en salario fijo ni el basado en actividad incentiva los comportamientos correctos, siendo necesario equilibrar el modelo retributivo general para conseguir una mayor calidad asistencial y eficiencia del sistema sanitario.

Implicaciones

- El modelo retributivo de los profesionales de la sanidad pública, aunque también aplicable y deseable en el sector privado, debe evolucionar hacia un modelo de compensación por desempeño, en cuya determinación se dé participación a los propios profesionales.
- Un sistema de este tipo requiere una transformación cultural importante, tanto en los médicos como en los gestores y las autoridades sanitarias, ya que requerirá cambios normativos, presupuestarios y en el modelo de atención.

15

Cada vez habrá que contar más con las redes sociales en sanidad

El informe “La Sociedad de la Información en España 2009”, reciente publicado por la Fundación Telefónica⁴², evidencia que el acceso a redes sociales es un fenómeno de tal magnitud que España aparece, tras Brasil, como el país del mundo con un mayor porcentaje de internautas activos en redes sociales. Entre los más jóvenes, el aumento en el uso de este tipo de redes se ha incrementado en un 500% en el último año y los internautas ya dedican más del 22,4% de su tiempo en Internet a actividades relacionadas con dichas redes sociales.

Según el citado informe, cada vez son más las personas en España que acceden a Internet para realizar búsquedas sobre salud, en relación, por orden de mayor a menor importancia, con las enfermedades, la nutrición, los medicamentos, la prevención, los servicios de salud pública, los

servicios de salud privada, las medicinas alternativas o el contacto con asociaciones.

Estamos asistiendo a una revolución sin precedentes en relación con el intercambio de conocimientos a través herramientas de Salud 2.0, que emergen como facilitadores clave para que los distintos grupos de interés de la sanidad alcancen una mayor amplitud de objetivos en relación con:

- Cultura en salud: RSS (Really Simple Syndication), *podcasts* (ficheros de audio que se distribuyen por la red), herramientas de búsqueda, información sobre avances y desarrollos, etc.
- Educación médica: desarrollo profesional para los médicos, promoción de la salud.

- Gestión de la enfermedad: herramientas de búsqueda para pacientes.
- Intercambio de información: blogs, información sobre resultados en pacientes, agregadores de información para uso personal e investigación científica.
- Colaboración y práctica: herramientas para médicos y enfermeras de búsqueda de información y toma de decisiones en la práctica diaria, desarrollo e innovación de productos.

Desde el blog *readwriteweb* se realiza un análisis de interés sobre las mejores redes sociales de salud, en relación con lugares donde los afectados de una dolencia determinada pueden organizarse libremente y crear grupos

Figura 14: Ejemplos ilustrativos de redes sociales



⁴² La sociedad de la información en España 2009. Colección Fundación Telefónica. 2009.

de autoayuda, de las que en España se cuenta con muy pocos ejemplos, entre los que destaca Forumclinic, iniciativa que promueven el Hospital Clinic de Barcelona y la Fundación BBVA.

“Comunidad en la red” ha corroborado⁴³ las conclusiones de *readwriteweb*, concluyendo que destacan los sites *Patients like me*, un lugar donde encontrar gente con patologías similares e intercambiar conocimientos; *Sermo*, una red social específica para médicos, donde comparten experiencias, intercambian información y colaboran; *Im too young*

for this, un lugar de autoayuda para jóvenes con cáncer, y seleccionada como una de las mejores webs de 2007 por la revista Times; *Reliefinsite*, que permite el registro de dolores de una persona para su posterior exposición al médico; y *Vitals.com*, que permite evaluar a médicos en base a las opiniones de sus pacientes, así como conocer su formación.

Próximamente se espera la creación de nuevas redes sociales vinculadas al Foro Español de Pacientes y a la Universidad de Pacientes. Ya existen iniciativas en Facebook vinculadas a aquél, que cuenta

además con un canal de TV en grandes plataformas como YouTube. Existen otras muchas redes sociales relacionadas con la salud y otras nuevas emergiendo para dar respuesta a la creciente demanda de los internautas, lo que sin duda tendrá considerables beneficios para el paciente (información, educación para salud, disminución de ansiedad al comunicarse con casos similares), para los propios médicos e incluso para la Administración y las empresas relacionadas con la salud, que pueden crear nuevas herramientas de conocimiento a disposición de los ciudadanos y sus profesionales.

Figura 15: Página principal de Forumclinic



Implicaciones

- Un paciente más informado que generará nuevas expectativas y mayores exigencias.
- Una nueva vía para la educación de la salud y la promoción de hábitos de vida saludables.
- La necesidad de buscar soluciones, por parte de la Administración, para orientar a los usuarios de redes sociales acerca de las de mayor calidad.
- Un facilitador de las relaciones entre profesionales a efectos de intercambio de conocimientos y experiencias.

⁴³ Las mejores redes sociales de salud. Salud 2.0. Comunidad en la Red. www.comunidadenlared.com, 1 de diciembre de 2008.

Contactos

Consultoría Sanidad y Pharma

Ignacio Riesgo
Leader de Sanidad y Pharma
 Tel 915685744
 Móvil: 629 128 658
 E-Mail: ignacio.riesgo@es.pwc.com

Leticia Rodríguez
Directora de Sanidad y Pharma, Centro
 Tel 915685909
 Móvil: 616 765 657
 E-Mail: leticia.rodriguez.vadillo@es.pwc.com

Silvia Ondategui
Directora de Sanidad y Pharma, Cataluña
 Tel 932 532 826
 Móvil: 629 759 649
 E-Mail: silvia.ondategui.parra@es.pwc.com

Rosana Codoñer
Directora de Sanidad y Pharma, Levante
 Tel 963 032 019
 Móvil: 609 010 360
 E-Mail: rosana.codoner.santamans@es.pwc.com

Ana Rodríguez Flores
Senior Manager de Sanidad y Pharma
 Tel 915 684 966
 Móvil: 616 765 749
 E-Mail: ana.rodriguez.flores@es.pwc.com

Óscar Gil
Senior Manager de Sanidad y Pharma, area de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
 Tel 915 684 006
 Móvil: 660 071 449
 E-Mail: oscar.gil.garcia@es.pwc.com

Marta Vila
Senior Manager de Sanidad y Pharma
 Tel 915 685 363
 Móvil: 628 607 40
 E-Mail: marta.vila.ramos@es.pwc.com

Ana González-Estéfani
Senior Manager de Sanidad y Pharma
 Tel 915 685 094
 Móvil: 669 433 474
 E-Mail: ana.gonzalez-estefani.marin@es.pwc.com

Ramón Pérez Valero
Gerente de Sanidad y Pharma
 Tel 915 685 488
 Móvil: 636 428 969
 E-Mail: angel_antonio.perez.valero@es.pwc.com

Borja Sangrador
Gerente de Sanidad y Pharma
 Tel 915 685 133
 Móvil: 608 886 077
 E-Mail: borja.sangrador.juega@es.pwc.com

Silvia Royuela
Gerente de Sanidad y Pharma
 Tel 932 532 862
 Móvil: 699 977 214
 E-Mail: silvia.royuela@es.pwc.com

Susana Serrano
Gerente de Sanidad y Pharma
 Tel 963 032 074
 Móvil: 626 378 638
 E-Mail: susana.serrano.marin@es.pwc.com

Transacciones

Patricio de Antonio
Socio de Financiación de infraestructuras y CPPs
 Tel 915 684 360
 Móvil: 679 186 806
 E-Mail: patricio.de_antonio@es.pwc.com

Íñigo Prior
Director de Financiación de infraestructuras y CPPs
 Tel 915 685 627
 Móvil: 650 413 649
 E-Mail: inigo.prior@es.pwc.com

Germán Cueva
Socio de Estrategia
 Tel 915 684 703
 Móvil: 626 475 408
 E-Mail: german.cueva.perotti@es.pwc.com

Francisco Javier Pérez Gómez
Senior Manager de Transacciones
 Tel 915 684 519
 Móvil: 629 220 588
 E-Mail: francisco_javier.perez.gomez@es.pwc.com

Auditoría

Rafael García Anguita
Socio, Sanidad
 Tel 915 684 268
 Móvil: 609 115 194
 E-Mail: rafael.garciaa@es.pwc.com

Luis Sánchez
Socio, Pharma
 Tel 915 684 735
 Móvil: 609 871 635
 E-Mail: luis.sanchez@es.pwc.com

Legal y Fiscal

José Luis Beotas
Socio
 Tel 915 684 522
 Móvil: 639 120 821
 E-Mail: jose.luis.beotas@es.landwellglobal.com

Rafael Rodríguez
Socio
 Tel 915 684 287
 Móvil: 629 226 629
 E-Mail: rafael.rodriguez.alonso@es.landwellglobal.com



Industrias de Salud en PricewaterhouseCoopers

Las Industrias de Salud de PricewaterhouseCoopers (PwC) prestan servicios como catalizador del cambio y como el asesor líder de las organizaciones a lo largo de todo el continuum asistencial, incluyendo prácticas dirigidas a pagadores, proveedores, implicados en ciencias de la salud, biotecnología/tecnología sanitaria, e industria farmacéutica en los ámbitos público, privado y académico. Aporta un valor diferencial colaborativo, multidisciplinar y multi-industria, ofreciendo PricewaterhouseCoopers una visión global y unas capacidades en todas las industrias sanitarias para ayudar a solucionar el amplio abanico de problemas complejos emergentes a los que las organizaciones sanitarias tienen que hacer frente, liderar la transformación cultural y clínica, y crear un modelo asistencial moderno y sostenible, orientado a la calidad, centrado en el paciente y que posibilita la tecnología.

Nuestros clientes

Los clientes de las Industrias de Salud de PricewaterhouseCoopers en España incluyen a las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, los principales hospitales públicos y privados; las mayores compañías farmacéuticas, las principales compañías aseguradoras e importantes empresas de tecnología sanitaria, entre otros.

Nuestros profesionales

PwC tiene una red de más de 4.000 profesionales en todo el mundo dedicados a las industrias de salud. Estos profesionales incluyen un cuadro de médicos, enfermeras, anteriores proveedores sanitarios, y algunas de las mentes líderes en medicina, ciencia, tecnología de la información, operaciones, administración y política de salud. Estamos reconocidos como el proveedor de consultoría de negocio número uno del mundo y el número tres como proveedor de consultoría de negocio en EEUU por IDC. Forrester nombra a PwC líder de sus Servicios de Consultoría de Riesgos, Q2 2007 y Consultoría de Seguridad Q3 2007 Waves.

Nuestra investigación

El Health Research Institute (HRI) de PricewaterhouseCoopers es un recurso sin precedentes para el *expertise* de la industria de salud. HRI ayuda a los responsables ejecutivos de la toma de decisiones y a los grupos de interés de todo el mundo a dirigir sus retos de negocio más apremiantes, a través de una inteligencia innovadora, perspectiva y análisis de los problemas que afectan a la industria sanitaria. PricewaterhouseCoopers es una de las pocas compañías que cuentan con una unidad de investigación dedicada exclusivamente a la sanidad, que capitaliza una investigación basada en hechos y realiza un intercambio de conocimiento colaborativo dentro de su red profesional, incluyendo la experiencia diaria en la industria sanitaria. Para mayor información sobre PricewaterhouseCoopers en las industrias de salud, visítenos en la web www.pwc.com/healthindustries.

PricewaterhouseCoopers (www.pwc.com) ofrece servicios de auditoría, consultoría y asesoramiento legal y fiscal para dar confianza e incrementar el valor de sus clientes y stakeholders. Más de 163.000 personas en 151 países aúnan sus conocimientos, experiencia y soluciones para aportar nuevos puntos de vista y un asesoramiento práctico.

© 2010 PricewaterhouseCoopers. Todos los derechos reservados. "PricewaterhouseCoopers" se refiere a la red de firmas miembros de PricewaterhouseCoopers International Limited; cada una de las cuales es una entidad legal separada e independiente.