CÍRCULO DE EMPRESARIOS
ideas para crecer

Diez temas candentes de la Sanidad española en 2019

Garantizar la calidad de la asistencia sanitaria ante los desafíos demográficos y tecnológicos

VARGAS, POMÉS & RIESGO
consultores

CÍRCULO DE EMPRESARIOS

Diez temas candentes de la Sanidad española en 2019

VARGAS, POMÉS & RIESGO
consultores

Índice general

Presentación del Presidente del Círculo de Empresarios 11

Presentación de los redactores 13

Introducción 15

Participantes 17

Resumen ejecutivo 19

Los temas candentes 29

1. La experiencia del paciente, más allá de las encuestas de satisfacción 31

2: Las empresas: importantes agentes de cambio y de renovación del sector 45

3. La sanidad privada, un sector en auge, que está para quedarse 61

4: ¿Reformas desde el gobierno o desde el sector? 73

5: Superar una de las consecuencias de la crisis: abordar la obsolescencia del equipamiento, un problema no solo de dinero 87

6: ¿Faltan médicos en España? 99

7. Las terapias innovadoras de alto coste, ¿cómo introducirlas pensando en la sostenibilidad del sistema? 115

8. Atención Primaria: ¿de verdad se asume que es el eje del Sistema Nacional de Salud? 131

9: Los "nuevos entrantes" en sanidad, ¿una amenaza o una oportunidad para los jugadores tradicionales? 151

10: ¿Cómo superar las barreras a los proyectos de cambio? 165

Índice de Tablas 176

Índice de Figuras 178

Patrocinadores y contactos 180

Índice detallado de los diez temas candentes

1. La experiencia del paciente, más allá de las encuestas de satisfacción **31**

El enfoque tradicional de la centralidad del paciente 33

Lo previo, que no siempre se da 34

5 enfoques actualizados 37

¿Algún papel para las asociaciones de pacientes? 42

2. Las empresas: importantes agentesde cambio y de renovación del sector **45**

¿Tienen las grandes empresas más capacidad que los gobiernos? 47

Inteligencia artificial (IA) 48

Big Data 50

Blockchain 51

Telemedicina 51

El reto de la medicina personalizada de precisión 55

Las empresas, elementos clave para una asistencia sanitaria de calidad 59

3. La sanidad privada, un sector en auge, que está para quedarse **61**

La negativa experiencia de la Comunidad Valenciana: el caso Alzira 63

Una bajada del gasto sanitario público y una subida del privado, aunque sin vasos comunicantes 64

El reforzamiento del sector privado en el periodo 2009-2018 65

El aumento de recursos y de actividad 65

El constante crecimiento del seguro de salud privado 67

Una política sanitaria que contemple el conjunto del sector y no solo su parte pública 68

La historia de la concentración del sector privado provisor 69

Retos del sector sanitario privado 70

En resumen, un sector prometedor e imprescindible 71

4. ¿Reformas desde el gobierno o desde el sector? **73**

Que no sea por falta de propuestas 75

Los rankings internacionales, en contra de las reformas 76

El ansiado Pacto de Estado para la Sanidad 76

Reformas desde abajo 76
Cuatro reformas más factibles 78
Y otras tres reformas estructurales más difíciles 81

5. Superar una de las consecuencias de la crisis: abordar la obsolescencia del equipamiento, un problema no solo de dinero 87

La crisis económica y su impacto en el parque tecnológico 89
La situación actual 89
Una conciencia crítica en el sistema 90
El Ministerio de Sanidad no puede ponerse de perfil 90
No solo un tema económico 91
Cuantificación de un posible plan RENOVE 96
Forma de abordar una renovación de la tecnología del Sistema Nacional de Salud 97
Planteamiento de solución 97
Hace falta un cambio cultural 98

6. ¿Faltan médicos en España? 99

Un goteo de noticias sobre la falta de médicos 101
Antecedentes 101
Qué es y qué no es un problema 109
Qué no son soluciones 110
La dificultad de la planificación de los recursos humanos en sanidad 110
Experiencias y recomendaciones internacionales 111
Planteamiento de soluciones 111

7. Las terapias innovadoras de alto coste, ¿cómo introducirlas pensando en la sostenibilidad del sistema? 115

Un problema que no es nuevo 117
Las responsabilidades de la industria farmacéutica innovadora 118
Entorno europeo 119
España en el contexto europeo 120
Nuevos retos 120
Recientes ejemplos en España 123
Una nueva realidad, nuevas incertidumbres, nuevas oportunidades reales 124
Nuevas formas de fijación de precios y reembolsos. Análisis internacional 125

Se ha exagerado la amenaza a la sostenibilidad por parte de la innovación 126
¿Qué pueden hacer las empresas ante esta nueva realidad? 127
Elementos clave del futuro 128
La política ante las terapias de alto coste no agota la política farmacéutica 129

8. Atención Primaria: ¿de verdad se asume que es el eje del Sistema Nacional de Salud? 131

¿Es importante la Atención Primaria? 133
España, en el contexto internacional del desarrollo de la Atención Primaria 134
La Comisión Europea y la Atención Primaria 136
También en Estados Unidos se empieza a dar importancia a la Atención Primaria 136
Un malestar creciente entre los profesionales 137
¿Hay razones para ese malestar? 137
Una catarata de informes 139
En el futuro, ¿más de lo mismo en Atención Primaria? 145
Un debate necesario: el valor en Atención Primaria 146
Superar el desánimo en la Atención Primaria 147
No más comisiones ni informes 147

9. Los "nuevos entrantes" en sanidad, ¿una amenaza o una oportunidad para los jugadores tradicionales? 151

Un sector en crecimiento que atrae "nuevos entrantes" 153
La teoría de Porter en aplicación 153
Tipos de "nuevos entrantes" 155
Recomendaciones a las compañías 162
Los "nuevos entrantes" han venido para quedarse 163

10. ¿Cómo superar las barreras a los proyectos de cambio? 165

La experiencia de los "temas candentes de la Sanidad española" 167
La dificultad de introducir cambios en los sistemas sanitarios 167
Requerimientos 168
Un déficit de nuestro sistema: organismos de soporte del cambio 170
La inaceptable dicotomía "*top-down*" o "*down-up*" 170
Las barreras al cambio en España 170
La actitud contraria a los proyectos de cambio, muy arraigada 174

Presentación del Presidente del Círculo de Empresarios

Entre los principales objetivos del Círculo de Empresarios se encuentra el de analizar los distintos ámbitos de la realidad económica y social de nuestro país y ofrecer ideas y propuestas constructivas en beneficio de la sociedad española en su conjunto. En este sentido, nos ha preocupado desde siempre nuestro Estado de Bienestar, y hacer que éste sea sostenible y responda a las necesidades de nuestros ciudadanos.

La calidad de nuestra Sanidad, como uno de los pilares de ese Estado de Bienestar, es una cuestión capital que el Círculo viene abordando desde sus orígenes. En los últimos años hemos venido dedicando a este tema diversas reflexiones, tanto a través de documentos generales como puedan ser los de análisis de los Presupuestos Generales del Estado que publicamos anualmente, como, más específicamente, mediante documentos en profundidad como los que editamos en los años 2006 y 2012 bajo el título "Un sistema sanitario sostenible I y II", y en los que, como presidente entonces del Grupo de Trabajo de Sanidad del Círculo, tuve oportunidad de participar muy activamente.

En esta ocasión, nuestra inclinación a abrir al debate público cuestiones esenciales para la ciudadanía y hacerlo siempre que sea posible en colaboración con reconocidos expertos sobre la materia, nos ha llevado a participar en la iniciativa de esta publicación que ahora presentamos, junto a los redactores de las anteriores ediciones de los temas candentes de la Sanidad española, agrupados en Vargas, Pomés & Riesgo consultores.

Fruto de esta colaboración es esta nueva edición de los Diez temas candentes de la Sanidad española en 2019, redactado con las aportaciones de un grupo de trabajo de expertos de diversos ámbitos, y con la colaboración del Grupo de Trabajo de Sanidad del Círculo de Empresarios que preside Pedro Nieto y a quien quiero agradecer, junto a VP&R y a los miembros del Grupo, su dedicación y esfuerzo.

El Círculo entiende que una gestión efectiva y eficiente de las vertientes pública y privada del sector sanitario, que representa en torno al 9% de nuestro PIB y en el que la colaboración público-privada resulta esencial, es crítica para el presente y el futuro de nuestra sociedad, en un contexto de cambio tecnológico y demográfico como el que afrontamos. Con las reflexiones recogidas en esta publicación, aspiramos a contribuir al necesario debate público sobre la Sanidad, una de las cuestiones más relevantes de cualquier sociedad avanzada, justa y solidaria.

John de Zulueta
Presidente del Círculo de Empresarios

Presentación de los redactores

Realizamos el informe de los ***Diez temas candentes de la Sanidad*** *española* por sexta vez. Casi un record para cualquier iniciativa en nuestro país.

Como en ediciones anteriores no es una propuesta global sobre el sector, sino la idea es poner el foco en alguno de sus problemas. El no hacer propuestas generales no quiere decir que no partamos de algunos principios muy básicos:

- Defendemos un **sistema sanitario de financiación predominantemente pública y cobertura universal**, un signo de las sociedades europeas desarrolladas, ahora en rápida expansión por tantas partes del globo.

- Somos **muy *business friendly* ante las empresas que actúan en el sector**, ya que partimos de la base de que solo un tejido empresarial sólido en sanidad permite mantener un sistema sanitario innovador.

- Somos muy **abiertos a la colaboración público/privada**. En este sentido no compartimos una cierta actitud entre las Administraciones de estar abiertas a la colaboración público privada solo con las empresas farmacéuticas, de tecnologías médicas o de tecnologías de la información, pero no con los aseguradores y proveedores, a los que a veces se ve como un competidor en un terreno que no les pertenece.

- Por último, queremos **un sistema sanitario abierto a los cambios y las reformas** –tanto en su parte pública como en la privada-, tanto más necesarias por cuanto la sociedad está cambiando y el sistema tiene que adaptarse a esos cambios demográficos, tecnológicos y sociales.

La dificultad de introducir reformas en nuestro sistema sanitario parte, entre otras razones, del hecho de que las transferencias a la totalidad de la comunidades autónomas se hicieron sin fijar previamente una gobernanza general del sistema. Por eso podemos decir que, en gran medida, el sistema vive de rentas, ya que la mayor parte de las reformas (sistema MIR, reforma hospitalaria, reforma de la atención primaria,…) fueron llevadas a cabo hace más de treinta años.

Dicha ausencia de proyectos de cambios *de arriba abajo* es compatible con múltiples valiosas iniciativas *de abajo arriba*, particularmente en el ámbito de la gestión clínica, la medición de resultados y las recomendaciones de no hacer.

Cuando se elaboró este trabajo referido a 2017 estaba en el ambiente un *Pacto de Estado por la Sanidad*. Eso respondía a una preocupación colectiva por la situación del sector y a la demanda de un gran acuerdo para su reforma consensuada. En los dos años transcurridos esa inquietud subsiste, pero se ha alejado la posibilidad de ese gran acuerdo, dada la dificultad para alcanzar otros más urgentes y necesarios. Existe en la actualidad un extendido escepticismo sobre la voluntad y capacidad de las fuerzas políticas para abordar esa tarea.

En el documento referido a 2019, se comparte la misma posición a favor de las reformas del sector.

Por ello, se recogen en este documento varios temas urgentes, comenzando por instar al Gobierno a ser activo en la proposición de reformas y aplicarlas, de acuerdo con las comunidades autónomas.

Para conseguir una agenda de reformas será necesario superar las barreras a los proyectos de cambio, obstaculizados desde el lejano Informe Abril, por posiciones y prejuicios ideológicos arraigados en partes del sector sanitario y de la opinión pública.

Por otro lado el presente documento se hace eco de problemas presentes que nuestro sistema comparte con otros, especialmente en la Unión Europea:

- La redefinición del **papel del paciente** como centro del sistema, su implicación en las decisiones y en los tratamientos, fruto de demandas sociales de servicios personalizados.

- Las nuevas **tecnologías de diagnóstico y tratamiento** y su necesaria introducción en el sistema, a pesar de su coste. Además, en España está pendiente la **renovación de equipos**, afectado por la parálisis de la inversión durante la crisis; hace falta un Plan RENOVE para este refuerzo.

- El peso del **sector privado**, aprovechando su reforzamiento empresarial a través de la inversión extranjera y de su concentración, además de la expansión de las compañías de seguros. Se necesitan órganos institucionales para la mejor coordinación entre la parte pública y la privada de nuestra sanidad. Asimismo el sector público puede beneficiarse del protagonismo de las compañías privadas en la introducción de nuevas tecnologías como la Inteligencia Artificial, el Big Data, la telemedicina y la medicina de precisión.

- **Política de personal** en perspectiva de futuro, en concreto la referida al número, demografía y formación de los **médicos** y su ejercicio, junto a otros profesionales, principalmente la enfermería.

- El nuevo protagonismo para la **Atención Primaria**, sobre la que se han realizado diversos informes recientes con propuestas interesantes para hacerla atractiva para los profesionales y que siga siendo eficaz para los pacientes. La Atención Primaria ha funcionado bien durante la crisis pero sigue condicionada por un cierto hospitalocentrismo, tan arraigado en el sector y no solo en nuestro país.

Estos retos son la base de este documento. Están tratados, como en ediciones anteriores, con un enfoque que tiene en cuenta el gran esfuerzo de nuestros profesionales, especialmente en el reciente decenio de crisis; la labor de las Administraciones Sanitarias en el entorno de indefinición política de los dos últimos años; la inquietud de los pacientes ante la inestabilidad del sector; y, la valoración del impulso del sector privado.

Julián García Vargas
Ignacio Riesgo

Introducción

Los **Diez Temas candentes de la Sanidad española** aparecen por sexta vez. Las cuatro primeras ediciones lo fueron en años consecutivos del 2010 al 2013. Tras un paréntesis de tres años, presentamos en 2017 una nueva edición de los temas candentes. Ésta corresponde a 2019.

El documento mantiene las señas de identidad de los años anteriores y quiere huir de cualquier enfoque sistemático. Naturalmente que hay asuntos importantes que faltan y no se tratan. Lo que pretendemos no es agotar todos los temas, sino poner el foco en algunos considerados candentes para este año, entendiendo por candentes no necesariamente de los que más habla la prensa, sino asuntos de preocupación común en el sector, especialmente si existe alguna ventana de oportunidad para su abordaje.

Manteniendo el enfoque participativo de años anteriores, el pasado 15 de febrero de 2019 se celebró una reunión de expertos y destacadas personalidades del sector sanitario. Las opiniones emitidas fueron muchas, en gran medida coincidentes, y muchas de ellas se utilizaron para redactar el documento.

En un momento donde el bien más valorado es el tiempo, queremos agradecer a todos los participantes la dedicación de casi todo un día a esta reunión.

El **equipo redactor** de este año fue constituido por Julián García Vargas e Ignacio Riesgo, ambos participantes en ediciones anteriores. Por otra parte, como novedad, se llegó a un acuerdo con el prestigioso *think tank* **Círculo de Empresarios** para que auspiciara la iniciativa. Éste ha realizado en el pasado diversas aportaciones sobre esta materia a través de su Grupo de Trabajo sobre Sanidad, y muestra así de nuevo su colaboración y compromiso con el apoyo a la reforma y modernización del sector.

El documento tiene también unos **patrocinadores,** entidades que apoyan el proyecto y se implican en su elaboración en el seno del grupo de trabajo, aunque, generosamente, sin condicionar el resultado del texto final. Dichos patrocinadores son:

- Amgen
- ASISA
- Celgene
- Medtronic
- Novartis
- Siemens Healthcare

Por último, destacar que, de acuerdo con nuestra visión del sector, se han tenido en consideración los problemas de la sanidad en su conjunto, no solo de las Administraciones sanitarias, sino de un amplio espectro de instituciones, asociaciones, empresas privadas y públicas, cuya actuación de forma armónica en el marco de una estrategia global es clave para el cumplimiento de la misión de servicio a los ciudadanos por parte del sistema sanitario.

Participantes

El presente documento es el resultado de las aportaciones realizadas por un grupo de trabajo muy plural. Durante la sesión de trabajo celebrada se recogieron comentarios, puntos de vista, opiniones y datos que han sido claves para la redacción de este documento.

No obstante, precisamente por la pluralidad del panel de expertos, que agrupa a personas de diferentes sensibilidades, queremos hacer constar que probablemente no todos los participantes se sientan identificados con las opiniones vertidas en el documento, con la literalidad del texto final, ni con la elección final de temas identificados como candentes para este año.

Relación de participantes (por orden alfabético del primer apellido):

Nombre	Cargo	Entidad
Miguel Azpeitia	Director de Salud	CASER
José Manuel Baltar	Consejero	Gobierno de Canarias
José Luis Baquero Úbeda	Director	Foro Español de Pacientes
Enrique Castellón	Presidente	Cross Road Biotech
Manuel del Castillo	Director Gerente	Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona
Santiago Cervera	CEO	Healthy Numbers Consulting
Javier Colás	Director de Innovación	Healthcare Institute, ESADE
Luis Cortina Tarrats	Director General	Siemens Healthineers
Jon Darpón	Consejero	Gobierno del País Vasco
Carina Escobar	Presidente	Plataforma de Organizaciones de Pacientes
Tania Furtado	Senior Director	Gilead Sciences
Julián García Vargas	Presidente	VPR Consultores
José Andrés Gómez Cantero	Director General	Clínica Universidad de Navarra
Laura González Molero	Ex – Presidente de Merck, miembro Comisión de Sanidad del Círculo	Círculo de Empresarios
José Andrés Gorricho	Consejero	Keralty
Fina Lladós	Directora General	Amgen Iberia
Jordi Martí Pi-Figueras	Presidente	ASEBIO
Concha Marzo	Head of Corporate Public & Government Affairs	Novartis
Carmen Mateo Alcántara	Presidente	Cariotipo MHS, SL
Regina Múzquiz	Directora General	BioSim
Pedro Nieto	Presidente Comisión de Sanidad	Círculo de Empresarios
Jose María Piqué	Director General	Servei Andorrà d'Atenció Sanitaria
Juan José Polledo	Director General Government Affairs y Market Access	CELGENE
Josep Pomar	Director Gerente	Hospital Son Espases, Palma de Mallorca
Enrique de Porres	Consejero Delegado	ASISA
Ignacio Riesgo	Director	VPR Consultores
Ángel Luis Rodríguez de la Cuerda	Director General	AESEG
Juan Carlos Sánchez Rosado	Health Industry Leader	IBM
Josep Santacréu Bonjoch	Consejero Delegado	DKV
Ignacio Vallejo	Médico de Medicina Interna	Consorcio Sanitario Público del Alfaraje (Hospital San Juan de Dios)
María Vila	Presidente	Medtronic España y Portugal
John de Zulueta	Presidente	Círculo de Empresarios

Tanto desde el equipo redactor como desde el Círculo de Empresarios nos sentimos privilegiados al haber podido contar con un panel de excepción que ha querido compartir con nosotros su amplia experiencia y profundo conocimiento de la sanidad española.

El Grupo de Trabajo de Sanidad del Círculo de Empresarios[1], presidido por **Pedro J. Nieto,** ha participado también activamente con aportaciones y revisión de los textos.

También queremos agradecer a **D. Faustino Blanco,** Secretario General de Sanidad, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, que asistió a la clausura del acto y nos dirigió unas palabras al final de la reunión.

1. Pedro J. Nieto, Daniel de Busturia, Ángeles Delgado, Mónica Deza, Beatriz Faro, Pedro Fernández, Laura González Molero, Pedro J. Jiménez, Lourdes López, Mónica Martínez, Carmen Mateo, Teresa Rasero, María Río, Juan Carlos Sánchez, Josep Santacreu, Gerardo Seeliger, Carlos Trascasa, Salvador Torres, Marcelo Weisz, Alicia Coronil y Alfredo Bonet

Resumen ejecutivo

1. La experiencia del paciente, más allá de las encuestas de satisfacción

No hay centralidad del paciente si no se abordan previamente dos cuestiones básicas de la práctica asistencial:

- Una **dedicación suficiente de los clínicos** (médicos y enfermeras) a escuchar a los pacientes, ya que las consultas precipitadas y sin tiempo, en un contexto de proliferación de la superespecialización y carencia de un referente asistencial, es el gran mal de nuestra medicina.

- La **solución al grave problema de las listas de espera** (atención especializada) **y las demoras** (atención primaria) en nuestro sistema público, que, frente a lo que piensan muchos políticos, no es un tema menor, sino causa de angustias, preocupación, ansiedad, dolor, alteración de planes personales y familiares, evolución de la enfermedad, etc. Poca broma sobre este tema.

Resuelto lo anterior, un enfoque actualizado de la centralidad del paciente a la altura de nuestros tiempos debe incorporar:

- Cambios organizativos, para permitir un acceso *on line* a la historia clínica y la posibilidad de contacto permanente y seguro también *on line* con su clínico de referencia.

- Énfasis en la experiencia del paciente, superando el mero enfoque de las encuestas de satisfacción.

- El impulso a la toma de decisiones compartidas.

- El medir lo que realmente interesa al paciente (en línea con la experiencia ICHOM).

- El implicar a los pacientes en el rediseño de los procesos asistenciales que les afecten.

La orientación real hacia los pacientes será el elemento competitivo y diferencial fundamental de las organizaciones sanitarias.

2. Las empresas: importantes agentes de cambio y de renovación del sector

- Estamos asistiendo en este momento, y no solo en nuestro país, a una cierta parálisis institucional de las entidades públicas. Esto coincide con una mayor protagonismo de las empresas incluso en la resolución de los problemas públicos.

- Esto es también lo que ocurre en sanidad, donde hay elementos clave de su desarrollo que será imposible impulsar sin la colaboración de las empresas privadas, ya que ellas tienen el *know-how*, los equipos, la experiencia y las conexiones internacionales para desarrollar estos importantes proyectos.

- Entre estos proyectos que requieren la colaboración de la empresa privada se encuentran algunos tan importantes para el futuro y la modernización del sistema sanitario como:

- Inteligencia Artificial
- Big Data
- Blockchain
- Telemedicina
- Medicina personalizada de precisión

- La implicación de las empresas solo será realmente efectiva si se desarrollan **Planes Nacionales sobre estas áreas.** La ambición de muchos de estos proyectos requiere Planes Nacionales, coordinados también con iniciativas internacionales, en particular las impulsadas por la Unión Europea.

- Elementos clave de estos planes deben ser la financiación, así como las bases de la colaboración público/privada para su desarrollo.

- No obstante, las empresas deben estar preparadas para realizar su aportación de valor al sector sanitario, incluso en ausencia o debilidad de las iniciativas públicas.

- La Administración, en general, y las Administraciones sanitarias públicas, en particular, deben disponer de un catálogo de las empresas implicadas en estas iniciativas, así como una valoración de sus capacidades, experiencia y apuesta a nivel nacional, para recabar su colaboración de forma coherente y responsable.

3. La sanidad privada, un sector en auge, que está para quedarse

El sector sanitario privado se ha reforzado notablemente en la última década, marcada por un crecimiento notable del número de asegurados, así como por una modernización, mejora y consolidación del sector hospitalario privado.

El sector sanitario privado ya representa un porcentaje significativo del conjunto de la actividad sanitaria.

No obstante, el sector sanitario privado tiene que enfrentarse a importantes retos:

- La ausencia de un interés político por el sector privado y, en consecuencia, de una política sanitaria que tenga en cuenta ambos subsectores, el público y el privado.

- El deterioro de ciertas experiencias positivas de colaboración público/privada, en concreto las concesiones, que está llevando al sector sanitario privado a perder interés en este tipo de iniciativas, algo, creemos nosotros, negativo también para el sector público.

- La continuidad de unas pólizas de seguro a muy bajo precio, tanto más difíciles de mantener por cuanto es más que previsible que el proceso de consolidación del sector hospitalario privado vaya acompañado de un aumento de las tarifas de los proveedores.

- Continuar con la mejora y modernización del sector hospitalario privado.

- Avanzar en el seguro a largo plazo, con compromisos por ambas partes.

El sector sanitario privado es un sector prometedor e imprescindible y, en el panorama sanitario español, está para quedarse.

4. ¿Reformas desde el gobierno o desde el sector?

Es evidente el acuerdo entre todos los expertos y analistas sobre la necesidad de reformas en el Sistema Nacional de Salud y bastante coincidencia sobre su contenido. En ese consenso

aparecen cada vez más activos los profesionales más dinámicos del sector, agrupados en FACME y otras entidades profesionales, impulsoras, entre otras de iniciativas, de la implantación de la gestión clínica.

Aparte de las reformas "desde abajo", fundamentalmente en avances y mejora en la gestión clínica, se hacen necesarias reformas "desde arriba". Entre las más obvias, y en principio de menor dificultad, se encuentran:

- Agencia de Información Sanitaria
- Eficiencia en contrataciones y compras
- Profesionalización de directivos
- Autonomía de los centros

Sin olvidar otras reformas de mayor calado y dificultad, pero absolutamente necesarias:

- Financiación
- El régimen de personal
- El modelo de gobierno del Sistema

Conviene encontrar una coincidencia de actuaciones, en búsqueda de una mayor eficiencia y calidad del sistema, entre las fuerzas profesionales y las gerencias, además de propiciar su colaboración con los responsables políticos partidarios de reformar el Sistema Nacional de Salud. Dada la dificultad para conseguirlo con iniciativas "desde arriba", se trataría de intentarlo en coincidencia con las que parten "desde abajo", aprovechando la credibilidad y prestigio ante la opinión pública, obtenida por el grueso de los profesionales durante los años de crisis.

5. Superar las consecuencias de la crisis: abordar la obsolescencia del equipamiento, un problema no solo de dinero

La grave crisis de obsolescencia del parque tecnológico en el Sistema Nacional de Salud, debe afrontarse de dos maneras, con medidas a corto plazo y a medio-largo plazo:

- **Medidas a corto plazo**
  - Activación de una especie de Plan RENOVE, como el propuesto por FENIN, que permita la recuperación del parque tecnológico del Sistema Nacional de Salud en un plazo de en torno a cuatro años.
- **Medidas a medio-largo plazo**
  - Sacando enseñanzas de la crisis, para avanzar en los criterios de renovación de los equipos de tecnología médica. Esto requerirá:
    - Crear, de forma consensuada entre las Administraciones, sociedades científicas y empresas de tecnología, unos **criterios generales de renovación del parque tecnológico** aprovechando la experiencia previa y los pasos dados por otros países. Solo este abordaje impedirá la repetición de una crisis de obsolescencia tecnológica similar en el futuro ante una determinada evolución no positiva de la economía general.
    - Establecer criterios en la renovación de las tecnologías, sobre todo teniendo en cuenta lo que aporta más valor al paciente.

- Crear en el Ministerio de Sanidad un registro de la tecnología médica funcionante en el parque sanitario español, público y privado, que incorpore la antigüedad de los equipos y otros elementos relevantes para su renovación.

Lo que está claro es que hay que sacar las enseñanzas de la crisis de obsolescencia que estamos sufriendo para sentar las bases para que no se vuelva a repetir.

6. ¿Faltan médicos en España?

La proliferación de noticias sobre escasez de médicos en determinados territorios o especialidades, o las dificultades ocasionales de contratación de médicos por algunas empresas, puede hacer pensar que en España hay una escasez de médicos que se arreglaría con más médicos y, por lo tanto, subiendo el "numerus clausus" en medicina.

Sin embargo, pensamos que este no es el problema ni la solución, ya que España está por encima de la media de la OCDE en cuanto a ratios de médicos por 1.000 habitantes.

Los problemas son más complejos y tienen que ver con la organización y política de recursos humanos en sanidad. Desde esta perspectiva, creemos que habría que abordar los siguientes problemas:

- El disponer de una planificación de las necesidades médicas por especialidades a 15-20 años.

- Adaptar la oferta de plazas de estudiantes de medicina y de plazas de formación MIR a esa planificación.

- Acabar con la disparidad entre egresados de las Facultades y plazas de MIR, lo que nos llevaría a contar con una bolsa de médicos sin la formación adecuada.

- Abordar la precarización del empleo médico y bajo nivel retributivo de los médicos.

- Diseñar incentivos para que los médicos quieran irse y permanecer en determinadas áreas, que pudieran considerarse no atractivas por alguna circunstancia.

- Dimensionar y analizar las causas del éxodo de médicos en España, buscando las soluciones adecuadas a ese problema, que nos convierte en exportadores de talento médico.

- Dar solución a la avalancha de jubilaciones médicas que se avecinan en el Sistema Nacional de Salud.

- Abordar el problema del *burnout* médico.

- Todos los anteriores planteamientos deben realizarse con la corrección al alza de la ratio de enfermeras/población en España, hasta acercarnos a la media de la OCDE, lo cual requerirá una redefinición de las funciones profesionales.

La definición de una correcta política en este tema es básico, ya que la primera fuente de calidad y eficiencia del sistema es que el médico se sienta responsable ante el enfermo y el sistema y apoyado por el sistema. Por otra parte, la relación médico-enfermo es clave para el funcionamiento humanizado y eficaz de cualquier sistema sanitario.

En sanidad, tan importante como la centralidad del paciente es la centralidad de los profesionales. En otras palabras, no puede haber centralidad del paciente si no hay también una centralidad de los profesionales, muy particularmente de los médicos y de las enfermeras.

7. Las terapias innovadoras de alto coste, ¿cómo introducirlas pensando en la sostenibilidad del sistema?

Los medicamentos han realizado una aportación fundamental y lo van a seguir haciendo a los grandes retos y a los grandes avances en salud de la humanidad, previniendo, sanando y paliando, junto con otros factores de civilización.

El sector se basa en la I+D como elemento vital. Y ello requiere mucho esfuerzo y mucha ambición y una enorme movilización de recursos humanos, materiales y, por supuesto, financieros.

Los ciudadanos, que en nuestro entorno cultural y político siguen siendo los decisores más o menos informados, demandan más salud, más calidad de vida, más cuidados, menos sufrimiento, menos dependencia y lo consideran además de un sentimiento, un derecho.

Son los Estados, al margen de sus estructuras y entramados institucionales, los que se hacen en gran parte responsables de estas demandas y ponen a su servicio grandes presupuestos.

Ese mismo Estado también investiga, también ordena y también interviene regulando y fijando precios y algo tan importante como la financiación de los nuevos medicamentos aprobados de forma cada vez más centralizada por las instituciones europeas especializadas.

Los gobiernos y agencias públicas en relación con la política farmacéutica tendrán que flexibilizar sus culturas administrativas de gestión y compatibilizándolas con la debida rendición de cuentas, que puede exigir menos cortoplacismo y más valentía, compatible con la debida seguridad y transparencia en el uso de recursos colectivos.

Los avances y las respuestas a los retos en salud en los últimos años van a más velocidad que las respuestas de los gobiernos en su tarea reguladora que también tropieza con la dificultad de equilibrar ingresos y gastos.

Estamos por tanto ante un desequilibrio, ante un reto, que precisa adaptar el comportamiento de todos los agentes. No cabe renunciar a proseguir el progreso que demandan los ciudadanos, ese vector ascendente que ha traído hasta aquí a la humanidad.

Las empresas tendrán que ajustar sus estrategias de inversión-beneficio en nuevas temporalidades, y ello afectará a precios y retornos pactados en nuevos espacios de evaluación precisa y en resultados ciertos en salud.

En este contexto, lejos de una fijación de precio indefinida, como se hacía antes, cada vez las empresas y las Administraciones tendrán que acostumbrarse a los siguientes enfoques:

- Medición del valor aportado por el medicamento, con la metodología por la que se opte. Demostración continua del valor clínico y económico
- Descuentos o primas por resultados
- Compromisos precio-volumen
- Precios distintos por indicación/combinación
- Riesgos compartidos
- Programas de cuidados y servicios
- Revisiones periódicas bien evaluadas
- Compromisos de continuidad investigadora

- Consorcios de I+D público privados

Y todo ello con más transparencia y sin renunciar a que esa innovación llegue cuanto antes y de forma equitativa a los ciudadanos en un sistema equilibrado pactado y, por supuesto, sostenible. Es un reto por su dimensión y singularidades, pero ni nuevo, ni al que la sociedad quiera, ni pueda renunciar.

8. Atención Primaria: ¿de verdad se asume que es el eje del Sistema Nacional de Salud?

Está generalmente admitido que la Atención Primaria produce mejores resultados en salud, con costes más bajos, ya que:

- Disminuyen las hospitalizaciones innecesarias
- Mejora la salud de la población
- Favorece menos desigualdades socio-económicas en salud
- Menor crecimiento de los gastos sanitarios

La fortaleza de la Atención Primaria, algo que se puede medir en base a indicadores, varía mucho entre países. España es uno de los países con un alto desarrollo de la Atención Primaria.

En los últimos años hemos vivido en España la expresión de un alto descontento entre los profesionales de la Atención Primaria (manifestaciones, dimisiones, huelgas, etc.).

Las razones de este malestar tienen que ver con la financiación de la Atención Primaria, la precariedad laboral, el nivel retributivo, la insuficiente planificación sanitaria sobre las necesidades de profesionales en Atención Primaria, las demoras para los pacientes y la sobrecarga asistencial.

En los últimos tiempos hemos asistido a una catarata de informes sobre Atención Primaria: **Atención Primaria del Siglo XXI, AP 21,** 2006; **Decálogo de Objetivos del Foro de Médicos de Atención Primaria,** 2015; **La Atención Primaria de Salud en España en 2025, AP 25,** 2017 y 2019; **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria,** 2019; y, **respuesta del Foro de Médicos de Atención Primaria al anterior Marco estratégico, proponiendo 30 medidas.**

Nos parecen temas sustanciales:

- La voluntad política de impulsar el desarrollo de la Atención Primaria, como una pieza clave del sistema
- La medición del valor aportado en la Atención Primaria

Seguramente ya no hacen falta más informes ni comisiones, sino abordar con decisión los problemas identificados:

- Poner el foco en la identificación del valor aportado por la Atención Primaria
- Redefinir el rol de la Atención Primaria y de los Centros de Salud, con énfasis en su papel en la patología aguda más frecuente, así como en el seguimiento y control de la mayor parte de la patología crónica
- Aumentar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria
- Reducir las actividades que no aportan valor
- Presencia de la Atención Primaria en el ámbito comunitario

- Potenciar los sistemas de información, incluyendo la transformación digital de la Atención Primaria

- Hacer más atractiva la Atención Primaria para los profesionales

- Difundir el valor de la Atención Primaria entre la población, incluyendo la necesidad de educar a los ciudadanos para que no acudan a unas consultas sobrecargadas por problemas banales (énfasis en los autocuidados) y adquieran un compromiso con el mantenimiento de su propia salud

- Más recursos financieros

- Cuantificar y cubrir las necesidades de personal médico

- Aumentar el número de enfermeras y redefinir las funciones de cada profesional

- Fijar un nuevo modelo de relación con la atención hospitalaria y los servicios sociales

- Profundizar en las nuevas formas de gestión, que refuercen la autonomía profesional

La percepción general es que el voluntarismo de los profesionales, que ha venido manteniendo la Atención Primaria a lo largo de todos estos años, ya no es suficiente.

Las manifestaciones de conflictividad de la Atención Primaria de los últimos años han tenido al menos la virtualidad de activar reacciones políticas de interés, tanto desde el Ministerio de Sanidad, como, sobre todo, desde las comunidades autónomas.

Relevante el papel desarrollado por el **Foro de Médicos de Atención Primaria.**

9. Los "nuevos entrantes" en sanidad, ¿una amenaza o una oportunidad para los jugadores tradicionales?

El modelo de negocio de los jugadores tradicionales en sanidad no va a permanecer inalterado, sino será radicalmente influido por la presencia de "nuevos entrantes" en el sector.

Hay cuatro tipos de "nuevos entrantes":

- **Empresas no sanitarias**, que se acercan al mundo de la salud, como Walmart, por ejemplo.

- **Empresas sanitarias que cambian su orientación de mercado,** como la red de farmacias americanas CVS, con su iniciativa MinuteClinic.

- **Empresas nativas en internet,** que nacen desde el primer momento como empresas de la salud, como el gran número de empresas para dar servicios de visitas virtuales en sanidad.

- **Las grandes plataformas** (Tencent, Alibaba, Google, Apple, Amazon,…) cada vez más presentes en sanidad, aunque con distintas estrategias.

Todo parece indicar que, en particular, las grandes plataformas cada vez tendrán más presencia en sanidad. Como ha sido señalado, el sector sanitario es un mundo lleno de ineficiencias y despilfarro, y donde hay una gran oportunidad para las plataformas.

En general a los "nuevos entrantes" les interesa asociarse con operadores tradicionales con prestigio y reconocimiento en el sector, dando confianza a los distintos agentes que operan en él, incluidos los pacientes y los gobiernos.

Por su parte, los operadores tradicionales deben considerar si les interesa asociarse con alguno de estos "nuevos entrantes", valorando los riesgos y oportunidades. Esto es una decisión estratégica que debe ser tomada con sumo cuidado.

10. ¿Cómo superar las barreras a los proyectos de cambio?

La simple propuesta de mejoras o elaboración de informes no es garantía de implantación de ciertos cambios en los sistemas sanitario.

Esto es debido a que los sistemas sanitarios son organizaciones muy complejas, donde los cambios son difíciles y muchas veces esta dificultad lleva a la inercia.

Se han identificado determinados impulsores así como obstáculos al cambio.

Determinadas organizaciones sanitarias, como el *National Health Service* británico, han diseñado un modelo de cambio y puesto en marcha organismos para su impulso.

En España, donde las propuestas e informes no escasean, carecemos sin embargo de organizaciones de soporte y ayuda al cambio.

La dificultad de las iniciativas "de arriba abajo" no debe llevar a fiar todo el cambio exclusivamente a las "de abajo arriba", que sin embargo son también necesarias. Solo pueden impulsarse ciertos cambios con acciones "desde arriba". Hay que impulsar estas acciones "de arriba abajo" con un modelo maduro de gestión del cambio, garantizando la implicación y participación de los actores fundamentales.

En este sentido, las barreras para el cambio identificadas son:

- Barreras sociales
- Barreras ideológicas
- Barreras corporativas
- Barreras sindicales

Pero, insistimos, la simple identificación de las barreras no garantiza su neutralización. El Sistema Nacional de Salud debe impulsar organismos de ayuda al cambio, que trabajen sobre una metodología del cambio y los requisitos mínimos que todo cambio conlleva.

Los temas candentes

La experiencia del paciente, más allá de las encuestas de satisfacción

1

La centralidad del paciente es lo que más deben cuidar las organizaciones de servicios sanitarios.

El acceso a la información y la posibilidad de contacto continuo con un profesional sanitario; el énfasis en el análisis de la experiencia del paciente; la toma de decisiones clínicas compartidas; la preocupación por lo que realmente aporta valor a cada paciente de acuerdo con su condición clínica; y, la implicación de los pacientes en el diseño de ciertos procesos, son elementos de un planteamiento actualizado de centralidad del paciente.

El enfoque tradicional de la centralidad del paciente

No hay institución sanitaria que no diga que para ellas el paciente está en el centro. El problema es cuando se les pregunta qué entienden por centralidad del paciente, qué políticas impulsan para garantizar esa centralidad y cómo la miden. Ahí, como diría la Biblia, empieza el llanto y el crujir.

En muchos centros sanitarios se identifica la centralidad del paciente con el resultado de las encuestas de satisfacción. El problema es que estas encuestas suelen ofrecer siempre resultados muy positivos, lo que nos indica que algo deben no detectar.

También se asocia esa centralidad con determinadas políticas relacionadas con temas del entorno o no directamente asistenciales: la limpieza de las instalaciones, el disponer de un mobiliario y una decoración acogedora o la posibilidad de elegir menú en caso de ingreso.

En algunos casos se hace énfasis en grandes declaraciones, como la Carta de Derechos y Deberes, dando por hecho que su sola aprobación cambia algo en la relación de los pacientes con las instituciones sanitarias y sus profesionales.

Otros relacionan esa centralidad con la existencia de un Servicio de Atención al Paciente, encargado en gran medida de canalizar las reclamaciones y de dar solución a problemas inmediatos, generalmente de logística o información.

No estamos infravalorando lo anterior, ¿quién va a dudar de la importancia de la limpieza del entorno, o que el Servicio de Atención al Paciente no cumple un rol relevante o que es importante tener una Declaración de Derechos y Deberes de los pacientes?

Pero nos parece que, cuando se habla de centralidad del paciente, esta aproximación por sí sola no es suficiente.

Explicaremos lo que nos parecen cuestiones previas a cualquier planteamiento sobre centralidad del paciente, luego hablaremos de determinados aspectos de refuerzo de esa centralidad desde la perspectiva del siglo XXI.

Lo previo, que no siempre se da

"Dale un vistazo y pídele un TAC"

Un buena conversación con el paciente y dedicarle el tiempo que sea necesario por parte del clínico, sea médico o enfermera, es, hoy en día, un bien escaso y no frecuente y, desde nuestro punto de vista, un pre-requisito para cualquier planteamiento de centralidad del paciente. Es lo contrario a la práctica, que hoy en día puede observarse, de "dale un vistazo y pídele un TAC".

Ya puede estar la habitación limpia, el Servicio de Atención al Paciente con funcionamiento impecable, la posibilidad de elegir un menú establecida, que si no se garantiza la dedicación de tiempo del profesional, no hay centralidad del paciente que valga.

En un libro reciente de Eric Topol[2], se hace una crítica del sistema de salud americano, lleno de errores médicos, despilfarro e insatisfacción de los pacientes. Analizando lo que había cambiado en la medicina americana en estos últimos cuarenta años, uno de los cambios es la dedicación del médico al paciente en las consultas, según podemos ver en la **Tabla 1.**

Tabla 1: Tiempo médico dedicado a las consultas en USA en 1975 y ahora

Fuente: Eric Topol, Deep Medicine, 2019.

	1975	Ahora
Primeras consultas	60 minutos	12 minutos
Revisiones	30 minutos	7 minutos

Esta situación no ha sido denunciada solamente por Eric Topol. En un artículo de Robert Kaplan[3], *Adding value by talking more*, se insiste en que el tiempo de los médicos, a pesar de ser caro, es más barato que los tratamientos, las pruebas y las hospitalizaciones que se producen en exceso por culpa de no haber hablado lo suficiente con los pacientes y, todavía más, si nos ceñimos a los pacientes crónicos, se ha demostrado que el solo hecho de sentirse escuchados mejora su adherencia a los tratamientos y, por tanto, la efectividad clínica.

Una buena y detenida conversación con el paciente, un bien hoy en día escaso y necesario

Se ha publicado que los médicos tardan de media 11 segundos en interrumpir al paciente cuando éstos están narrando su caso[4]. No tiene nada de extraño que en el 37% de las visitas, los médicos no se acaban enterando del auténtico motivo que ha llevado al paciente a su consulta[5]

La tecnificación de la medicina y la fragmentación de las especialidades médicas ha contribuido a una cierta medicina despersonalizada, donde falta un abordaje individual de cada paciente.

Este es un tema previo y un pre-requisito para cualquier planteamiento que haga énfasis en la centralidad del paciente.

Las listas de espera son importantes

¿Cómo se puede hablar de centralidad del paciente, si se tardan tres meses para ver a un especialista o seis meses para ser intervenido?[6] Incluso puede haber una correcta higiene de la habitación o recibir una carta de derechos que, en esas circunstancias, no hay centralidad del paciente que valga.

2. Topol, E Deep Medicine, How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. Basic Books, 2019
3. Kaplan, RS, Haas, DA, Warsh, J, Adding value by Talking More. New Engl J Med November 17, 2016
4. Ospina, NS et al, Eliciting the Patient's Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. Journal of General Internal Medicine, vol, 34, January 2019
5. Wen, L, Kososwky, J, When Doctors Don't Listen. St. Martin Press, 2013
*6. En sanidad se suele utilizar la denominación de **listas de espera** para hospitales y atención especializada (listas de espera para intervenciones quirúrgicas, para consultas de especialistas o para pruebas o tratamientos especiales). En Atención Primaria suele utilizarse el término **demoras**, cuando se tarda más de 48 horas en ver en consulta a un profesional de Atención Primaria, según los criterios de triaje que se establezcan*

Sin embargo, esto no es una situación excepcional. Es casi lo habitual en el sistema sanitario público español. Según los últimos datos oficiales[7] las listas de espera para intervenciones quirúrgicas y para primera consulta se representan en las **Tablas 2 y 3:**

	Más de 6 meses	Espera media
Espera quirúrgica	12,2%	93 días

Tabla 2: Espera quirúrgica

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018.

	Más de 60 días	Espera media
Primera consulta	37,4%	57 días

Tabla 3: Espera consultas

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018.

Los políticos en general han reaccionado de tres formas a este grave problema:

a) **Minusvalorándolo.** Diciendo que las listas de espera son consustanciales a los sistema públicos y que en el Reino Unido las listas son mayores (lo segundo suele ser cierto). En general, tienden a considerar a las listas de espera más un asunto que puede ser utilizado por la oposición política que un problema sanitario real. Una variante de este mismo enfoque, del que también hay ejemplos, es utilizar las listas de espera desde el Gobierno.

b) **Resistiéndose a introducir programas internos de abordaje de estas listas.** Algunas de estas soluciones se han desacreditado con la denominación de "peonadas" y muchas veces se prefiere no abordar cambios ante los posibles abusos y las denuncias que pueden generar. Tampoco se ha avanzado mucho en lo que puede ser parte de la solución: ***cribar las listas de espera por trascendencia y no por simple antigüedad, así como revisar las indicaciones de inclusión en lista de espera***.

c) **Evitando la concertación con el sistema privado,** no vaya a ser que se les acuse de "privatizadores".

Lo cierto es que, ante estas dificultades, se ve como políticamente menos arriesgado no hacer nada que coger el toro por los cuernos y tratar de solucionar el problema.

Aunque hasta ahora se había aceptado sin más que efectivamente las listas de espera eran consustanciales con los sistemas públicos de acceso universal, lo cierto es que los análisis del *Health Consumer Powerhouse*[8], demuestran que en Europa, aunque todos los países tienen sistemas públicos universales, hay algunos con listas de espera y otros que no las tienen, tal y como se representa en la **Figura 1:**

Se ha infravalorado políticamente el grave problema de las listas de espera

7. Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud, situación a 30 de junio, 2018
8. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018

Figura 1: Territorios con y sin listas de espera en Europa (azules, con listas; verdes, sin listas)

Fuente: Health Consumer Powerhouse, 2018 (Modificado)

Esta situación que no identifica necesariamente listas de espera con sistemas públicos universales, debe hacernos plantear qué elementos de nuestro sistema podrían modificarse, con el fin de evitar esta grave lacra. Parte de las soluciones pueden ir en la línea que se presenta en la **Tabla 4:**

Tabla 4: Planteamiento de soluciones a las listas de espera

Fuente: Elaboración propia

- **Organizar y diseñar los dispositivos para una mayor capacidad de resolución de cada nivel asistencial** y así evitar derivaciones e indicaciones no adecuadas.
- **Otorgar mayor autonomía a las enfermeras especializadas** para resolver parte de los problemas de salud que son derivados a las consultas médicas.
- **Gestión inteligente de las listas de espera** priorizando en función de la gravedad de la patología o el potencial impacto en el paciente y no tanto por el orden de acceso a la lista.
- Si es necesario, **concertación con el sistema privado,** ya que el sistema público no tiene un monopolio sobre los pacientes. En este contexto, no parecen que hayan tenido mucho éxito y cálida recepción por parte de las autoridades sanitarias la propuesta de la Fundación IDIS realizada en 2018 de oferta de un plan para abordar una solución al problema de las listas de espera.

No es un problema fácil, pero no abordarlo o considerarlo como no relevante es la peor de las opciones.

5 enfoques actualizados

Lo anterior, una dedicación profesional suficiente y una accesibilidad al sistema no obstaculizado por dilatadas listas de espera o demoras, son pre-requisitos para el impulso de una política de centralidad del paciente.

Resuelto lo anterior, es un decir, nos parece que hay cinco enfoques a la altura del siglo XXI para avanzar en esta centralidad.

Consideraciones organizativas generales

Dentro de este apartado lo fundamental es dar acceso a los pacientes a su información clínica y a un contacto con sus profesionales[9].

Esto consiste en la facilitación del acceso a los pacientes a un portal de salud, que tenga al menos tres funcionalidades (ver **Tabla 5**):

Se dice fácil, pero no lo es. Poner en marcha lo anterior requiere gran esfuerzo de gestión y profundos cambios de nuestras organizaciones sanitarias.

La posibilidad de un contacto permanente con su profesional de referencia, un tema clave

- Posibilidad de uso de e-mail seguro entre los pacientes y sus profesionales de referencia, médicos o enfermeros
- Gestión de citaciones de visitas y acceso
- Acceso de cada paciente a su propia historia clínica

Tabla 5: Funcionalidades mínimas de un portal de salud

Fuente: Varela, J, 2016

Énfasis en la experiencia del paciente

El concepto experiencia del paciente va más allá de las manidas encuestas de satisfacción del paciente. Consiste básicamente en ver el sistema desde los ojos y con las preocupaciones de un paciente. En 1988 el ***Picker Institute***[10] acuñó el término de ***atención centrada en el paciente*** y definió los ocho principios que deben mejorar la calidad asistencial desde la perspectiva de los pacientes, que, resumidamente, se presentan en la **Tabla 6:**

1. Respeto por los valores, las preferencias y las necesidades de los pacientes
2. Recibir los servicios de manera coordinada e integrada
3. Disponer de información relevante de manera clara y comprensible
4. Conseguir la máxima calidad de vida posible, con especial atención al alivio del dolor
5. Disponer de apoyo emocional para afrontar el miedo y la ansiedad
6. Implicar familiares y amigos en el proceso del paciente en la medida que él lo crea oportuno
7. Recibir atención continuada independientemente del punto de atención
8. Obtener la máxima accesibilidad posible a los servicios prescritos

Tabla 6: Principios de la atención centrada en el paciente (Instituto Picker)

Fuente: Instituto Picker, 1988

9. Varela, J Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad. Medicina Clínica 146 (3): 133-137, 2016
10. http://www.ipfcc.org/resources/picker-institute.html, consultado 11 julio, 2019

La preocupación por la experiencia del paciente, una necesidad

Esta preocupación por la experiencia del paciente es una necesidad, ya que los profesionales están hoy focalizados en ámbitos tan especializados de la salud que a menudo están pasando por alto el hecho más simple de todos: que sus pacientes están sufriendo más de la cuenta, y este sufrimiento va más allá del dolor. Incluye miedo, incerteza, ansiedad, confusión, desconfianza y espera, factores que desafortunadamente están muy presentes en nuestro sistema.

La tendencia a la superespecialización ha hecho crecer exponencialmente el número de profesionales involucrados en cada caso clínico, y ello genera un despiste y pérdida de referencias por parte del paciente, que muchas veces recibe mensajes contradictorios o no totalmente alineados. Los pacientes esperan que los profesionales trabajen coordinados y den respuesta a sus miedos e inquietudes. Quieren una relación de confianza mutua con sus médicos y las organizaciones dónde trabajan.

En Estados Unidos, a través de la encuesta HCAHPS[11] se analiza la correlación de distintos elementos con la satisfacción de los pacientes hospitalizados. Curiosamente, en estos casos la comunicación con las enfermeras se valora más que la comunicación con los médicos. Estos son los resultados del orden de valoración para la satisfacción global[12], **Tabla 7**:

Tabla 7: Criterios de satisfacción de los pacientes hospitalizados (HCAHPS)

Fuente: HCAHPS, 2013

1. Comunicación con las enfermeras
2. Gestión del dolor
3. Rapidez de la asistencia
4. Explicación de la medicación administrada
5. Comunicación con los médicos
6. Limpieza de la habitación y el baño
7. Plan de alta
8. Nivel de ruido por la noche

Una institución que consideró la experiencia del paciente como un elemento central de su estrategia es la *Cleveland Clinic*. Allí se creó la ***Oficina de Experiencia del Paciente,*** con un equipo de 112 personas y un presupuesto anual de 9,2 millones de dólares. Esta oficina ha liderado diferentes acciones:

- Lo primero, difundir la encuesta de satisfacción, tanto del conjunto de la Clínica como de cada una de las unidades individuales.

- Hacer de cada empleado un cuidador, involucrando a los 43 mil empleados, en grupos de 8-10 personas, conectando a médicos, enfermeras y administrativos, en un ejercicio de análisis de casos para reflexionar sobre cómo actuar poniendo al paciente en primer lugar.

- Poner en marcha las *hourly rounds (rondas horarias)* por 90 días, iniciativa que consiste en que las enfermeras vean a los pacientes ingresados cada hora y les realicen 5 preguntas: ¿Necesita algo?, ¿Tiene algún tipo de dolor?, ¿Quiere cambiar de posición?, ¿Necesita que le acerque sus objetos personales?, ¿Necesita ir al servicio? Este proceso se llevó a cabo con 4.000 pacientes y los resultados fueron sorprendentes

11. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, https://www.hcahpsonline.org, consultado 11 julio, 2019
12. Manary, MP et al, The Patient Experience and Health Outcomes NEJM 368:3, January 17, 2013

- Desarrollar videos para sensibilizar, dentro de las acciones formativas, a los trabajadores de la Clínica y transmitir la prioridad estratégica

Cleveland Clinic ha pasado de resultados mediocres en las evaluaciones de satisfacción de los pacientes a ocupar una de las primeras posiciones en el ranking de hospitales americanos, y las acciones realizadas han contribuido también a mejorar la calidad, la seguridad y la eficiencia[13].

No cabe duda de que la preocupación por la experiencia del paciente será un elemento central de diferenciación de las instituciones sanitarias en los próximos años. Será menos relevante disponer del último aparato o equipo avanzado, el enfoque y los resultados con la "experiencia del paciente" será la ventaja competitiva fundamental.

La toma de decisiones compartidas

Esta es posiblemente una de las tendencias de más calado y de más poder transformador en el sistema sanitario. El paciente deja de tener un rol pasivo para adaptar un papel mucho más activo[14].

Este rol activo se expresa de dos maneras. En primer lugar, el paciente adopta el rol de un cliente exigente, consciente y celoso de sus derechos[15] Pero, lo que es más importante, se implica en la toma de decisiones clínicas. **Ya no será el médico el único decisor de lo que hay qué hacer a un paciente,** sino que las preferencias del paciente, sus opciones personales, sus valores, sus propias decisiones entran en la ecuación de lo que se le hace y de lo que no se le hace. Un gran cambio cultural en la práctica médica. No olvidemos que Hipócrates, el padre de la medicina técnica, es también el defensor del paternalismo médico[16], que ha impregnado la práctica de la medicina desde su fundación.

El fundamento de la toma de decisiones compartidas es que aunque en algunos casos hay evidencia de una mejor opción, en la mayoría de las situaciones no hay una única opción dominante. En estos casos, la toma de decisiones requiere compensación entre beneficios y problemas, y con frecuencia requiere tratar con la incertidumbre debido a la evidencia limitada.

En definitiva, **una buena práctica médica no está solo fundamentada en buenos diagnósticos clínicos, sino también en diagnosticar las preferencias de los pacientes.** Hay suficiente evidencia de que las preferencias del paciente son tanto o más relevantes que el diagnóstico clínico. El médico está muy entrenado para afinar en el diagnóstico clínico, pero no tanto en identificar y diagnosticar las preferencias del paciente.

La toma de decisiones clínicas compartida, lo contrario del médico como único decisor

El modelo de toma de decisiones compartidas pone en cuestión las guías clínicas tradicionales, repletas de recomendaciones fuertes y que excluyen las preferencias de los pacientes individuales. La mayoría de las guías de práctica clínica ignoran los valores y las preferencias de los pacientes y no aportan una información equilibrada de los beneficios y perjuicios de las propuestas diagnósticas y terapéuticas. Casi todas las guías de práctica clínica dicen qué hay que hacer, en lugar de dar elementos para analizar y discutir las opciones de los tratamientos.

Las guías, como vemos, pueden reforzar actitudes autocráticas, y lo que ahora conviene, en cambio, es disponer de más capacitación profesional para que los médicos sepan captar qué cosas preocupan de verdad a los pacientes y, en función de esto, ver cómo pueden proponer, de manera comprensible, las opciones diagnós-

13. P Merlino, JI, Raman, A Health care's service fanatics. Harv Bus Rev 2013; 91:108-16
14. Elwin, G et al, Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Int Med (2012), 27 (10): 1361-7
15. El paciente, sin embargo, no es un simple consumidor, que puede "comprar" cualquier servicio. Lo que solicita un paciente debe plantearlo en diálogo con el profesional sanitario
16. Topol, E, The Patient Will See You Now. Basic Books, 2016

ticas y terapéuticas. Más formación médica en entrevista motivacional y en diálogos de decisión clínica compartida, con la elaboración de materiales de ayuda a las decisiones (*decision aids*), será la estrategia básica del enfoque de toma de decisiones clínicas compartidas. Estos materiales de ayuda toman distintas formas, como folletos, presentaciones de audio o video o materiales interactivos en la web. Los clínicos deberían ser capaces de solicitar estas ayudas al diagnóstico a través de la historia clínica electrónica.

Como todo cambio cultural importante, esto no se introducirá sin esfuerzo, sin planes generales y sin apoyo institucional. En este sentido hay que resaltar el programa *MAGIC (Making Good Decisions in Collaboration)* del National Health Service británico[17] o el programa del *Massachusetts General Hospital*[18] desde 2005, el cual, ya en 2016, había conseguido una expansión notable de las decisiones compartidas en la práctica clínica de su institución.

La preocupación por lo que realmente aporta valor

La esencia de la asistencia sanitaria basada en el valor (*value-based health care*) es que el valor en sanidad es el valor para el paciente, de acuerdo con la conocida fórmula de Michael Porter representada en la **Figura 2**[19]:

Figura 2: El valor en sanidad

Fuente: Porter, 2010

$$\text{Valor} = \frac{\text{Resultados para el paciente}}{\text{Coste}}$$

El valor para los pacientes depende de su condición clínica

Si aumentamos los costes sin mejorar el resultado, disminuimos el valor. Pero el objetivo real es el valor, no el coste. No tiene sentido ahorrar dinero empeorando los resultados.

No hay valores para los pacientes en abstracto. El valor para los pacientes depende de la condición clínica. No valora de la misma forma el operado de una prótesis de rodilla que la paciente de un cáncer de mama. Otra observación relevante es que tenemos una carencia de medición de elementos de valor para los pacientes en las diferentes condiciones clínicas.

Como decimos, hay una ausencia crítica de resultados para los pacientes. El sistema mide intervenciones y utiliza cantidad de indicadores –presión sanguínea, colesterol, recuentos de células sanguíneas, etc.- que están en el núcleo del trabajo médico. Pero estos indicadores son oscuros para los pacientes, cuya principal preocupación son los resultados tangibles. Aparte de la mortalidad, que se mide ampliamente, pocas organizaciones sanitarias en el mundo siguen los resultados que realmente importan a los pacientes.

Hay que medir resultados que importen a los pacientes para cada una de las condiciones clínicas. El problema es que hay pocos estándares internacionales que recomienden qué hay que medir y cómo seguirlo sistemáticamente.

El *ICHOM, International Consortium for Health Outcomes Measurement,*[20] es un consorcio internacional que se ocupa en definir lo que es el valor para los pacientes en la mayoría de las condiciones clínicas. Todo ello con una

17. The Health Foundation. The MAGIC programme evaluation April, 2013
18. Sepucha, KR, Ten Years, Forty Decision Aids, and Thousands of Patient Uses: Shared Decision Making At Massachusets General Hospital. Health Affairs, 35 (4), April 2016
19. Porter, ME, What is Value in Healthcare. N Engl J Med (2010), 363: 2477-2481
20. https://www.ichom.org, consultado el 11 de julio, 2019

perspectiva global. El punto de partida es que lo que es bueno en Nueva Delhi, lo es también en Nueva York, Valladolid o Rabat. El reconocido experto Michael Porter es uno de los líderes del ICHOM.

Lo que interesa a un paciente de cáncer de próstata no invasivo no son los estados de los análisis de orina o sangre o los hallazgos radiológicos, sino elementos que afectan a su vida y que se presentan en la **Tabla 8:**

Supervivencia y control de la enfermedad	• Recurrencia bioquímica • Metástasis • Supervivencia relacionada con la enfermedad • Supervivencia total
Complicaciones agudas	• Complicaciones quirúrgicas mayores • Complicaciones radioterápicas mayores
Estado de salud	• Incontinencia urinaria • Obstrucción urinaria frecuente / irritación • Irritación intestinal • Disfunción sexual • Vitalidad

Tabla 8: Elementos de valor para el paciente con cáncer de próstata no invasivo

Fuente: ICHOM, 2018

La implicación de los pacientes

Todo para el pueblo, pero sin el pueblo. Este era el lema de los absolutistas ilustrados del siglo XVIII y así ha actuado la medicina hasta hace poco. Se diseñaba todo, en teoría, en relación con los intereses y lo mejor para el paciente, pero sin tomarse la molestia de preguntarles o implicarles en ese diseño. Esto está cambiando.

La tendencia es a implicar a los pacientes en el diseño de los procesos, atendiendo a sus intereses y criterios. Esto es lo que está haciendo, por ejemplo, el *Karolinska University Hospital* (Estocolmo, Suecia), en el que se abordó un ambicioso proyecto de reorganización con unidades multidisciplinares basadas en las trayectorias clínicas, creando unidades directivas de cada una de esas unidades, con participación de pacientes.

Lo mismo está ocurriendo en otros muchos lugares, por ejemplo en el *Hospital Valle de Hebrón*, de Barcelona, en el que, con la metodología del pensamiento de diseñador *(design thinking)* se han organizado grupos en los que han participado clínicos, pacientes, familiares, trabajadores sociales y representantes de los pacientes, con el objetivo de definir juntos indicadores relevantes en un conjunto de enfermedades seleccionadas.

Hay que implicar a los pacientes en el diseño de ciertos procesos que les afectan

¿Algún papel para las asociaciones de pacientes?

El panorama asociativo en España está dominado por asociaciones especializadas de pacientes y familiares, en general ligadas a una patología concreta (alergias, Alzheimer, cáncer, celiacos, daño cerebral, diabéticos, enfermedades mentales, enfermedades raras, hepatitis C, ictus, Parkinson, esclerosis múltiple, enfermos renales, fibrosis quística, etc.). En total existen 1.836 asociaciones de pacientes, la mayoría de ámbito regional[21]. Ver **Figura 3:**

Figura 3: Portada de la web del mapa de asociaciones de pacientes

Fuente: Somos pacientes, 2019

Sin desmerecer el valioso esfuerzo de las organizaciones de pacientes especializadas ligadas a una enfermedad, el sistema sanitario necesita también la voz de los pacientes a nivel general, que transmitan al sistema sanitario sus inquietudes y problemas en relación con su funcionamiento. En definitiva, que en los diseños organizativos y planes de actuación se incorpore no sólo la voz de los profesionales, sino también la sensibilidad de los pacientes.

Esto es lo que tratan de hacer las asociaciones generales de pacientes, como la **Plataforma de Organizaciones de Pacientes,** el **Foro Español de Pacientes** o la **Alianza General de Pacientes,** que aportan su visión y sus demandas.

21. Somos pacientes, Accesible en: https://www.somospacientes.com/mapa-de-asociaciones/, consultado 22 septiembre, 2019

Implicaciones

No hay centralidad del paciente si no se abordan previamente dos cuestiones básicas de la práctica asistencial:

- Una **dedicación suficiente de los clínicos** (médicos y enfermeras) a escuchar a los pacientes, ya que las consultas precipitadas y sin tiempo, en un contexto de proliferación de la superespecialización y carencia de un referente asistencial es el gran mal de nuestra medicina.
- La **solución al grave problema de las listas de espera** (atención especializada) **y las demoras** (atención primaria) en nuestro sistema público, que, frente a lo que piensan muchos políticos, no es un tema menor, sino causa de angustias, preocupación, ansiedad, dolor, alteración de planes personales y familiares, evolución de la enfermedad, etc. Poca broma sobre este tema.

Resuelto lo anterior, un enfoque actualizado de la centralidad del paciente a la altura de nuestros tiempos debe incorporar:

- Cambios organizativos, para permitir un acceso *on line* a la historia clínica y la posibilidad de contacto permanente y seguro también *on line* con su clínico de referencia.
- Énfasis en la experiencia del paciente, superando el mero enfoque de las encuestas de satisfacción.
- El impulso a la toma de decisiones compartidas.
- El medir lo que realmente interesa al paciente (en línea con la experiencia ICHOM).
- El implicar a los pacientes en el rediseño de los procesos asistenciales que les afecten.

La orientación real hacia los pacientes será el elemento competitivo y diferencial fundamental de las organizaciones sanitarias.

Las empresas: importantes agentes de cambio y de renovación del sector

2

Hay elementos de modernización del sistema sanitario que no pueden abordarse sin la colaboración activa de algunas empresas, que puedan aportar *know-how*, equipos y experiencias internacionales para desarrollar ciertos proyectos.

Las Administraciones Públicas deben ser conscientes de esta realidad y apoyarse en empresas relevantes, indispensables para que el sector sanitario responda adecuadamente a los importantes retos a los que se enfrenta.

¿Tienen las grandes empresas más capacidad que los gobiernos?

En un momento en el que la acción de los gobiernos está reduciéndose, debido a la polarización creciente de la política, la incapacidad de llegar a acuerdos y a la parálisis legislativa, fenómenos no exclusivos de España sino casi universales, parece que el poder y la capacidad de iniciativa de las empresas está creciendo, según se sugiere en un reciente artículo[22], cuya portada se reproduce en la **Figura 4:**

Figura 4: Portada del artículo *Are multinationals eclipsing Nations-States?*

Fuente: Project Syndicate, 1 febrero, 2019

Esto afecta a los grandes retos –incluyendo ciberseguridad, cambio climático, inmigración, etc.- donde las naciones-estado, e incluso los grandes bloques, son incapaces de dar una respuesta adecuada. En este contexto, ¿las empresas pueden ser la solución o son parte del problema?

Hay muchos ejemplos de empresas multinacionales que se implican en la resolución de problema públicos. Por ejemplo, recientemente Microsoft invirtió 500 millones de dólares para aumentar la oferta de residencias en Seattle a precio razonable[23]. En el acuerdo del Foro de Paz de París de noviembre de 2018 Microsoft,

22. Marcuzzi, S, Terzi, A, Are Multinationals Eclipsing Nation-States?, Project Syndicate, Feb 1, 2019
23. S Weise, K, Microsft Pledges $ 500 Million for Affordable Housing in Seattle Area, The New York Times, Jan 16, 2019

Google, Facebook y otros gigantes se reunieron con 50 gobiernos para firmar un acuerdo de ciberseguridad multilateral[24].

Es en este contexto en el que contemplamos el papel de las empresas y de la empresa privada en general en el sector sanitario. Frente a algunos retos (la incorporación de la inteligencia artificial, el impulso de la medicina personalizada de precisión, las posibilidades abiertas por el blockchain, etc.) el papel de los gobiernos nacionales – mucho menos de los autonómicos- es insuficiente.

Para abordar algunos retos es necesaria la colaboración de las empresas

Esto no quiere decir que el rol del Estado sea irrelevante: regulador, financiador, interacción con el sistema público, articulador de voluntades colectivas,… **Lo que queremos decir es que para el abordaje de ciertos proyectos en sanidad, es imprescindible el entendimiento y la implicación activa de la empresa privada en general.**

Queremos hacer mención a solo unas pocas áreas de las múltiples en las que la empresa privada puede ser relevante en los avances sanitarios y donde el progreso sería imposible sin la activa participación de las empresas privadas, que debe ser reconocido, estimulado y facilitado.

- Inteligencia artificial
- Big Data
- *Blockchain*
- Telemedicina
- Medicina personalizada de precisión

Inteligencia artificial (IA)

El sector sanitario se caracteriza por la generación de datos en cantidades masivas, de fuentes variadas, como imagen médica de alta resolución, biosensores, secuenciación del genoma e historia clínica electrónica. Se han excedido con creces los límites al análisis de esos datos por humanos, necesitándose la ayuda de máquinas. Sin embargo, la integración de la inteligencia artificial (IA) en medicina está solo empezando.

El potencial de la IA en sanidad ha sido objeto de análisis por parte del prestigioso cardiólogo y publicista sanitario, Eric Topol, tanto en un artículo como en un reciente libro[25,26].

La utilidad de la Inteligencia Artificial en medicina

La utilidad de la IA en medicina se resume en la **Tabla 9:**

Tabla 9: Utilidad de la IA en medicina

Fuente: Topol, 2019

Utilidad de la Inteligencia Artificial en medicina
• Para la práctica clínica • Para la gestión de los sistemas sanitarios • Para los pacientes • Para el avance del conocimiento

Inteligencia artificial para clínicos

Casi cada tipo de médico, desde los especialistas a los médicos de atención primaria, estarán utilizando IA, y en particular *deep learning* en el futuro. Eso significa el uso de redes neuronales profundas (DNNs) que pueden ayudar a interpretar scanners, imágenes de anatomía patológica, lesiones cutáneas, imágenes retinianas, electrocardiogramas, endoscopia y sig-

24. https://parispeaceforum.org/about/, consultado 11 julio, 2019
25. Topol, EJ, High-Performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. Nature Medicine, vol 25, January 2019, 44-56
26. Topol, E, Deep Medicine: how Artificial Intelligence can make Healthcare human again. Basic Books, New York, 2019

nos vitales. La interpretación mediante la red neuronal puede ser comparada con las valoraciones realizadas directamente por los propios clínicos.

Inteligencia artificial y sistemas sanitarios

Son múltiples las aplicaciones de la inteligencia artificial para la organización de los sistemas sanitarios.

Entre otras, con los sensores "vestibles" que pueden monitorizar todo tipo de signos vitales, existe el potencial de prevenir que un gran número de pacientes sean hospitalizados en el futuro. Asimismo, con el soporte a los clínicos, existe el potencial de reducir el personal para muchos trabajos administrativos (codificación, facturas, citaciones, etc.)

Inteligencia artificial y pacientes

La utilización de algoritmos para facilitar que el ciudadano tome la atención a la salud en sus manos, ha sido algo que ha tardado en llegar, pero con el desarrollo de la inteligencia artificial esto será cada vez más posible. La cantidad de relojes inteligentes con funcionalidades de salud, algunas aprobadas por la *Food and Drug Administration* (FDA), la agencia norteamericana que regula los medicamentos y dispositivos médicos[27], va en esa línea.

Inteligencia artificial y análisis de datos

Un gran reto ha sido el análisis de los datos genómicos. Se han desarrollado algoritmos para analizar o clasificar secuencias patogénicas del genoma, mutaciones del cáncer, interacciones entre genes, datos de secuenciación del RNA, interacción de proteínas, el microbioma, etc.

Limitaciones y retos

A pesar de todas las promesas de la tecnología de IA, hay todavía formidables obstáculos y peligros. ***El estado de la hiperventa de la IA ha ido por delante del desarrollo de la ciencia, especialmente en lo que se refiere a su validación en un entorno clínico***. Por ejemplo, la utilización en oncología en gran número de hospitales en todo el mundo, ha permitido ver que muchas de las recomendaciones de tratamiento se han mostrado erróneas. Por otra parte, mientras que el impacto de un error médico individual es limitado, el potencial riesgo de iatrogenia de un algoritmo es mucho mayor. Por eso ***el desarrollo de algoritmos seguros de IA en medicina requiere simulación amplia, validación y escrutinio prospectivo***.

La narrativa de la IA en medicina está empezando, pero es algo que ha venido para quedarse.

Recomendaciones de la Unión Europea

La Comisión Europea ha publicado recientemente dos declaraciones sobre inteligencia artificial. En la primera[28] propone reforzar la ayuda financiera y fomentar la adopción de la inteligencia artificial por los sectores público y privado, respaldando el desarrollo de la IA en sectores clave como la sanidad.

En la segunda declaración[29] se habla de maximizar las inversiones a través de asociaciones, ya que Europa en comparación con otras partes del mundo, como los Estados Unidos y China, tiene un nivel de inversión en IA escasa. Los Estados miembros como muy tarde a mediados de 2019 deberán contar con sus propias estrategias. Asimismo, se impulsa la creación de una asociación público-privada europea, para la investigación e innovación en IA.

Es imprescindible validar la Inteligencia Artificial en un entorno clínico

Europa, rezagada en Inteligencia Artificial, en comparación con Estados Unidos o China

27. Food and Drug Administration, https://www.fda.gov, consultado 11 julio, 2019
28. Inteligencia artificial: la Comisión presenta un enfoque europeo para impulsar la inversión y establecer directrices éticas, Bruselas, 25 de abril de 2018
29. Los Estados miembros y la Comisión colaborarán para impulsar la inteligencia artificial "fabricada en Europa", Bruselas, 7 de diciembre de 2018

Gran interés de las empresas en la IA en salud

Recientemente **Google** lanzó el fondo *Google IA Impact Challenge*[30], para invertir en proyectos de inteligencia artificial en salud. Esta iniciativa permitirá a emprendedores y organizaciones sin ánimo de lucro recibir financiación de un fondo de 22 millones de euros.

La utilización de algoritmos de IA ha sido descrita en muchas otras situaciones clínicas. La lista de compañías activas en esta área incluye **Microsoft, Google, Suki, IBM, Robin Healthcare, DeepScribe, Tenor.ai, Saykara, Sopris Health, Carevoice, Orbita, Notable, Sensely y Augmedix**. Algunas de estas empresas son activas en España. En nuestro medio se ha desarrollado las compañías **Savana y Asserta.**

Big Data

La industria de la salud como generadora masiva de información y datos

Detectar enfermedades en estadios iniciales y hacer gestión de salud poblacional, potenciales beneficios del Big Data

El sector sanitario está generando continuamente grandes cantidades de datos, debido a la información derivada de las historias clínicas, requerimientos regulatorios y de calidad, y atención a los pacientes. La tendencia es a la rápida digitalización de esa gran cantidad de datos. Informes que incluyen solo al sistema americano dicen que se alcanzarán pronto los zettabytes (10^{21} gigabites).

Por definición, esta gran cantidad de información será imposible de manejar por el software y hardware tradicionales.

El Big Data en sanidad es requerido no solo por el volumen de datos, sino por la diversidad del tipo de datos y la velocidad a la que deben ser gestionados[31].

Analítica de Big Data en sanidad

¿Qué es exactamente Big Data? Un informe remitido al Congreso americano en 2012 define Big Data como ***"grandes volúmenes de información compleja y variada que requieren técnicas avanzadas para permitir la captura, almacenamiento, distribución, gestión y análisis de la misma"***.

Las técnicas analíticas existentes pueden ser aplicadas a la gran cantidad de información existente (pero no analizada) relacionada con los pacientes y la atención, para lograr un mejor entendimiento de los resultados, que puedan ser luego aplicados al punto de cuidado.

Ventajas en sanidad

¿Para qué sirve el Big Data en sanidad? Al digitalizarse y utilizar de forma efectiva el Big Data, las organizaciones sanitarias, desde simples consultas médicas, a hospitales, redes hospitalarias u otros puede lograr beneficios significativos. **Los potenciales beneficios incluyen detectar enfermedades en estadios iniciales** cuando pueden ser tratadas más efectivamente, **así como hacer gestión de salud poblacional.** Ciertas evoluciones y resultados pueden ser previstas basadas en grandes cantidades de datos históricos, como pacientes en riesgo de complicaciones, en riesgo de sepsis, etc.

Interés en España del Big Data en salud

Desde el punto de vista de la Administración, la comunidad pionera en poner en marcha un proyecto de Big Data fue Cataluña[32]. Posteriormente, en 2015, el Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad pidió una estrategia nacional en *Big Data* en sanidad[33]. A finales de 2018, la Fundación Gaspar Casal publicó el informe titulado **"Oportunidades y retos de**

30. https://ai.google/social-good/impact-challenge, consultado 11 julio, 2019
31. Raghupathi, W, Raghupati, V, Big data analytics in healhtcare: promise and potential Health Information. Science and Systems 2014, 2-3
32. Cataluña apuesta por el uso de Big Data en salud con el proyecto VISC+, https://gestionsaludbarcelona.wordpress.com/novedades-2/cataluna-apuesta-por-el-uso-de-big-data-en-salud-con-el-proyecto-visc/, consultado 11 julio, 2019
33. Una estrategia nacional para el Big Data sanitario, https://www.redaccionmedica.com/noticia/una-estrategia-nacional-para-el-big-data-sanitario-82221, consultado 11 julio, 2019
34. Barea Mendoza, J, Rovira Forns, J, Quecedo Gutiérrez, L, Gol Monserrat, J, Llano Señarís, J, Oportunidades y Retos de los Macrodatos (Big Data) Fundación Gaspar Casal, 2018

los Macrodatos (Big Data) en la toma de decisiones sanitarias" [34]. Dice que España se encuentra en una fase "incipiente" en este tema y necesita una estrategia "cohesionada, lineal y potente" en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, para superar la atomización y dispersión de esfuerzos que se están realizando en este momento.

Simultáneamente, no faltan iniciativas desde empresas privadas en el ámbito del Big Data, como las de **Sanitas**[35] y **HM Hospitales**[36].

Blockchain

El *blockchain* es un sistema distribuido para registrar y almacenar transacciones de múltiples agentes. Entendiendo por sistema distribuido una colección de computadores separados físicamente y conectados entre sí por una red de comunicaciones. Es una tecnología especialmente útil en sanidad, donde el valor aportado al paciente depende de múltiples organizaciones sanitarias y no sanitarias –sistema educativo, ambulancias, atención primaria, hospitales, atención domiciliaria,…- Desde esta perspectiva el *blockchain* es una herramienta para optimizar el comportamiento de los agentes que intervienen en la creación de valor de un proceso de salud y maximizar el mismo[37,38].

El *blockchain* es una plataforma descentralizada, con una arquitectura distribuida. En una plataforma de este tipo no hay una autoridad central que actúe como un agente para todas las transacciones.

El *blockchain* está especialmente preparado para responder al reto de la descentralización de datos médicos y de la interacción de múltiples agentes –sanitarios y no sanitarios- en los resultados de salud.

Iniciativas interesantes de Blockchain en salud

Ya hay iniciativas interesantes de *blockchain* en salud. Por ejemplo, **IBM** se ha asociado recientemente con varias aseguradoras para crear una red de *blockchain* en la industria sanitaria[39]. De esta manera, las compañías usarán esta tecnología con el objetivo de reducir costes, procesar reclamaciones de pago y mantener directorios.

En nuestro medio español, algunas compañías han hecho una fuerte apuesta por el *blockchain* en salud, como **Additum Blockchain**[40].

Telemedicina

Una penetración lenta de la telemedicina a nivel global

La sanidad ha sido lenta en la adopción de la telemedicina. En 2016, en Estados Unidos, solo el 15% de los médicos trabajaban en entornos que usan telemedicina, según un informe de 2018 de la *American Medical Association*[41]. Sin embargo, en términos de gasto, los servicios de telemedicina han crecido un 44% en Estados Unidos en los últimos cinco años, de acuerdo con la firma IBISWorld, con unos ingresos totales de 2.000 millones de dólares en 2018[42].

Las tecnologías de la información en España

En España el gran desarrollo de las tecnologías de la información en salud coincidió con la época de transferencias sanitarias a todas las comunidades autónomas en torno a los años 2000. Todas las comunidades autónomas, una vez recibidas las transferencias, hicieron esfuer-

El Blockchain, una respuesta a la descentralización de datos médicos e interacción de múltiples agentes en sanidad

35. Sanitas impulsa la investigación en salud basada en Big Data, https://corporativo.sanitas.es/sanitas-impulsa-la-investigacion-salud-basada-big-data/, consultado 11 julio, 2019
36. HM lanza su primer centro de análisis de datos biomédicos, https://www.redaccionmedica.com/secciones/privada/hm-hospitales-lanza-su-primer-centro-de-analisis-masivo-de-big-data--3675, consultado 11 julio, 2019
37. Blockchain: Opportunities for Health Care, Deloitte, 2016
38. Bean, R. Will Blockchain Transform Healthcare?, Forbes, 5 agosto, 2018
39. IBM se asocia con varias aseguradoras para crear una red de "blockchain" en la industria sanitaria, PlantaDoce, 28 enero, 2019
40. https://www.innovaspain.com/salud-medicina-digital-predictiva-inmortalidad-des/, consultado 11 julio, 2019
41. Kane, CK, Gillis, K, The Use of Telemedicina By Physicians: Still The Exception Rather Than The Rule, Health Affairs, December 2018, 37:12, 1923-1930
42. IBISWorld, Telehealth Services Industry in the US, https://www.ibisworld.com/industry-trends/specialized-market-research-reports/life-sciences/healthcare-services/telehealth-services.html, consultado 20 agosto 2019

zos notables en la digitalización, coincidiendo además con una época de gran crecimiento del gasto sanitario, por encima de los crecimientos del PIB. Sin embargo, este proceso se hizo con una serie de características:

- El esfuerzo se hizo en ausencia de unas líneas estratégicas o directrices a nivel nacional.
- Como consecuencia de ello, todas las comunidades impulsaron sus sistemas propios _bien comerciales o de desarrollo propio_ sin la preocupación por la interoperabilidad.
- Las áreas de desarrollo elegidas fueron los sistemas de soporte a las organizaciones sanitarias, así como la historia clínica electrónica y la receta electrónica.

Los resultados no han sido despreciables, en el sentido de que se avanzó mucho en la historia clínica electrónica y en la receta electrónica. Sin embargo, se crearon unas ***islas de información,*** cuya superación es crítica. Tampoco se avanzó mucho –fuera de algunos meritorios programas pilotos- en que la digitalización influyera en la forma de prestación de la asistencia.

La situación relativa de los distintos países en lo que se refiere a desarrollo eSalud ha sido objeto de una reciente publicación por parte de la Organización Mundial de la Salud, basándose en una encuesta realizada en el 2015[43].

La crisis económica, un freno al desarrollo de proyectos de TIC en salud

El impacto de la crisis económica

Este importante empuje y compromiso de todas las comunidades autónomas de impulso a las tecnologías de la información fue frenado en seco por la crisis económica, que representó una bajada significativa del gasto público sanitario entre 2009 y 2014, en un contexto de aumento del déficit y la deuda pública. El impacto fue especialmente serio en inversiones de reposición y, sobre todo, en nuevos proyectos.

Esto hizo que las comunidades autónomas mantuvieran con dificultades los proyectos que habían venido desarrollando, pero sin generar nuevos proyectos ni nuevos horizontes para la transformación digital del sistema.

Requisitos para abordar los nuevos retos

Este asunto es abordado con lucidez en el documento recientemente publicado **"Hacia la transformación digital del sistema sanitario. 10 medidas para su impulso"**[44] (**Figura 5**), fruto del convenio de colaboración firmado entre la SEIS (Sociedad Española de Informática de la Salud), AMETIC (Asociación de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Contenidos Digitales) y FENIN (Federación de Empresas de Tecnologías Sanitarias).

43. Atlas of eHealth country profiles. World Health Organization, 2016
44. Hacia la transformación digital del sector salud, SEIS, Ametic, Fenin, 2016

Figura 5: Portada del documento "Hacia la transformación digital del sector de la salud

Fuente: Ametic, SEIS, Fenin, 2016

Un aspecto fundamental para abordar los retos de la transformación digital del sistema sanitario es que deben proveerse mecanismos de financiación que permitan su implantación real. ***Hay que tener en cuenta que se parte de una inversión real en TIC del 1,2% del gasto sanitario, cifra actualmente insuficiente incluso para garantizar la continuidad de los recursos existentes***.

El salto a los servicios digitales

Todo el hilo argumental nos lleva a la misma conclusión: los avances necesarios en la informatización tanto de las estructuras de soporte de las organizaciones sanitarias (contabilidades, recursos humanos, logística, etc.), como los de ayuda a la propia actividad clínica (historia clínica electrónica, receta electrónica, etc.) fueron fundamentales y prerrequisitos para el necesario próximo paso: ***los servicios directos on line en salud al paciente/ usuario***.

Solo la introducción de estos servicios va a tener un carácter disruptivo en sanidad, como lo ha tenido en otros sectores (medios de comunicación, venta al por menor, banca, etc.). La evolución de las tecnologías de la información en sanidad se presenta en la **Tabla 10:**

Inversión real en TIC en salud en España, 1,2% del gasto sanitario, muy baja

Tabla 10: Evolución de las TIC en sanidad

Fuente: Elaboración propia

Evolución de las TIC en sanidad	
Fases	Tipo de servicios ofrecidos
Fase 1: Soporte a la actividad empresarial sanitaria	• Gestión económica • Logística • Gestión de personal y nómimas • Etc.
Fase 2: Ayuda a la actividad asistencial	• Historia Clínica Electrónica • Receta Electrónica • Etc.
Fase 3: Servicios asistenciales directos al ciudadano/paciente	• Consultas *on line* • Seguimiento y monitorización de pacientes • Contactos profesional-paciente • Etc.

Hay que dar el salto de servicios de TIC de apoyo a dar servicios sanitarios *on line* al ciudadano

Este paso de los servicios asistenciales *on line* es mucho más difícil, ya que no se trata de informatizar procesos pre-existentes, sino de generar procesos nuevos, lo que no solo es un cambio tecnológico, sino mucho más complejo, que incluirá cambios de hábitos clínicos, modificar actitudes de los pacientes, introducción de nuevos incentivos, junto con modificaciones culturales y normativas, entre otros.

Consultas no presenciales

Los teléfonos convencionales, los teléfonos móviles, el email y otras herramientas similares podrían haber sido usadas para resolver muchas situaciones que llevan a una persona a "ir al médico".

Las consultas no presenciales, parte del futuro

La barrera no ha sido la ausencia de tecnología sino los obstáculos regulatorios, estructurales y la falta de incentivos para los médicos. Si las visitas virtuales no son reembolsadas o lo son menos que las visitas convencionales, lo más probable es que sean raras. Pero incluso más que esos factores pudo haber influido el carácter tan conservador en cuanto a los modelos asistenciales de los sistemas sanitarios tradicionales, públicos o privados.

Es una actividad en plena expansión, con unas grandes expectativas de crecimiento en los próximos años. Un informe de 2014 de Deloitte[45] estima que ese año se produjeron 100 millones de teleconsultas en el mundo (un 75% de ellas en Estados Unidos), lo que supone un incremento de 400% respecto a 2012.

Las visitas virtuales no son una promesa: son ya una realidad. La organización *Veterans Administration*, en Estados Unidos, realizó más de 2 millones de visitas virtuales en 2014[46]; por su parte *Kayser Permanente* llevó a cabo más de 14 millones de consultas no presenciales en 2015[47]. Ante esta realidad, ¿quién habla de planes piloto?

El uso de las consultas remotas puede orientarse hacia el diagnóstico, enfermedades agudas o seguimiento de enfermedades crónicas. Pueden ser síncronas o asíncronas, realizarse con

45. "eVisits: the 21st century housecall", Deloitte, 2014,
46. VA Telehealth Services Served Over 690,000 Veterans in Fiscal Year 2014, https://www.va.gov/opa/pressrel/pressrelease.cfm?id=2646, consultado 11 julio, 2019
47. Engaging Physicians in Telehealth, NEJM Catalyst, July 10, 2017

distintas tecnologías (videoconferencias, teléfonos, etc.) y pueden completarse con el acceso a la historia clínica, imágenes médicas, etc.

Hay cada vez menos dudas de que las consultas remotas pueden ser tan efectivas como las presenciales en múltiples situaciones. Esa es a la conclusión a la que llega la *Asociación Americana de Telemedicina*[48].

Así pues, el Sistema Nacional de Salud, y el conjunto del sistema sanitario español, después de muchos años de preparación de la infraestructura tecnológica básica, tiene ahora el reto fundamental: dar servicios *on line*.

Un cambio fundamental en la práctica clínica

Muchos expertos coinciden que en el futuro un médico dedicará más tiempo a ver a pacientes a través de la pantalla que a verlos en persona en su consulta. Para Shauna Coyne, directora de Innovación del Presbiterian Hospital de Nueva York, entre 2023 y 2024 el número de visitas virtuales sobrepasará el número de visitas ambulatorias presenciales[49].

La adopción lenta de herramientas de telemedicina puede estimular la migración de pacientes desde los proveedores tradicionales a los que hayan adoptado esta tecnología.

El reto de la medicina personalizada de precisión

¿Qué es la medicina de precisión?

No hay una definición totalmente aceptada de medicina personalizada ni de medicina de precisión. Generalmente ambos términos se utilizan como sinónimos y algunos hablan de medicina personalizada de precisión. Según *la definición del National Research Council* americano en 2011[50] la medicina de precisión ***"es la adaptación del tratamiento médico a las características individuales de cada paciente. No implica literalmente la generación de medicamentos o tecnologías médicas únicas para cada paciente, sino la capacidad de clasificar a los pacientes en subpoblaciones que difieren en su susceptibilidad a experimentar una determinada enfermedad, en la biología y/o el pronóstico de esta enfermedad, o en su respuesta a un determinado tratamiento. De esta forma, es posible aplicar intervenciones preventivas o terapéuticas en aquellos grupos de pacientes que tendrán un beneficio de las mismas, evitando el gasto innecesario y posibles efectos secundario a aquellos que no lo obtendrán".***

También puede definirse como la revolución en la asistencia médica impulsada por los avances tecnológicos –en genómica, informática y nanotecnología, imagen médica, etc.- que está facilitando nuestra capacidad de diagnósticos más precisos de las enfermedades y tratamientos más adaptados a sus características.

La medicina personalizada es la superación del "café para todos"

La medicina personalizada no es sólo importante para 1 de cada 17 personas que tienen una enfermedad rara, o para los pacientes con cáncer, sino para los muchos otros con riesgo de desarrollar una enfermedad común[51].

Los avances en medicina personalizada están posibilitados por el hecho de que cuando en el año 2000 la primera secuencia del genoma humano fue anunciada, costaba más de 2.000 millones de dólares una sola secuencia. Hoy, con la nueva tecnología de secuenciación se ha producido una caída en picado de este coste, lo que unido a la disposición de computación de alta velocidad, necesaria para el análisis, hacen posible considerar a esta tecnología como parte

48. ATA. Research Outcomes: telemedicine's impact on healthcare cost and quality, April 2015
49. Low adoption of telemedicine may spur patient migration away from traditional providers, Modern Healthcare, March 23, 2019
50. Toward Precision Medicine. Building a Knowledge Network for Biomedical Research and New Taxonomy of Disease, National Research Council of the National Academies, 2011
51. What is a rare disease?, http://www.raredisease.org.uk/what-is-a-rare-disease, consultado 11 julio, 2019

de la asistencia sanitaria rutinaria, algo impensable hace unos pocos años.

Se conocen más de 6.000 cuadros clínicos asociados a genes concretos y cerca de 5.000 genes cuyas alteraciones producen un cuadro clínico conocido.

En términos más coloquiales es la superación del "café para todos" en el tratamiento de las enfermedades al desarrollo de tratamientos basados en las características individuales de cada paciente.

Un ejemplo muy gráfico de lo que esta revolución significa podemos verlo en la **Figura 6,** a partir de un documento del *National Health Service England*[52].

Figura 6: El nuevo enfoque de tratamientos personalizados

Fuente: National Health Service England, 2016 (Modificado)

¿Por qué la medicina personalizada es un nuevo reto para los sistemas sanitarios?

Los sistemas sanitarios han asistido desde su constitución a la incorporación de novedosas tecnologías, ¿qué de particular tiene la medicina de precisión, para que represente un reto especial? El hecho es que por la complejidad de los factores implicados podemos decir que los sistemas sanitarios dejados a su inercia no incorporarían (o lo harían parcialmente, de forma inequitativa y con largos plazos de tiempo) la medicina de precisión, ya que esto obliga a cambios muy notables, puesto que a lo que los sistemas están acostumbrados es al estilo tradicional del "café para todos".

Para asegurar la implantación de la medicina personalizada los sistemas sanitarios tienen que abordar distintos retos, tal y como se presenta en la **Tabla 11:**

52. *Improving Outcomes Through Personalised Medicine, National Health Service England, https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/09/improving-outcomes-personalised-medicine.pdf, consultado 11 julio, 2019*

Retos para la implantación de la medicina personalizada de precisión
• **De conocimiento,** capacidad de generar, almacenar y analizar cantidades ingentes de datos • **De infraestructura,** laboratorios especializados, centros de referencia y de bioinformática, etc. • **De formación de profesionales,** incluyendo criterios para aplicar los nuevos diagnósticos y terapias • **Organizativos,** red de colaboración público/privada • **Económicos,** ya que inicialmente se va a necesitar un presupuesto específico • **De participación de los pacientes** • **Cambios regulatorios, de seguridad y de gobernanza**

Tabla 11: Retos para la implantación de la medicina personalizada de precisión

Fuente: Elaboración propia, utilizando varias fuentes

Como vemos, demasiados retos, para que no requieran un abordaje sistemático y el compromiso de múltiples agentes.

La situación en España

Como se ha puesto de manifiesto en un reciente simposio[53], España tiene una situación muy heterogénea e inequitativa en cuanto a estudios genómicos en las distintas comunidades autónomas y hospitales. Esto no debe, sin embargo, ser muy distinto a lo que ocurre en otros países avanzados. Lo que es distintivo es la ausencia de una iniciativa nacional de implantación de medicina personalizada. Esto contrasta con la situación en otros países, donde líderes mundiales se han implicado en el lanzamiento de iniciativas sobre la medicina de precisión: es el caso de ***Cameron,*** en el Reino Unido[54]; ***Obama***, en Estados Unidos[55], ***Manuel Valls***, en Francia[56]; e, incluso del ***Partido Comunista Chino***[57]. Esto también pone de manifiesto la dificultad del Ministerio de Sanidad para liderar proyectos de largo alcance para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Esto no quiere decir que no se haya hecho nada en España. Recientemente se ha publicado un mapa de comunidades[58], que sintetiza los esfuerzos en la línea de medicina personalizada en todas las comunidades autónomas. Aunque no alineadas con ningún plan nacional, prácticamente en todas las comunidades se está tratando de avanzar en esta línea.

Todas las comunidades autónomas realizan, en mayor o menor medida, pruebas genéticas y anatomo-patológicas que se engloban dentro de la práctica de la medicina personalizada de precisión a nivel asistencial. La oferta de estos análisis está muy fragmentada y son los propios servicios de los hospitales los que manejan y gestionan sus propias carteras de servicios. ***Lo que no existe es una cartera de servicios de medicina personalizada de precisión a nivel nacional***.

Muy recientemente ha habido algunos movimientos interesantes, como la publicación por parte del **Instituto Roche** de un conjunto de propuestas sobre la necesidad de disponer de

No existe una gran iniciativa nacional en cuanto a medicina de precisión

Carecemos de una cartera de servicios de medicina personalizada a nivel nacional

53. Medicina Genómica: avances en clínica e investigación, ¿Dónde estamos? Instituto Roche, enero 2017
54. https://www.genomicsengland.co.uk, consultado el 3 agosto, 2019
55. Obama anuncia un plan para financiar la "medicina de precisión", El País, 30 enero, 2015, https://elpais.com/elpais/2015/01/30/ciencia/1422650626_915373.html, consultado 3 agosto 2019
56. Genomic Medicine France 2025, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/genomic_medicine_france_2025.pdf, consultado 3 agosto 2019
57. Cyranoski, D China embraces precisión medicine therapy on a massive scale, Nature 529 9-10 (7 January 2016) http://www.nature.com/news/china-embraces-precision-medicine-on-a-massive-scale-1.19108, consultado 3 agosto 2019
58. Medicina personalizada de precisión en España: mapa de comunidades, Instituto Roche, 2019

Hace falta una Estrategia Nacional sobre medicina de precisión

una estrategia nacional en medicina de precisión[59]; la iniciativa del Parlamento Vasco para avanzar en esta línea[60]; o la ponencia del Senado que finalizó sus trabajos en 2019[61].

Nos sigue faltando, sin embargo, coger el toro por los cuernos

A pesar de estas iniciativas nos sigue faltando lo fundamental: coger el toro por los cuernos y diseñar una estrategia nacional sobre medicina de precisión, definiendo recursos económicos, números, agentes involucrados, subproyectos y plazos de avance en este gran reto que tiene actualmente el Sistema Nacional de Salud.

Principales características de un posible Plan

El que haya necesidad de un Plan no quiere decir que valga cualquier Plan. Un mal Plan no es la solución. Por eso el Plan de que hablamos debe tener una serie de requerimientos, tal y como se expresa en la **Tabla 12:**

Tabla 12: Requerimientos de un Plan Nacional de Medicina personalizada de precisión

Fuente: Elaboración propia, utilizando varias fuentes

Requerimientos de un Plan Nacional de Medicina personalizada
• Impulso político al máximo nivel • Presupuesto propio • Filosofía de colaboración público/privada • Plan de desarrollo de infraestructuras y centros de referencia • Marco regulatorio y de gobernanza apropiado • Monitorización internacional

Sin la colaboración de las empresas será imposible dar respuesta a importantes retos de nuestro sistema sanitario

Es decir, necesitamos un plan sólido. Lo contrario de una improvisación para salir del paso y que no nos puedan decir que no tenemos plan.

La medicina personalizada de precisión y la empresa

La medicina personalizada de precisión es un ejemplo del necesario desarrollo de la medicina que no saldrá adelante sin el empuje y la iniciativa de las empresas, sino, además, también está originando un activo emprendimiento en el ámbito biotecnológico. Este es el caso de empresas *spin-off* surgidas desde universidades o centros de investigación como **DREAMgenics** con su origen en la Universidad de Oviedo; **Lorgen** (Universidad de Granada); **Integromics** (Centro Nacional de Biotecnología y Universidad de Málaga); **Health in Code** (Universidad de A Coruña); y tantas otras. Otras empresas han nacido a partir del espíritu emprendedor de los profesionales del ámbito biosanitario (**Savana, Mendelian, Asserta,** etc.).

59. Propuesta de Recomendaciones para una Estrategia Estatal de Medicina Personalizada de Precisión, Instituto Roche, 2017
60. IEl Parlamento vasco aboga por avanzar en medicina de precisión, diariofarma, 5 diciembre, 2017, https://www.diariofarma.com/2017/12/05/parlamento-vasco-aboga-avanzar-medicina-precision, consultado 11 julio, 2019
61. Informe de la Ponencia de Estudio sobre Genómica, Boletín Oficial de las Cortes Generales, Senado, núm. 341, 13 de febrero de 2019

Las empresas, elementos clave para una asistencia sanitaria de calidad

Los que hemos mencionado son solo algunos aspectos claves para el desarrollo de la medicina y la sanidad y que, sin embargo, no podrán avanzar sin una colaboración Estado-empresas sanitarias para abordarlos.

Siendo como es fundamental el apoyo y el liderazgo del Estado y que haya un "acoplamiento" Estado-empresas privadas, éstas últimas deben estar también preparadas para realizar su aportación incluso sin Planes públicos o iniciativas desde la Administración. En mucho casos, les tocará a las empresas privadas convencer a las Administraciones sanitarias sobre la necesidad de avanzar en estas líneas.

Lo que queremos decir es que, a la altura del desarrollo tecnológico y de las propias demandas sociales, no es posible ofrecer una asistencia sanitaria de calidad sin la implicación muy intensa de las empresas privadas, en colaboración con los programas públicos.

Implicaciones

Hay elementos clave del desarrollo de la sanidad que será imposible impulsar sin la colaboración de las empresas privadas, ya que ellas tienen el *know-how,* los equipos, la experiencia y las conexiones internacionales para desarrollar estos importantes proyectos

Entre estos proyectos que requieren la colaboración de la empresa privada se encuentran algunos tan importantes para el futuro y la modernización del sistema sanitario como:

- Inteligencia Artificial
- Big Data
- *Blockchain*
- Telemedicina
- Medicina personalizada de precisión

La implicación de las empresas solo será realmente efectiva si se desarrollan ***Planes Nacionales sobre estas áreas***. La ambición de muchos de estos proyectos requiere Planes Nacionales, coordinados también con iniciativas internacionales, en particular las impulsadas por la Unión Europea.

Elementos clave de estos planes deben ser la financiación, así como las bases de la colaboración público/privada para su desarrollo.

La Administración, en general, y las Administraciones sanitarias públicas, en particular, deben disponer de un catálogo de las empresas privadas implicadas en estas iniciativas, así como una valoración de sus capacidades, experiencia y apuesta a nivel nacional, para recabar su colaboración de forma coherente y responsable.

La sanidad privada, un sector en auge, que está para quedarse

3

La sanidad privada ha experimentado un notorio auge en los últimos años. Tanto en su vertiente aseguradora, donde ha crecido notablemente la población cubierta; como en la provisora, en la que ha habido un proceso de concentración, de mejora de la gestión y de preocupación por la calidad.

Lo anterior denota que la sanidad privada ha sabido generar unos servicios altamente apreciados por la población.

No obstante, el sector sanitario privado, al igual que el público, tiene que enfrentarse a importantes retos, no siendo el menor la necesidad de una política sanitaria que contemple el conjunto del sector y no solo su parte pública.

El sector privado siempre constituyó una parte fundamental de nuestro sistema sanitario. Por cifras de actividad asistencial y por la importancia del aseguramiento ha supuesto desde la constitución del antiguo "seguro de enfermedad" de la Seguridad Social una parte imprescindible del mismo. Así se reconocía en la misma Ley General de Sanidad, a pesar de estar dirigida fundamentalmente a la regulación del Sistema Nacional de Salud. Desde la aprobación de dicha norma el sector privado no ha dejado de aumentar su importancia, a pesar de la hostilidad "contra el espíritu de lucro en sanidad" aplicado por algunos grupos y la limitada atención demostrada por la política sanitaria, con independencia del color político de cada gobierno, salvo algunas excepciones entre 1996 y 2004 que dieron origen a experiencias legislativas positivas para la iniciativa empresarial. Puede decirse que la iniciativa privada sanitaria se ha desarrollado en España en un ambiente político no siempre favorable, dependiendo en gran medida de cada territorio.

La negativa experiencia de la Comunidad Valenciana: el caso Alzira

El ambiente desfavorable se ha reforzada con la presencia consolidada en el Parlamento Nacional y en los autonómicos de nuevas fuerzas políticas declaradamente hostiles a la iniciativa privada sanitaria, criticando su "ánimo de lucro". Esas fuerzas gobernantes en la Comunidad Valenciana junto al PSOE han tomado la decisión de revertir el 1 de abril de 2018 la primera concesión administrativa de construcción de un hospital, el **Hospital de Alzira**, transcurridos los quince años de plazo previstos en el contrato suscrito en 2003, sin acceder a la posible ampliación de cinco años adicionales.

Limitada atención de la política sanitaria hacia el sector privado

Ha sido una decisión exclusivamente política y muy controvertida, con efectos negativos para el sistema sanitario público valenciano, que de entrada amplió la plantilla de personal en 480 personas y sin embargo no pudo evitar un aumento en las listas de espera. Su nueva gerente reconoció en julio de 2018, que el centro había dejado de realizar actividad quirúrgica por las tardes y los sábados, debido a lo cual, la espera de más de 30 días afectaba en ese momento al 35% de los pacientes frente a menos del 25% el año anterior[62].

La reversión del Hospital de Alzira, un mal precedente

La concesión del Hospital de Alzira, propiedad es el momento de la reversión de Ribera Salud (50% del Banco de Sabadell y 50% de Centene, el primer grupo privado de Estados Unidos especializado en gestión del programa público Medicaid) es el centro de un área de 250.000 habitantes que integra 35 municipios, con 14 centros de salud y 31 consultorios. Tenía una plantilla de 1.660 profesionales y el coste para el sistema público era, como en el resto de las

concesiones, significativamente inferior al gasto per cápita de dicho servicio en el régimen general, según datos de la Sindicatura de Comptes de la Generalitat Valenciana, en sus análisis de las concesiones[63,64].

Esa decisión de la Generalitat Valenciana pesará negativamente en los años venideros en la colaboración público–privada en materia de inversiones en nuevos centros, especialmente a través del sistema de concesiones administrativas. Según un destacado dirigente del sector privado el sistema ha funcionado a plena satisfacción de los pacientes, de los profesionales y de los gobiernos de las comunidades autónomas, pero ha resultado poco atractiva para el inversor empresarial por falta de seguridad jurídica y estabilidad[65].

Una bajada del gasto sanitario público y una subida del privado, aunque sin vasos comunicantes

Sin embargo, a pesar de este ambiente no siempre propicio debe reconocerse que gracias al mayor papel asumido por el aseguramiento privado y al mayor gasto privado en general, el Sistema Nacional de Salud ha sorteado mucho mejor la crisis iniciada en 2008.

Tabla 13: Evolución del gasto sanitario público y privado, 2009-2017, en millones de euros

Fuente: Sistema de Cuentas de Salud España, 2003-2017, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm, consultado 15 julio, 2019

Año	Gasto público (millones de euros)	% sobre PIB gasto público	Gasto privado (millones de euros)	% sobre PIB gasto privado	Privado/Total (%)
2009	75.500	7,0	24.201	2,2	24,3
2010	74.969	6,9	24.912	2,3	24,9
2011	73.086	6,8	25.930	2,4	26,2
2012	69.099	6,6	26.611	2,6	27,8
2013	66.480	6,5	27.177	2,7	29,0
2014	66.757	6,4	28.050	2,8	29,6
2015	71.136	6,6	28.720	2,7	28,8
2016	72.259	6,5	29.475	2,6	29,0
2017	74.150	6,4	30.779	2,6	29,3

62. La gerente admite que el Hospital de La Ribera funciona "peor" tras la reversión, https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2018/07/15/5b49fa-3d468aebac7f8b4631.html, consultado 4 agosto 2019
63. Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises, Ejercicios 2009-2015, Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana, 2017
64. Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torrevieja, Ejercicios 2003-2016, Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana, 2018
65. Iñaki Ereño. Consejero Delegado de Sanitas. Declaraciones a SANIFAX. 24 de abril de 2019

Como se puede ver en la **Tabla 13,** el **gasto público** disminuyó acusadamente desde 2009, ejercicio de gasto máximo con 75.500 millones de euros, hasta 2013 con 66.480 millones de euros. Sobre el PIB, pasó de 7,0% en 2009 a 6,4% en 2017.

Esas caídas fueron parcialmente compensadas, en un enfoque global[66] por el aumento del **gasto privado,** pasando de 24.201 millones de euros al inicio de la crisis a 30.779 millones en 2017, **ganando cinco puntos sobre el gasto sanitario total, desde el 24,3% al 29,3%.** Eso equivale a que frente al 0,6% del PIB perdido por el público, el gasto privado aportó 0,4 puntos adicionales.

El reforzamiento del sector privado en el periodo 2009-2018

El sector privado ha invertido en nuevos centros y en tecnología; ha contratado médicos y enfermeras, además de personal técnico y auxiliar, gran parte de ellos en exclusividad; está ampliando su participación en ensayos clínicos y en I+D+i; se ha concentrado empresarialmente y ha crecido notablemente en número de asegurados, tanto a través de pólizas individuales como colectivas.

En general, el sector privado ha salido reforzado de la crisis, tanto por actividad asistencial, como por calidad y presencia en todas las especialidades, pasando de ser complementario a resultar imprescindible para la asistencia sanitaria en España en todos los campos[67]. También ha ganado en imagen y visibilidad, gracias a la actividad de la Fundación IDIS, constituida en 2010.

El aumento de recursos y de actividad

En establecimientos sanitarios el sector privado aporta en 2019 una sexta parte de las camas disponibles en Hospitales Generales, la mitad de las de los Hospitales Especializados, un sexto de las camas los Hospitales de media y larga estancia y dos tercios de las de salud mental.

En cuanto a **dotación de camas,** en el período 2010-2016, la camas de agudos han disminuido de forma bastante notable en el Sistema Nacional de Salud, mientras en el sector privado se han mantenido. Ver **Tabla 14.**

El sector privado ha tenido un gran aumento de recursos y actividad en los últimos años

Camas hospitales agudos	2010	2016	% variación
Públicos-SNS	96.996	91.829	-5,3
Privados	20.405	20.429	+0,1

Tabla 14: Camas en funcionamiento por finalidad asistencial y dependencia funcional. Años 2010 y 2016

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017

66. Es bien sabido que el gasto privado no equivale exactamente al peso del sector privado, compuesto por los ingresos por primas del seguro privado y por la facturación del sector provisor privado, equivalentes en 2017 a 6.245 m€ (incluyendo reembolso de gastos) y 4.430 Millones de euros respectivamente. El resto corresponde al gasto de los ciudadanos en gasto farmacéutico no financiado, copagos, atención dental y otros gastos en dispositivos y servicios. A las cifras anteriores puede añadirse como indicador el peso de los conciertos, cifrados en 7.939 m€ en 2017

67. Información Estadística de Hospitales. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada, https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm, consultado 11 julio, 2019

En cuanto a **quirófanos funcionantes,** ha aumentado el número de quirófanos tanto en el sector público como en el privado, aunque mucho más en este último. Ver **Tabla 15.**

Tabla 15: Quirófanos en funcionamiento. Años 2010 y 2016

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017

Quirófanos hospitales agudos	2010	2016	% variación
Públicos-SNS	2.947	3.133	+6,3
Privados	1.144	1.297	+13,3

En número de **altas** han aumentado en ambos sectores público y privado, muy especialmente en el privado. Ver **Tabla 16.**

Tabla 16: Altas en hospitalización. Años 2010 y 2016

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017

Altas hospitales agudos	2010	2016	% variación
Públicos-SNS	3.981.965	3.983.216	+0,03
Privados	1.165.638	1.245.828	+6,8

En cuanto a **consultas,** la evolución se presenta en la **Tabla 17.** Aunque crecieron tanto en el sector público como en el privado, el crecimiento fue especialmente llamativo en el sector privado

Tabla 17: Consultas totales. Años 2010 y 2016

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017

Consultas hospitales agudos	2010	2016	% variación
Públicos-SNS	73.635.661	78.130.316	+6,1
Privados	10.719.530	18.420.950	+71,8

En lo que se refiera a **urgencias,** la evolución del 2010 al 2016 también ha aumentado en ambos sectores, pero mucho más en proporción en el privado. **Tabla 18.**

Tabla 18: Urgencias. Años 2010 y 2016

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017

Urgencias hospitales agudos	2010	2016	% variación
Públicos-SNS	20.876.473	22.311.283	+6,8
Privados	4.980.284	7.081.930	+42,1

En cuanto a **actos quirúrgicos,** los resultados podemos verlos en la **Tabla 19.** También aquí el crecimiento es proporcionalmente más intenso en el sector privado.

Actividad quirúrgica hospitales agudos	2010	2016	% variación
Públicos-SNS	3.318.342	3.566.727	+7,4
Privados	1.336.197	1.593.977	+19,2

Tabla 19: Actividad quirúrgica pública y privada, Años 2010 y 2016

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017

Con esas dotaciones, como se puede ver en las tablas, el sector privado absorbe en 2016 en hospitales de agudos el 23,8% de las altas; el 19% de las consultas; el 24% de las urgencias; y, el 30,8% de la actividad quirúrgica. Estas cifras ponen de manifiesto una mayor rotación de pacientes en las camas privadas que en las públicas, aunque un análisis más riguroso obligaría a analizar complejidades comparativas.

La evolución de los **conciertos con el Sistema Nacional de Salud** en los años 2010 a 2017 se observa en la **Tabla 20.** Vemos que pasa de un 10,8% del gasto sanitario público en 2010 al 11,1% en 2017.

Evolución del gasto en conciertos (2010-2017)

Años	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gasto en conciertos (en millones de euros)	7.547	7.541	7.399	7.173	7.220	7.512	7.414	7.625
% sobre gasto sanitario total	10,8	11,08	11,5	11,6	11,6	11,4	11,1	11,1

Tabla 20: Evolución del gasto en conciertos (2010-2017)

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público (2014) y Estadística del Gasto Sanitario Público (2017), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2014 y 2017

Entre las inversiones privadas destaca la incorporación de equipos de alta complejidad, que está beneficiando a los pacientes del sector privado y público. En la actualidad pertenecen al sector privado más de la mitad (56%) de las resonancias magnéticas (RM) del total de sistema sanitario; el 36% de los TAC; el 47% de los PET ; el 55% de las litotricias y el 43% de mamógrafos y hemodinámicas. Gracias a la concertación de esos equipos se ha podido evitar el riego de colapso en el diagnóstico y tratamiento con esas tecnologías en el Sistema Nacional de Salud durante los años de crisis e incluso en la actualidad.

El constante crecimiento del seguro de salud privado

El seguro de salud resulta altamente valorado por la población en la medida que facilita el acceso a los servicios y permite la cobertura eficiente de riesgos financieros. Las compañías aseguradoras han sido clave en el aumento de la actividad asistencial privada.

El sector asegurador: aumento significativo tanto en número de primas como en facturación

El **aumento de asegurados** de Asistencia Sanitaria ha sido continuado a lo largo del decenio de la crisis[68]. En la actualidad el 18% de la población española dispone de un seguro de salud voluntario. Esta cifra media oculta variaciones geográficas notables, ya que en zonas urbanas densamente pobladas puede llegar a duplicarse.

En 2009 había 9,3 millones de asegurados con unas primas totales de 5.833 millones de euros. Tras una ralentización en la tasa de crecimiento entre 2010 y 2014, se produjo una recuperación en los años posteriores. En 2018 ha habido 10,3 millones de asegurados y unas primas totales de 8.213 millones de euros. Se ha producido, pues, un aumento anual de 1,07% (CAGR [69]) en número de clientes y un 3,88% (CAGR) en primas. El crecimiento es mayor en la contratación colectiva a través de empresas que la que se realiza individualmente. En 2018 hubo un crecimiento en colectivos del 6,7%, mientras que en individual fue del 4,01%. La contratación colectiva ya representa un 32,5% del total.

Los asegurados del Mutualismo Administrativo siguieron optando por el modelo privado, aunque han disminuido por demografía, pasando de 1,9 millones en 2009 (el 23% del total de primas) a 1,8 millones en 2.018 (18%).

También es muy significativo el aumento de la facturación a aseguradoras privadas por parte de las compañías prestadoras de servicios asistenciales, que ha pasado de 3.425 millones de euros en 2009 a 4.030 millones de euros en 2017.

Necesidad de una política sanitaria que contempla el conjunto del sector, no solo su parte pública

La evolución reciente muestra unos resultados notables en términos del crecimiento del mercado, sobre todo teniendo en cuenta el tratamiento fiscal desfavorable de esas primas cuando son individuales. En el caso de las primas colectivas, mejor tratadas por el Impuesto de Sociedades, debe destacarse que son resultado en gran medida de la negociación colectiva en el seno de las empresas.

Una política sanitaria que contemple el conjunto del sector y no solo su parte pública

En este contexto de aumento de capacidad asistencial y aseguradora del sector privado debería definirse **una política sanitaria inteligente que contemplase el conjunto del sector y no sólo su parte pública.** Ese es el enfoque correcto que no siempre es apreciado en los estamentos sanitarios oficiales a los que cuesta ver a nuestro sistema como un conjunto compuesto e integrado por una parte pública y otra privada.

Basta pensar, como simple ejemplo, que en la reciente renovación del Consejo Asesor de Sanidad de 2019[70] han desaparecido todos los representantes del sector privado, rompiendo con una presencia ininterrumpida desde su constitución en 1998. En ese sentido puede decirse que en la concepción del sistema sanitario el Ministerio de Sanidad "va para atrás" en contraste con lo que sucede en el resto de la Unión Europea.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social sigue sin plantearse siquiera ejercer la tutela y la regulación de las actividades del sector privado sanitario en el área estricta de la asistencia. Las empresas de seguros sanitarios están reguladas e inspeccionadas por la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y el sistema de Mutuas de Funcionarios depende de tres Departamentos: Hacienda-Función Pública, Defensa y Justicia.

Sin embargo, no tienen ninguna relación con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, a pesar de que el sistema MUFACE está integrado teóricamente en el Sistema Nacional de Salud en virtud de la Ley de Salud Pública de 2011[71]. Sin embargo, fue el Ministerio de Hacienda[72] el que decidió aumentar la prima en el 5,62% en diciembre de 2017 e introducir un incentivo por permanencia del colectivo

68. ICEA El Seguro de Salud Series históricas, última enero-marzo 2019
69. CAGR: Compound Annual Growth Rate, Tasa de Crecimiento Anual Compuesto
70. Orden SCB/105/2019, de 7 de febrero (BOE, 19 de febrero, 2019)
71. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, Disposición adicional cuarta
72. MUFACE, nº 243, primavera 2018 https://www.muface.es/revista/p243/entrevista_243.html, consultado 4 agosto 2019

mayor de 65 años, tras años de incertidumbre sobre este modelo.

La cuestión del perímetro del Sistema Nacional de Salud sigue abierto desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, que establecía en el artículo 45: ***"El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud".***

Según este texto, tanto MUFACE como los conciertos sanitarios y las concesiones, además de las fundaciones, empresas públicas y cualquier forma de prestación de servicios de asistencia con financiación pública e incluidos en el catálogo de prestaciones, forma parte del Sistema Nacional y debería estar bajo la responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Responsabilidad que, al menos, alcanza a su funcionamiento asistencial.

La historia de la concentración del sector privado provisor

Desde hace algunos años se había producido una notable concentración en el sector asegurador privado, de tal manera que las cinco primeras compañías representan el 72% del mercado en volumen de primas. Por lo tanto, la concentración en el sector asegurador sanitario no es noticia. Lo que es noticia es la concentración del sector de provisión privada, hasta hace poco constituido por hospitales y centros aislados en cuanto a su propiedad.

La concentración que se ha producido en la provisión de servicios ha conseguido la creación de grupos potentes, bien integrados y con capacidades reforzadas, entre ellas la mayor capacidad de negociación con las aseguradoras. En asistencia, el grupo más potente es Quirónsalud, seguido por Vithas, Ribera Salud, HLA-Asisa, Hospital de Madrid, Sanitas y Clínica Universidad de Navarra. Entre esos ocho primeros grupos facturaron en 2017 un total de 5.206 millones de euros. En 2012 esa facturación había sido de 2.560 millones de euros, con un notable aumento en un lustro de 104,5%.

Ese despegue comenzó a fines de la pasada década (en 2010 Magnum Capital Partners compró la Clinica Teknon de Barcelona, propiedad de varios fondos de inversión) y se intensificó en 2012, alentado por un fuerte proceso de concentración. Este proceso de concentración en el sector sanitario no es algo específico de España, sino que se da en todo el mundo, tanto en su versión de concentración horizontal (entre hospitales, por ejemplo), como vertical (integrando otros elementos de la cadena de valor, aseguradoras-hospitales, aseguradoras-redes de farmacia, etc.)[73].

El sector de provisión privada, en medio de un activo proceso de concentración

En el ejercicio de 2012 se produjo la fusión entre el primer grupo, Quirón (de la familia Cordón Muro) y USP Hospitales (propiedad del fondo inglés Doughty Hanson, que lo había comprado a Barclays y Royal Bank of Scotland). En 2013, el nuevo grupo adquirió la Clínica Teknon. A los dos años, en 2014, IDC Salud (Ibérica de Diagnostico y Cirugía, la antigua Capio, participada por la multinacional sueca del mismo nombre) controlada entonces por el fondo inglés CVC, absorbió formalmente Quirónsalud-USP y el grupo resultante adquirió el grupo Hospital Ruber, convirtiéndose en **Quironsalud,** el líder indiscutible del sector privado español. Desde 2017 su mayoría la ostenta Fresenius Helios, la mayor empresa de gestión de hospitales privados de Alemania y de toda la Unión Europea, cotizada en la bolsa de Frankfurt y propiedad de una fundación. Como se ve la constitución de este líder ha seguido un proceso financiero, impulsado por entidades no españolas y dirigido a la concentración de la oferta de la asistencia sanitaria. En ningún momento las autoridades españolas han puesto

73. 2019 Global Health Care Outlook Deloitte, 2019

obstáculos a ese movimiento. El incremento de cifra de negocio del Grupo Quirón entre 2012 y 2017 ha sido de un 117%.

El segundo puesto lo ocupó en 2017 el **Grupo Vithas,** nacido también en 2012 por iniciativa de la familia Gallardo (propietaria de Almirall Farma) que adquirió el conjunto de hospitales de Adeslas con la participación de Caixa Bank en un 20%. Es íntegramente español y en 2016 se hizo con el Grupo Nisa (Nuevas Inversiones en Servicios SA, propiedad de médicos valencianos) consolidándose como segundo en facturación con 521 millones de euros y un aumento de 160% en el quinquenio.

El tercero por orden de facturación lo ocupó en 2017 **Ribera Salud,** participado por Centene Corporation (adquirió en 2014 la participación de Bankia, heredada de las Cajas de Ahorro valencianas) y Banco de Sabadell (en 2019, Centene adquirió el 90% de Ribera Salud). En 2017 Ribera Salud facturó 449 millones de euros.

El sector sanitario privado tiene retos importantes

El cuarto puesto lo ocupa el **Grupo HLA-Asisa,** el segundo íntegramente español, que ha aumentado su facturación en el 47% en el periodo 2012-2017, hasta 375 millones de euros.

El quinto lo ostenta el **Grupo Hospital de Madrid,** de la familia Abarca. Desde 2012 ha adquirido diversos hospitales privados, expandiéndose fuera de la Comunidad de Madrid y ampliando su facturación en el quinquenio en un 94%, hasta 362 millones de euros. Su modelo de crecimiento es mediante la creación de redes hospitalarias locales (Madrid, Galicia, León, Cataluña).

El resto de los lugares por facturación lo ocupan **Hospiten** creado en Canarias por la familia Cobiella (176 millones de euros; incremento del 64%); **Sanitas,** propiedad de la multinacional Bupa del Reino Unido, con 258 millones de euros, aumento de 74% y **Clínica Universidad de Navarra** (182 millones de euros, aumento de 17%).

Retos del sector sanitario privado

En la última década hemos visto un reforzamiento muy notable del sector sanitario privado, por dos hechos fundamentales:

- El crecimiento del número de asegurados
- La mejora sustancial del área de provisión hospitalaria, en gran parte por un proceso de concentración, lo que significa nuevas capacidades de gestión y financieras

Esta situación no impide, naturalmente, que el sector sanitario privado no tenga importantes retos. Entre otros, los siguientes:

- ***Ser considerado un actor relevante en la política sanitaria general***, ya que, como hemos visto, hasta ahora está ausente de este campo.
- ***Superar las reticencias frente a la colaboración público/privada***. Estas reticencias proceden originalmente de las Administraciones Sanitarias y, como reacción, han ido acompañadas de un lógico desinterés por parte de las empresas del sector, ante las múltiples dificultades y obstáculos. Esta no es la mejor de las situaciones.
- ***Para las aseguradoras, convertirse cada vez más en empresas sanitarias***, tengan o no provisión propia, actuando no solo como pagadores. Empresas que conozcan y sigan el estado de salud de sus asegurados, orientándolos siempre en su periplo por el sistema, muy particularmente a los de alto riesgo.

- ***La continuidad de unas pólizas de seguros de muy bajo precio***, que necesitarán un ajuste más pronto que tarde[74], máxime cuando es más que posible que el proceso de concentración del sector provisor signifique, como ha significado en otros países, un incremento de tarifas de los provisores.

- ***Para el sector provisor, continuar su proceso de mejora y preocupación por la calidad***.

- ***Avanzar en el seguro a largo plazo***, favoreciendo unas pólizas de larga duración, con compromiso por ambas partes de permanencia y garantía, en esas circunstancias, de mantenimiento de la póliza con un crecimiento de su precio previsible, sin sobresaltos inesperados en el precio de las pólizas.

- ***Superar progresivamente la relación de las aseguradoras con los provisores mediante el pago por actividad***, para avanzar a un pago por resultados en salud en un entorno capitativo.

- Aunque esto no está ni en la agenda política ni de las empresas, y requeriría un desarrollo en profundidad, más allá del espacio de este informe, empezar a pensar en el papel sustitutivo del seguro sanitario privado, actualmente solo vigente en el modelo MUFACE, tal y cómo se están avanzando en algunos países europeos (Alemania, Holanda, etc.) y en Latinoamérica (Colombia, Chile, etc.)

Mediante el abordaje de estos retos, es más que previsible que el sector sanitario privado va a continuar su trayectoria de crecimiento y refuerzo.

En resumen, un sector prometedor e imprescindible

En definitiva, el sector privado ha crecido fuertemente en la época de crisis y especialmente en el período posterior a 2012, en que su rama provisora se ha concentrado fuertemente, de la mano de la inversión privada internacional, especialmente en el caso de Quirónsalud y por el meritorio esfuerzo de grupos españoles, algunos familiares, en los restantes.

Ha realizado una apuesta financiera y empresarial muy potente, cuyo éxito está asegurado por el lado de la demanda. El sector público no podrá aumentar significativamente su presupuesto financiero, como muestra la reciente Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España enviado a la Unión Europea[75], donde la previsión hasta 2022 es mantener el gasto sanitario en el 6% del PIB. En esas circunstancias y dadas las necesidades de aumento del gasto público en la ineludible renovación de equipos tecnológicos y en los compromisos adquiridos con la atención primaria, será casi imposible recuperar las cifras reales de gasto público previas a 2009.

Más complicada para el sector privado es alcanzar cifras de rentabilidad empresarial razonable a largo plazo, debida a la presión sobre los precios abonados por las aseguradoras privadas, derivadas del importe demasiado ajustado de las primas, sobre todo las colectivas. No obstante, esta es una situación que se resolverá paulatinamente por el interés compartido entre las dos partes empresariales involucradas: de ese acuerdo depende que se consolide y continúe la expansión del sector privado sanitario.

En cualquier caso, el peso e importancia alcanzados por el sector privado sanitario en España es irreversible. A medida que aumente la renta por persona, continuará reforzándose la propensión de los ciudadanos a garantizarse el recurso a un sistema complementario asistencial que le permita sortear las dificultades de acceso a nuestro sistema público. El Sistema Nacional de Salud seguirá siendo excelente y continuará constituyendo un eficaz instrumento de redis-

74. Será inevitable un incremento de tarifas en España en los próximos años Santacréu, J, El País, 24 enero, 2019
75. Reino de España, Actualización del Programa de Estabilidad 2019, 2019-2022

tribución y de seguridad a disposición de todos. No interesa poner trabas a la ayuda que pueda aportarle el sector privado, que siempre debería ser bienvenida y tenida en cuenta por la política sanitaria global.

En este sentido conviene tener siempre en cuenta la sabia sentencia de Olof Palme cuando afirmaba **para que el sistema de bienestar funcione, no hay que sobrecargarlo demasiado**.

Implicaciones

El sector sanitario privado se ha reforzado notablemente en la última década, marcada por un crecimiento notable del número de asegurados, así como por una modernización, mejora y consolidación del sector provisor privado.

El sector sanitario privado ya representa un porcentaje significativo del conjunto de la actividad sanitaria.

No obstante, el sector sanitario privado tiene que enfrentarse a importantes retos:

- La ausencia de un interés político por el sector privado y, en consecuencia, de una política sanitaria que tenga en cuenta ambos subsectores, el público y el privado.
- El deterioro de ciertas experiencias positivas de colaboración público/privada, en concreto las concesiones, que está llevando al sector sanitario privado a perder interés en este tipo de iniciativas, algo, creemos nosotros, negativo también para el sector público.
- La continuidad de unas pólizas de seguro a muy bajo precio, tanto más difíciles de mantener por cuanto es más que previsible que el proceso de consolidación del sector hospitalario privado vaya acompañado de un aumento de los precios.
- Continuar con la mejora y modernización del sector hospitalario privado.
- Avanzar en el seguro a largo plazo, con compromisos por ambas partes

El sector sanitario privado es un sector prometedor e imprescindible y, en el panorama sanitario español, está para quedarse.

¿Reformas desde el gobierno o desde el sector?

4

Nuestro sistema sanitario es muy reacio a las reformas, hasta el punto de que las grandes reformas fueron introducidas hace ya más de 30 años (el sistema MIR, la reforma hospitalaria, la reforma de la atención primaria, etc.). Esto permite decir que, en cierta manera, el sistema está viviendo de rentas y esto contrasta con otros sistemas sanitarios de nuestro entorno.

Posiblemente el haber realizado las transferencias a la totalidad de las comunidades autónomas sin una previa adaptación de la gobernanza del conjunto del sistema, está dificultando la introducción de ciertas reformas.

Esta dificultad de las reformas "de arriba abajo", ha hecho que se ponga todas las esperanzas en las reformas "de abajo a arriba", fundamentalmente la gestión clínica y las iniciativas de NO hacer.

No obstante, para ciertos cambios necesarios, se requieren reformas "de arriba abajo", aunque en el marco de la consiguiente alianza con amplios sectores profesionales del sector y otros agentes.

Existe un escepticismo creciente en el sector acerca de la voluntad y liderazgo de los gobiernos para aplicar una agenda de reformas sanitarias. Esas reformas están bastante bien definidas y hay una notable consenso, especialmente entre los técnicos, sobre su contenido desde hace años. Sin embargo, por temor a la impopularidad, por debilidad política, por dificultad de alcanzar un mínimo de consenso previo o por otros motivos, llevamos casi diez años desde que comenzó la crisis reclamando reformas, sin éxito.

Que no sea por falta de propuestas

A pesar de lo anterior, como la esperanza es lo último que se pierde, se siguen formulando propuestas reformistas para el Sistema Nacional de Salud, la última tan reciente como de junio de 2019[76], fue elaborada por ***FACME*** (Federación de *Asociaciones Científico Médicas*) y el ***IMAS*** (Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria) y fue avalada por el ***Foro de la Profesión Médica de España***[77]. Es decir, lo más granado del talento clínico apoyan estas propuestas, que se resumen en los 12 puntos de la **Tabla 21:**

Escepticismo sobre el liderazgo del gobierno para impulsar reformas

Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura, 2019-2023. Manifiesto
1. Combatir los factores de riesgo para la salud
2. Dar una respuesta adecuada al envejecimiento poblacional
3. Poner al paciente en el centro del sistema. Mejorar su experiencia
4. Promover las iniciativas locales. Evitar la uniformidad
5. Basar la política de personal en el desarrollo de las competencias profesionales, e incentivar las buenas prácticas
6. Vincular el Sistema Nacional de Salud a la generación de conocimiento, a la innovación y al desarrollo productivo
7. Digitalizar el Sistema Nacional de Salud
8. Crear el Observatorio de resultados en salud del Sistema Nacional de Salud
9. Gobernar el Sistema Nacional de Salud para que cumpla sus objetivos
10. Financiar adecuadamente al Sistema Nacional de Salud
11. Aumentar la eficiencia de los servicios, despolitizando su gestión
12. Implantar la gestión clínica en el Sistema Nacional de Salud

Tabla 21: El manifiesto de FACME e IMAS, junio 2019

Fuente: FACME e IMAS, 2019

76. *Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura 2019-2023. Por un Sistema Nacional de Salud centrado en las personas, de calidad, equitativo y eficiente, FACME e IMAS, junio 2019*
77. *El Foro de la Profesión Médica se constituyó en 2008 como referente global para abordar todo lo relacionado con la sanidad en general, el Sistema Nacional de Salud y el colectivo médico. Lo integran:* ***el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM),*** *la* ***Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, el Consejo Nacional de Especialistas en Ciencias de la Salud, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina***

El esfuerzo realizado por este colectivo es muy meritorio. Puestos a echar de menos, vemos que las propuestas van dirigidas exclusivamente a la parte pública del sistema y nos preguntamos si, llegado este momento, las reformas del sector público, aunque necesarias, son planteables sin una consideración simultánea del sector privado y con unas propuestas que incluyan a ambos sectores.

Los rankings internacionales, en contra de las reformas

De forma bastante continuada, los rankings internacionales colocan al sistema sanitario español en una posición de excelencia. Esto ocurrió ya desde el año 2000, en el que el informe de la ***OMS*** nos situaba como séptimo mejor sistema sanitario del mundo[78]; en 2018 en el que el informe ***Bloomberg***[79] etiqueta al sistema sanitario español como el más eficiente de Europa y el tercero del mundo; e incluso el del ***Instituto de Evaluación y Métrica Sanitaria***[80], publicado en *The Lancet*, que analiza carga de enfermedades y mortalidad, coloca a España en muy buena posición.

Cada ranking mide cosas distintas, por lo que habría mucho que hablar en cuanto a su valor. Por otra parte, otros no son tan favorables[81].

Pero lo que está claro es que los rankings se han utilizado contra las reformas. ***"Si estamos tan bien, ¿para qué arreglar nada?"***, parecen pensar los políticos. Esto ha sacado a la sanidad de la agenda política.

Una posición tan buena en los rankings ha contribuido a sacar al sector sanitario de la agenda política

Sin embargo, al margen de su incuestionable calidad, el sistema sanitario español necesita reformas. Fue creado para una sociedad distinta y está sujeto a importantes desafíos demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y de demandas de la población. No abordar las necesarias reformas es la mayor amenaza para nuestro sistema sanitario.

El ansiado Pacto de Estado para la Sanidad

Hay una apelación de los políticos a un ***Pacto de Estado para la Sanidad,*** sin concretar su contenido y con remotas posibilidades de alcanzarse. Recientemente, tras las elecciones generales, los líderes de los partidos han hablado de pactos al más alto nivel, pero la sanidad no ha estado presente en ellos[82].

Reformas desde abajo

Por esa razón, ha calado entre una parte sustancial de los profesionales la necesidad de iniciar reformas desde abajo, basadas en la ganancia de eficiencia a través de la gestión clínica y la mejora de los procesos basados en la digitalización. Además proponen una actualización de la prevención, "activando al paciente a través de la participación y de la medicina predictiva" y colocándole de verdad en el centro del Sistema.

En la ***gestión clínica*** proponen un traslado de responsabilidad desde las áreas macro a lo micro, superando los modelos actuales aplicados desde los servicios de salud y pasando a esquemas basados en las iniciativas de los gestores clínicos. Es decir, proponen una cesión de la capacidad de decidir desde los políticos y los gestores a los clínicos.

No les falta razón a los profesionales que proponen estos cambios. Ellos son los que han conseguido, junto con los gestores, que entre 2009 y 2015-2016, el Sistema Nacional de Salud haya sido capaz de ***hacer más con menos*** sin mayor agradecimiento que el de sus pacientes, ya que en su gran mayoría, ni siquiera han recibido el expreso de los responsables políticos. Consecuentemente, su opinión es escuchada y tiene credibilidad en la opinión pública.

Sin embargo, siendo el aumento de eficiencia uno de los objetivos centrales del Sistema

78. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. OMS. Ginebra (2000)
79. Health Care Efficiency Scores in 56 Economies, https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top, consultado 7 agosto 2019
80. Global Burden of Disease Study Report 2017, IHME-The Lancet, 2018
81. Euro Health Consumer Index 2018, Health Consumer Powerhouse 2019
82. Entrevistas de Pedro Sánchez con Pablo Casado y Albert Rivera. Este último propuso acuerdos de Estado en educación, terrorismo, inmigración y despoblación. El líder del PP citó acuerdos sobre pensiones, ciencia, violencia de género, transición ecológica, defensa y algunos temas de política exterior. En ningún caso se incluyó sanidad

Nacional de Salud ***cabe preguntarse si puede conseguirse solo a través de la gestión clínica o si requiere también reformas "desde arriba"***, desde el ámbito político. La respuesta es inevitablemente que hacen falta también reformas "desde arriba". La "gestión clínica" tiene un terreno bien delimitado, que no puede alcanzar a decisiones sobre inversiones, gestión de hostelería, gestión financiera del conjunto del centro, reformas en el régimen de personal, sin hablar de cuestiones globales de política sanitaria.

Llegado a este punto nos parece que sigue teniendo vigencia la clasificación de los ámbitos de la gestión sanitaria propuesta ya en 1993[83]. Ver **Figura 7.**

Los profesionales han impulsado reformas "desde abajo"

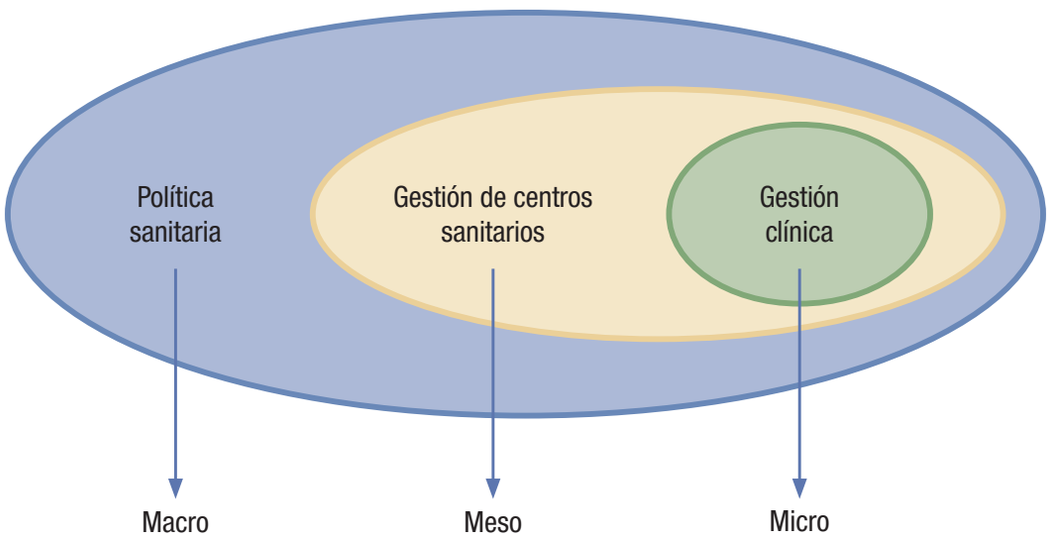


Figura 7: Los tres ámbitos de la gestión sanitaria

Fuente: Ortún, V, 1993

Por eso, haría falta combinar la credibilidad y el empuje desde abajo y la capacidad de impulsar mejoras más estructurales desde arriba. Sería una suerte de ***alianza entre los profesionales más dinámicos y proclives al cambio, con gestores y políticos para desatascar el Sistema***. Pero, ¿de qué reformas estructurales se trataría?

Limitándonos a acciones sobre el sistema sanitario, obviando por lo tanto otras acciones generales de políticas de salud (salud pública, salud alimentaria, salud laboral y ocupacional, medidas fiscales ante ciertos productos, política viaria, énfasis en la educación sanitaria, etc.), vemos fundamentalmente, y por orden de factibilidad, **cuatro reformas en nuestro sistema sanitario: evaluación, compras, profesionalización de directivos y autonomía de centros.** Esa factibilidad se deriva de la posible concurrencia de fuerzas de cambio desde arriba y desde abajo. A estas deben añadirse **tres clásicas, de abordaje más difícil: financiación, personal y gobernanza.** Ver **Tabla 22.**

También son necesarias reformas "desde arriba"

83. Ortún, V. Presentación del V Congreso de Salud Pública y Administración Sanitaria, Gaceta Sanitaria, 1993, 7 (38S): 1-2

Tabla 22: 7 reformas para el sistema sanitario

Fuente: Elaboración propia

Reformas más factibles	Reformas de más difícil abordaje
• Agencia de Información Sanitaria • Eficiencias en contrataciones y compras • Profesionalización de directivos • Autonomía de los centros	• Financiación • El régimen de personal • Modelo de gobierno del sistema

El disponer de un sistema nacional de evaluación de resultados en salud, una necesidad

Cuatro reformas más factibles

Evaluación unificada y propuesta de una Agencia de Información Sanitaria

En este campo de la evaluación, medición y comparación de resultados para obtener las ventajas de las innovaciones, coinciden plenamente los esfuerzos desde abajo y desde arriba. La descentralización del Sistema Nacional de Salud ha permitido generar experiencias organizativas y de gestión según territorios; se trata de comparar resultados para no perder una ventaja potencial de la descentralización. También hay que tener en cuenta experiencias del sector privado y de las concesiones.

Las fuentes de información son diversas y complementarias. En las comunidades autónomas destaca la *Central de Resultados* de **Cataluña,** que publica informes aplicando indicadores de eficiencia, seguridad, efectividad, satisfacción y otros que permiten la comparación entre centros de atención primaria, hospitalaria y salud mental. También publica resultados del Observatorio de Innovaciones en Gestión.

Andalucía aplica indicadores similares para medir resultados de calidad, que publica por territorios, no por centros. Pone énfasis en los *Procesos Asistenciales Integrados* (PAI) dirigidos a mejorar la coordinación asistencial y multiprofesional en las patologías más importantes.

La **Comunidad Autónoma de Madrid,** mantiene el *Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud,* organizado en atención hospitalaria, atención primaria y salud con indicadores desagregados por centros, que permiten comparaciones.

El **País Vasco** publica información sobre planes: de salud, de cuidados paliativos de innovación, de cuidados sociosanitarios y otros.

En realidad, todas las comunidades autónomas hacen esfuerzos informativos que publican. Sin embargo, la comparación entre comunidades apenas es posible por la diversidad de indicadores, de criterios de elaboración y de calendarios de publicación.

El **Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social** publica el *Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud,* con gran cantidad de información, como la del *Conjunto Mínimo Básico de Datos.* Es una información agrupada, sin indicadores que permitan comparar resultados por territorios y centros más importantes. Está dirigida al análisis del conjunto del Sistema Nacional de Salud pero es menos útil para comparar resultados de las diferentes políticas aplicadas por las comunidades autónomas; tampoco permite la comparación con el sector

privado, algo que ocurre también en las publicaciones de las comunidades autónomas.

Precisamente el sector privado, hace público anualmente el **Informe RESA,** para comparar resultados de calidad de centros hospitalarios privados. Es una información limitada pero homogénea que no permite la comparación con centros públicos y tampoco de los privados entre sí.

Dos meritorias iniciativas, una pública y otra privada, son el **Atlas de Variabilidad de la Práctica Médica y los informes del la Fundación IMAS-Facme.** El primero es una iniciativa del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, junto al FISABIO-CSISP de Valencia. Recibe financiación de la Unión Europea y publica informes por comunidades autónomas de variación de la práctica médica y resultados en enfermedades cardiovasculares, cirugía oncológica y otros campos como hospitalizaciones evitables. La segunda responde a la iniciativa de FACME, que realiza y publica, a través de la Fundación IMAS, estudios de comparación de resultados entre centros.

La propuesta que se realiza es la constitución de una **Agencia de Información Sanitaria** liderada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, aunque con una gobernanza madura con amplia participación de comunidades autónomas y otros agentes profesionales, siguiendo el ejemplo de lo que ocurre en el Reino Unido con su portal de indicadores del *National Health Service* y el *NICE,* o en Suecia, con su *Consejo Nacional de Salud y Bienestar,* que recoge información comparada de centros públicos y privados. La misión de la Agencia sería publicar indicadores agrupados por áreas del Sistema sanitario (público y privado) permitiendo la comparación entre centros, ***más enfocada al "valor" que a la actividad***. Nuestro sistema dispone de capacidad para agrupar la abundante información disponible y dispersa actualmente. Tampoco haría falta un gran esfuerzo financiero.

Eficiencias en contrataciones y compras: lenta pero en marcha

En la publicación ***"10 Temas Candentes de la Sanidad Española para 2017"*** este tema se trató con el título *"Comprar de forma más eficaz, comprar mejor"*. Allí se analizaba la oportunidad para conseguir ese objetivo que suponía la Directiva Europea 2014/24/UE de adjudicación de los contratos públicos de obras suministros y servicios, siguiendo dos grandes principios: la transparencia y la asignación de recursos públicos más eficiente. La nueva norma simplifica la contratación y establece la uniformidad jurídica, enfatizando la flexibilidad y la transparencia, tendiendo a disminuir el peso del precio y aumentar el de la oferta técnica.

En las compras hay una gran área de mejora

La nueva norma europea se ha traspuesto con retraso: la reciente Ley de Contratos del Estado 9/2017[84] se aprobó en noviembre de 2017 y entró en vigor el 9 de marzo de 2018. Hace solo algo más de un año que está en vigor y se está aplicando con lentitud y alguna resistencia; no es fácil adaptarse a la transparencia, a la negociación, y a la compra de soluciones y resultados, más que de producto. Menos aún, lo es potenciar los contratos mixtos de productos y servicios, los tratamientos o la valoración de soluciones innovadoras.

De hecho, no se ha constituido una plataforma común de comunidades autónomas para preparar pliegos-tipo para la compra de resultados o concursos con enfoque *value-based healthcare*. Por eso solo cabe esperar a que la aplicación de la Ley 9/2017 se vaya imponiendo en la introducción de tecnología y se aprenda a aprovechar las sinergias del Sistema Nacional de Salud como gran comprador público.

84. Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se trasponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014

Profesionalización de directivos, todavía una tarea pendiente

La demorada profesionalización de directivos

Los centros del Sistema Nacional de Salud vienen funcionando como un modelo gerencial con algunas reminiscencias corporativas. Desde el resistencialismo profesional a la autoridad de los gerentes, en la década de los 80 y 90 a la actualidad se ha avanzado mucho en la consolidación de éstos. En España se ha producido una evolución similar a la de toda Europa, en respuesta a la necesidad de contención de costes y de organización más eficiente, incorporando métodos empresariales en la gestión de centros sanitarios. Eso lleva consigo sistemas de información, análisis de costes, gestión y programación de inversiones, sistemas modernos de gestión de personal y otras técnicas similares, en resumen una profesionalización de la gestión, tomando como referencia la gestión de la empresa privada.

Avanzar en la autonomía de gestión de los centros, un proyecto que hay que recuperar

Lamentablemente, esta implantación no fue acompañada de una institucionalización de los cargos gestores. Estos se confunden frecuentemente con cargos políticos y son sustituidos cuando cambia de color el gobierno de la comunidades autónomas. Esta inestabilidad redunda en la pérdida de autoridad de los directivos entre los profesionales.

Existe una confusión entre los políticos sanitarios a propósito de la función de los directivos. A los primeros les corresponde definir las estrategias y grandes líneas de actuación; a los segundos instrumentarlas con herramientas y técnicas de gestión. **SEDISA,** la Sociedad Española de Directivos de Salud, ha propuesto criterios para implementar esa diferenciación de roles como periodos de nombramiento, objetivos anuales, evaluación periódica, selección por expertos independientes y transparencia en las convocatorias[85]. Es decir, una separación del rol político de la del gestor. Sin éxito, o con éxitos solo parciales, hasta ahora.

La profesionalización de los gestores no ha sido comprendida hasta ahora como una causa a defender por los profesionales partidarios de reformas desde abajo: quizá no se ha llegado a una alianza explícita entre ambos, lo que sería un fallo por ambas partes.

No obstante, esa profesionalización de los directivos exige una condición previa: una mínima autonomía de gestión de los centros, aparte de otras reformas estructurales en la gestión sanitaria.

La ansiada autonomía de los centros, entendida como unidades de negocio empresariales y gestoras

Una cierta autonomía es condición necesaria para el buen funcionamiento de un Sistema Nacional de Salud complejo. Existe coincidencia de opinión sobre la inconveniente rigidez del marco administrativo vigente, que, sin embargo, sigue siendo defendido por sectores profesionales y sindicales. En general, se prefiere el rígido marco administrativo del Estatuto-marco ante el temor a las posibles arbitrariedades de la Administración.

La rígida tradición administrativa se debe a la desconfianza en la disciplina financiera en los centros sanitarios, proclives a desviarse del presupuesto asignado y del sesgo funcionarial de la gestión de su personal. No obstante, esa gestión administrativista no ha evitado las desviaciones presupuestarias y ha impedido una gestión moderna de entidades tan complejas como los hospitales actuales.

En España existe una experiencia acumulada de ***huida del derecho administrativo***. Incluso el INSALUD puso en marcha en 1990 un sistema de medición de la actividad hospitalaria, con un esbozo de cuenta de resultados por centro. Más

85. Manifiesto SEDISA por la profesionalización de los directivos de la salud y la gestión sanitaria, SEDISA, 15 abril 2019

tarde se ensayó con formas diversas: ***empresas públicas*** (Andalucía); ***consorcios*** (Cataluña); ***fundaciones*** (Galicia); y, ***concesiones*** (Comunidad Valenciana y Madrid). Todas se aplicaron en hospitales nuevos, nunca en centros ya existentes.

En la actualidad, buena parte de esas experiencias están en regresión. No parece que los profesionales se hayan pronunciado claramente a favor de la autonomía de los centros. Desde abajo parece que no se ha querido entrar en una polémica que se considera política y difícilmente condicionable por los profesionales. Este es un error de apreciación. Como ya hemos dicho, la opinión de los médicos cuenta mucho y es atendida por su credibilidad.

Y otras tres reformas estructurales más difíciles

La financiación: su difícil aumento en los años próximos

Casi es un tópico tratar la financiación del sistema, aunque está en la base de muchos de los problemas del Sistema Nacional de Salud. Sobre todo cabe destacar su probable evolución futura, en virtud de los compromisos de déficit público, recientemente actualizados en el documento ***Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2019-2022.*** (ver **Tabla 23**).

Tabla 23: Cambio en la estructura del gasto por funciones. Programa de Estabilidad del Reino de España, 2019-2022

Fuente: Actualización Programa de Estabilidad del Reino de España, 2019-2022

Funciones	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	% del PIB					
1.Servicios públicos generales	5,6	5,6	5,5	5,4	5,2	5,1
2. Defensa	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
3. Orden público y seguridad	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
4. Asuntos económicos	3,8	4,0	3,7	3,6	3,6	3,6
5. Protección del medio ambiente	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9
6. Vivienda y servicios comunitarios	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
7. Salud*	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
8. Actividades recreativas, cultura y religión	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0
9. Educación*	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
10. Protección social	16,6	16,7	16,8	16,9	17,0	17,1
11. Gasto total	**41,0**	**41,3**	**41,1**	**41,0**	**40,7**	**40,7**

* Estas cifras recogen la evolución tendencial del gasto, que previsiblemente se incrementa como consecuencia de la reforma del sistema de financiación territorial
Fuente: Ministerio de Hacienda

La financiación, seguramente el Programa de Estabilidad no es realista en sanidad

En el cuadro adjunto se observa el gran condicionante de la política social española: las pensiones. Solo ese capítulo del gasto público social aumenta su peso sobre el PIB en el próximo trienio. El resto, incluida sanidad, se mantiene estable; en el caso de nuestro sector en el 6%.

El gasto sanitario en ***2022 se elevará a 83.600 millones de euros nominales***. Considerando el gasto de 2018, 72.500 millones de euros tendrá un incremento de 15,3% el mismo que el PIB nominal acumulado del período. Si se elimina la inflación prevista en el periodo, 7.08%, el aumento se reduce al 7,9% equivalente a 78.100 millones de euros de gasto sanitario en 2.022. No está aparentemente mal.

Sin embargo si comparamos estas cifras futuras con las del comienzo de la crisis el resultado es preocupante. Entre 2009 y 2018 la inflación acumulada fue el 12,2%. En 2009 el gasto público sanitario se elevó a 75.500 millones de euros, la misma cifra que el gasto en 2018, nueve años más tarde. Pero ***si tenemos en cuenta la inflación el gasto sanitario público en 2018 se redujo a 64.400 millones de euros y en 2022 se elevará a solo 69.600 millones de euros de 2009***.

En resumen: ***a pesar de los incrementos en euros de cada año, en 2018 gastamos 8.000 millones de euros menos en términos reales que al iniciarse la crisis y en 2020 seguiremos 3.000 millones de euros por debajo.*** Estos cálculos son indicativos porque debería aplicarse el deflactor de precios del sector sanitario, aunque no difiere demasiado del índice de precios general o de inflación. No obstante, ***la idea es clara: el gasto sanitario público seguirá por debajo del realizado al comienzo de la crisis como consecuencia de la caída de peso desde el 7% del PIB en 2009 al 6% actual y en los ejercicios venideros.***

Superar las cifras indicadas en 2022, el 6% del PIB, equivalente a 83.600 millones de euros nominales, será muy difícil, ya que se derivan del compromiso formal con la UE y del fuerte aumento del gasto en pensiones, auténtico agujero negro del gasto social en España, así como a nuestra situación de déficit y deuda, todavía necesitada de consolidación fiscal. Aún así se debería intentar mejorar el gasto público sanitario, al menos para recuperar el gasto conseguido al principio de la crisis en 2009. ***En ausencia de posibilidad inmediata de aumento del gasto público, cobra mayor importancia la ganancia de productividad***, tarea en la que el sector dinámico del sector está comprometido y la colaboración- coordinación con el sector privado puede tener un papel fundamental.

No obstante, en el sector sanitario, tanto en medios profesionales[86], como empresariales[87], como sindicales[88,89] se critican estas previsiones del Programa de Estabilidad de limitar el crecimiento del gasto sanitario público el 6% del PIB en el horizonte 2022, aduciendo falta de realismo, al ignorar las dinámicas de crecimiento del sector sanitario; que no atiende las necesidades sanitarias derivadas del envejecimiento; y, que nos aleja del grueso de los países de la Unión Europea. Incluso la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF) ha puesto en duda las previsiones del gasto sanitario que se contiene en los Programas de Estabilidad [90,91].

El régimen de personal. ¿Cómo avanzar hacia un sistema menos rígido?

Este es el punto más sensible de todas las reformas pendientes del Sistema Nacional de Salud y en el que las fuerzas profesionales más partidarias del cambio son menos activas. El debate sobre el régimen estatutario-funcionarial del personal sanitario es casi imposible de enfocar como realidad que condiciona otras reformas para hacer más ágil el funcionamiento del Sis-

86. Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura 2019-2023. Por un Sistema Nacional de Salud centrado en las personas, de calidad, equitativo y eficiente, FACME e IMAS, junio 2019
87. I Foro de Sanidad de El Economista. Intervención de Martín Sellés, presidente de Farmaindustria, Madrid, 6 de febrero de 2019
88. Declaraciones de Francisco Miralles, secretario general de la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM), https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/-faltan-medicos-en-toda-espana-no-solo-en-puestos-de-dificil-cobertura--7563, consultado 7 agosto 2019
89. Declaraciones del Sindicato de Enfermería (SATSE), https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/28-a-satse-pide-que-los-programas-incluyan-una-enfermera-en-cada-colegio-5514, consultado 7 agosto 2019
90. AIReF, Informe 24/18 Informe sobre la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2018-2021, ver gráfica 40, 18 mayo 2018
91. AIReF, Informe 32/19 Informe sobre la Actualización del Programa de Estabilidad 2019-2022, pp. 87-89, 9 mayo 2019

tema Nacional de Salud. El Estatuto Marco vigente, de 2003, define un sistema funcionarial que da origen a rigideces que se vienen repitiendo desde el comienzo de nuestro sistema de Seguridad Social. El modelo de gestión de personal del Sistema Nacional de Salud es una excepción en Europa y dificulta una gestión por competencias y el establecimiento de incentivos profesionales adecuados[92].

Entre ellos cabe destacar los siguientes: la **plaza en propiedad** que origina la inamovilidad en el puesto de trabajo y la ausencia de posibilidad de premiar retributivamente los casos de mejor práctica y de neutralizar los peores. El **carácter vitalicio de las jefaturas de servicio,** que impide en ciertos casos el buen funcionamiento de esas áreas. La **convocatoria de plazas autonómicas, no por centro,** que está en contradicción con la autonomía de los centros y de la selección de personal según sus necesidades y es el origen de la complejidad de selección del personal. La plaza en propiedad se intentó sustituir por un contrato laboral fijo en 1999 y fracasó por la oposición de la Dirección General de Gastos de Personal del Ministerio de Hacienda por "los potenciales conflictos que podría abrir en otros sectores". Las Ofertas Públicas de Empleo (OPEs) se han convertido en el mecanismo para reducir el alto porcentaje de interinos; resultan tan complejos que tardan varios años en ser resueltas.

Eso enlaza con el nivel de **precariedad laboral** de buena parte del personal: entre el 30% y el 40% está sujeto a contratación temporal, con consecuencias negativas para la calidad del servicio.

El resultado del sistema estatutario es la **plaza en propiedad,** que garantiza la inmovilidad con independencia del desempeño de su titular y es una situación inédita en la Unión Europea. Por otro lado, hay que resaltar la imposibilidad del **reconocimiento y diferenciación de la labor individual o colectiva** y vigencia de una cultura igualitarista y con un régimen disciplinario ineficaz por su lentitud y complejidad. La rigidez de este sistema estatutario está generando crecientes **obstáculos a la movilidad** entre centros y entre territorios.

En definitiva, el exceso de garantías contenidas en el Estatuto Marco está produciendo un perjuicio en los intereses de los profesionales, haciendo especialmente difícil estimular a los más dinámicos y comprometidos con el buen funcionamiento del Sistema. Por esa razón, habría que buscar **una alianza entre éstos y las autoridades sanitarias, a las que podrían sumarse otros colectivos con influencia en la opinión pública como los pacientes,** para intentar modernizar las relaciones laborales, en el sentido más amplio, dentro del Sistema Nacional de Salud.

El régimen de personal, la gran reforma pendiente del sistema público

Modelo de gobierno del Sistema

Es el campo más delicado y tratado por los analistas del sector, que coinciden en la ausencia de una gobernanza madura en el Sistema Nacional de Salud, donde la autoridad está muy repartida y no existe un referente superior claro. Afortunadamente, el fenómeno de las "mareas blancas", tan presente en los años centrales de la crisis, parece que ha perdido cierta vigencia, tras amenazar en constituirse como polo efectivo de poder dentro del Sistema Nacional de Salud. Consiguieron paralizar algunas iniciativas de largo plazo en Andalucía (Granada) y en Madrid, con argumentos demagógicos y populistas, negativos para el sector. Junto a ellos se alinearon los grupos que, bajo el lema de defensa de la sanidad pública, se posicionan contra cualquier reforma del sector.

Un modelo de gobernanza para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, un prerrequisito para las reformas

Una nueva gobernanza del Sistema Nacional de Salud pasa en las comunidades autónomas por órganos colegiados de gobierno y de participación. Entre los primeros, figurarían los ***Consejos de Gobierno en todas las organi-***

92. Epstein, RM, Hundert, HM, Defining and Assessing Professional Competence, JAMA, 2002, 287-226-235

Unos consejos de gobierno en las organizaciones sanitarias

zaciones y centros, con el compromiso de los profesionales. Previamente, habría que establecer criterios de buenas prácticas de gestión de los centros y profesionalizar la gerencia de los mismos, con responsabilidad de los gestores ante dichos Consejos. Lo anterior supone la separación de las funciones gestoras, de dirección de la organización y las de gobierno, que fija objetivos de calidad, eficiencia, productividad y reducción de gastos evitables y asegura que se alcancen, similar al régimen empresarial privado.

A esas funciones habría que añadir la participación de los profesionales en el buen funcionamiento de los centros, a través de la ***gestión clínica***, su asesoramiento, contando con las sociedades científicas y otras representativas, además de la participación ciudadana mediante las entidades que agrupan a los pacientes.

Ministerio de Sanidad: dirección estratégica para el Sistema Nacional de Salud y definidor de las reglas de juego para el sector privado

En el nivel superior habría que ***redefinir el papel del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social,*** como garante de la coordinación del sistema, reforzando sus funciones. Eso supone aclarar las competencias de la Alta Inspección, de proposición de la legislación básica y de aprobación de planes integrados. Para ejercer plenamente esas funciones habría que dotar de un reglamento al Consejo Interterritorial, haciendo preceptiva su consulta en todos los temas transcendentes, como las prestaciones, el modelo de gestión y otros, mediante reuniones periódicas y decisiones por mayoría cualificada.

En realidad, el modelo de gobierno del sistema se resume en un principio: que la autoridad y responsabilidad del Sistema Nacional de Salud estén claras y se supere la ambigüedad actual. Todo ello además, allanaría el camino a una mejora del sistema para que pueda dar respuesta a los nuevos desafíos como la transformación digital, la introducción de la medicina de precisión y la orientación a crónicos.

Implicaciones

Es evidente el acuerdo entre la mayoría de los expertos y analistas sobre la necesidad de reformas en el Sistema Nacional de Salud y bastante coincidencia sobre su contenido. En ese consenso aparecen cada vez más activos los profesionales más dinámicos del sector, agrupados en FACME y otras entidades profesionales, impulsoras, entre otras de iniciativas, de la implantación de la gestión clínica.

Aparte de las reformas "desde abajo", fundamentalmente en avances y mejora en la gestión clínica, se hacen necesarias reformas "desde arriba". Entre las más obvias, y en principio de menor dificultad, se encuentran:

- Agencia de Información Sanitaria
- Eficiencia en contrataciones y compras
- Profesionalización de directivos
- Autonomía de los centros

Sin olvidar otras reformas de mayor calado y dificultad, pero absolutamente necesarias:

- Financiación
- El régimen de personal
- El modelo de gobierno del Sistema

Conviene encontrar una coincidencia de actuaciones, en búsqueda de una mayor eficiencia y calidad del sistema, entre las fuerzas profesionales y las gerencias, además de propiciar su colaboración con los responsables políticos partidarios de reformar el Sistema Nacional de Salud. Dada la dificultad para conseguirlo con iniciativas "desde arriba", se trataría de intentarlo en coincidencia con las que parten "desde abajo", aprovechando la credibilidad y prestigio ante la opinión pública, obtenida por el grueso de los profesionales durante los años de crisis.

Superar una de las consecuencias de la crisis: abordar la obsolescencia del equipamiento, un problema no solo de dinero

5

La crisis económica conllevó reducciones significativas del gasto público en salud. Las partidas más afectadas en términos absolutos fueron los gastos en personal y en medicamentos. Pero en términos relativos, la partida que más sufrió fue la de inversiones.

Esto no fue gratuito. Produjo una notable obsolescencia del equipamiento del Sistema Nacional de Salud, de la que todavía no nos hemos recuperado.

Además, nuestro sistema se enfrentó a esta crisis sin unos criterios consensuados, como existen en otro países, en cuanto a la renovación de los equipos electro-médicos.

La crisis económica y su impacto en el parque tecnológico

Como es conocido, la crisis económica produjo en España una reducción muy significativa del gasto sanitario público (pasando del 75.574 millones de euros en 2009 a 66.552 millones en 2013). Esta bajada se produjo en cuatro años consecutivos: 2010, 2011, 2012 y 2013. En 2014 empezó una leve recuperación, más evidente a partir de 2015.

Esta restricción del gasto afectó en términos absolutos fundamentalmente a la remuneración del personal y al gasto farmacéutico. No obstante, en términos relativos la partida más afectada fue la de inversiones, cuyo importe pasó de 2.693,394 millones de euros (3,6% del gasto sanitario público en 2009) a 896,823 millones (1,3% del gasto en 2013). Esto significó unas inversiones en 2013 equivalentes al 33% del 2009. La recuperación progresiva del gasto sanitario público, a partir de 2014, no ha significado, ni mucho menos, una vuelta de las inversiones a cifras similares a las del 2009.

La partida de inversiones en tecnología médica, la más afectada por la crisis económica

La situación actual

Esta bajada significativa de las inversiones en los años de crisis, ha hecho que España se haya ido alejando más y más de las recomendaciones de antigüedad de los equipos que figuran en las Golden Rules de COCIR[93], como se ve en la **Figura 8:**

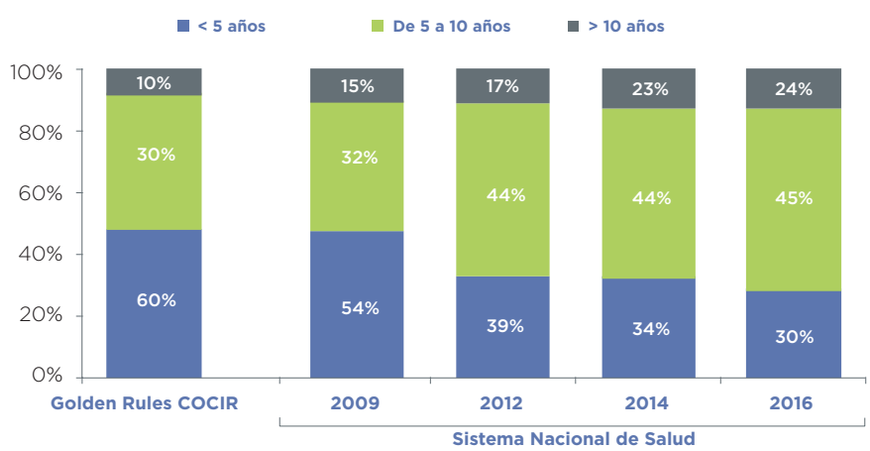


Figura 8: Situación en cuanto a antigüedad de los equipo de electromedicina en España

Fuente: FENIN, 2017 [94]

93. COCIR (European Cooordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry) agrupa a los principales fabricantes y proveedo
94. FENIN Perfil tecnológico hospitalario y propuestas para la renovación de las tecnologías sanitarias Diciembre, 2017

Cuando hablamos de obsolescencia de los equipos, estamos hablando de privar a los pacientes y a los profesionales de muchas ventajas que incorporan los nuevos equipos, tales como mayor seguridad del paciente (mejor resuelta en los equipos avanzados); reducción de dosis (posible con los nuevos equipos); post-proceso avanzado más fácil y rápido (incorporando programas automáticos para la reconstrucción de los estudios); disminución de repeticiones de exámenes (al cambiar la tecnología analógica a digital, el número de exámenes repetidos disminuye notablemente y, con ellos, los costes y la incomodidad de los pacientes y usuarios); mejores diagnósticos (los detectores digitales y las innovaciones de software permiten obtener una gran mejora en la calidad de imagen y, por tanto, diagnósticos más precisos); y, sin que sea necesariamente por último, disminución de lista de espera (debido a aumento de la rapidez del examen y la mejora en el flujo de trabajo).

En otras palabras, que la obsolescencia tecnológica puede afectar de forma muy directa a la calidad de la práctica clínica.

Una conciencia crítica en el sistema

Incluso con la distribución competencial de las transferencias, el Ministerio de Sanidad no puede inhibirse ante este grave problema

Estas reducciones en las inversiones del sistema sanitario público, con repercusiones en la obsolescencia de los equipos, hubieran pasado desapercibidas, si no hubiera sido por la actividad de múltiples organismos y asociaciones, que actuaron como conciencia crítica del sistema.

Nos referimos a:

- **FENIN,** que ya en 2015 publicó el documento *Perfil Tecnológico de Hospitales en España*, posteriormente actualizado en diciembre de 2017 y en enero de 2018.
- La **SERAM** (Sociedad Española de Radiología Médica), que, en colaboración con la Fundación Signo, publicó en 2017 *la Guía para la renovación y actualización tecnológica en radiología.*
- ***La Sociedad Española de Electromedicina e Ingeniería Clínica (SEEIC)***, se ha posicionado también sobre el tema.
- Igualmente, otras sociedades, como la **Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR).** Según el informe elaborado por la SEOR, junto con la Universidad Francisco de Vitoria, en España, la media de unidades de radioterapia por millón de habitantes es de 5,4, muy por debajo de los 8 equipos que recomienda la Unión Europea.

Vemos, pues, que la madurez del sistema sanitario se ha manifestado en este caso por el surgimiento de múltiples actores que han lanzado una alerta pública a lo que puede llegar a ser un problema asistencial.

El Ministerio de Sanidad no puede ponerse de perfil

Así como hemos visto el funcionamiento de una conciencia crítica en el sistema, que denunciaba las graves consecuencias de la falta de inversiones en tecnología médica, no podemos decir lo mismo de la actitud del Ministerio de Sanidad. En un reportaje de El País de abril de 2015[95] dónde se describía el problema, interrogado el Ministerio, su respuesta por escrito fue que *"hay una cartera de servicios y son las comunidades autónomas las que tienen que poner los medios materiales y humanos para cumplirla". "Decir cómo lo hacen sería invadir competencias".* Obviamente, una cosa es invadir competencias y otra muy distinta inhibirse por completo ante un grave problema, que

95. La crisis envejece el equipamiento tecnológico de los hospitales, El País, 15 abril, 2015

afecta a todo el sistema. Con independencia de que esta sea o no la actitud del actual equipo ministerial, no cabe duda de que la tónica de no entrar en los problemas de fondo del Sistema Nacional de Salud ha sido la predominante en el Ministerio de Sanidad en los últimos años.

El Ministerio carece de un registro que recoja la antigüedad del parque tecnológico del Sistema Nacional de Salud. Las comunidades en general tampoco lo tienen.

No solo un tema económico

Llegados a este punto debemos plantearnos si la recuperación del nivel de inversiones previo a la crisis por sí mismo resolvería el problema. Creemos que esa puede ser una condición, pero por sí mismo no lo resolvería.

Lo que nos falta como país es un auténtico sistema de evaluación del ciclo de vida de las tecnologías médicas, que nos ponga frente a unos estándares indicativos de vida útil de los equipos médicos.

Avanzar en esa línea debe ser una de las enseñanzas de la crisis. Pero antes de avanzar más, veamos primero lo que se hace en otros países:

En otros países hay criterios en cuanto a la renovación del equipamiento médico

Estados Unidos

La ***Asociación Americana de Hospitales*** ha publicado varias revisiones de su guía sobre la vida útil de los recursos hospitalarios inventariables *(Estimated Useful Lives of Depreciable Hospital Assets,* ver **Figura 9**). Esta guía se utiliza como referencia para la valoración de los proveedores asistenciales de *Medicare y Medicaid* del estado de sus recursos tecnológicos.

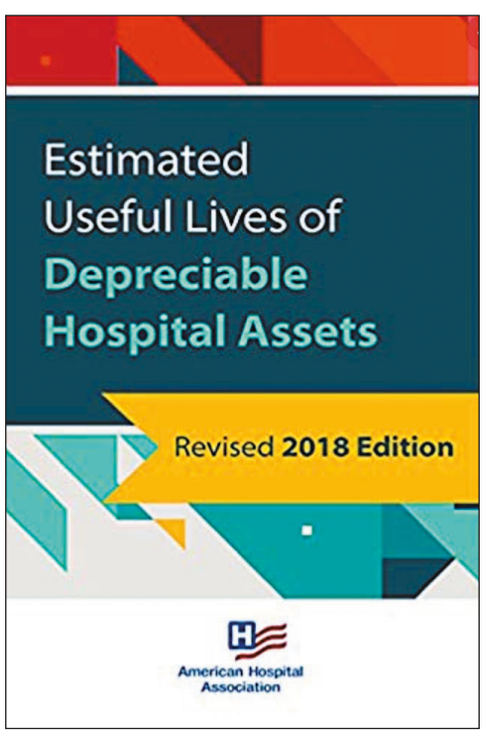


Figura 9: Portada de la publicación de la Asociación Americana de Hospitales

Fuente: Asociación Americana de Hospitales, 2018

Asimismo, la ***Administración de Veteranos*** publicó en 2012[96] una guía con una exhaustiva relación de tiempos de esperanza de vida de los equipos de tecnología sanitaria.

La tabla publicada por la Administración de Veteranos indica que ***la expectativa (ciclo) de vida no debe ser el criterio de reemplazo de un equipo.*** Deben utilizarse también otros criterios: obsolescencia tecnológica, índice de fallos, costes de uso, problemas de mantenimiento, sospecha de falta de seguridad, etc.

Con estos criterios, los tiempos de vida media esperados en el documento de la Administración de Veteranos es mayor que en el de la Asociación Americana de Hospitales, según puede verse en la **Tabla 24:**

Tabla 24: Comparativa de vidas medias esperadas según la Asociación Americana de Hospitales y la Administración de Veteranos

Fuente: Asociación Americana de Hospitales, 2013

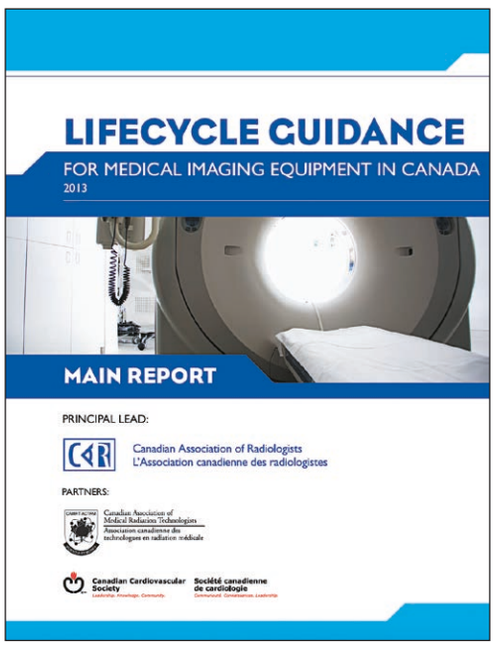
	Vida esperada de los equipos AHA (años)	Guía 2012 Administración de Veteranos, USA
Tomografía Computerizada	5	8
Ecografía	5	8
Resonancia Magnética.	5	5
Equipo de Radiología convencional	5	10

Canadá

La **Sociedad Canadiense de Radiología Médica** ha publicado *Lifecycle Guidance for Medical Imaging Equipment in Canada 2013* (ver **Figura 10**)

Figura 10: Publicación canadiense sobre el ciclo de vida de las tecnologías médicas

Fuente:CAR, Canadian Association of Radiologists, 2013



96. US Veterans Administration, 2012 Equipment Life Expectancy

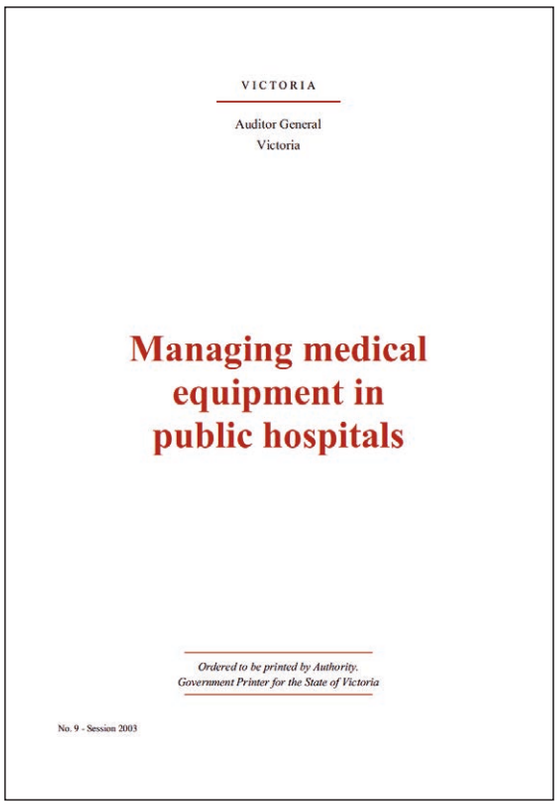
Establece unas recomendaciones de renovación de los equipos que considera no solo la antigüedad sino distintos elementos:

- Los criterios para la priorización en el reemplazo o gestión del Ciclo de Vida basada en una algoritmo que pondere diferentes aspectos del equipo, como el riesgo, edad, disponibilidad de piezas, coste de mantenimiento, productividad, etc.
- Si es más apropiada la actualización (*upgrade*) o renovación del equipo existente.
- En la adopción de nuevas tecnologías emergentes se debe considerar el beneficio incremental de las nueva tecnología.

El enfoque canadiense nos parece muy realista y completo.

Australia

El estado de Victoria, en Australia, publicó en 2003 el documento *Managing Medical Equipment in public hospitals* (ver **Figura 11**), elaborado por la oficina del *Auditor General*, que ha sido una referencia sobre la gestión de la tecnología sanitaria.


VICTORIA

Auditor General
Victoria

Managing medical equipment in public hospitals

Ordered to be printed by Authority.
Government Printer for the State of Victoria

No. 9 - Session 2003

Figura 11: Documento del Estado de Victoria (Australia), sobre gestión de tecnologías médicas

Fuente: Auditor General, Victoria (Australia), 2003

Las principales recomendaciones a los hospitales son:

- Disponer de un plan de gestión de la tecnología médica que incorpore los fondos requeridos para una planificación a 5 años
- Disponer de un registro de la tecnología con su clasificación y documentación esencial
- Desarrollar guías de gestión del ciclo de vida
- Monitorizar de manera regular los niveles de utilización del equipo

Una publicación más reciente[97] centra el informe de auditoría en el análisis de los equipos de alto valor, específicamente Resonancia Magnética y Tomografía Axial Computerizada.

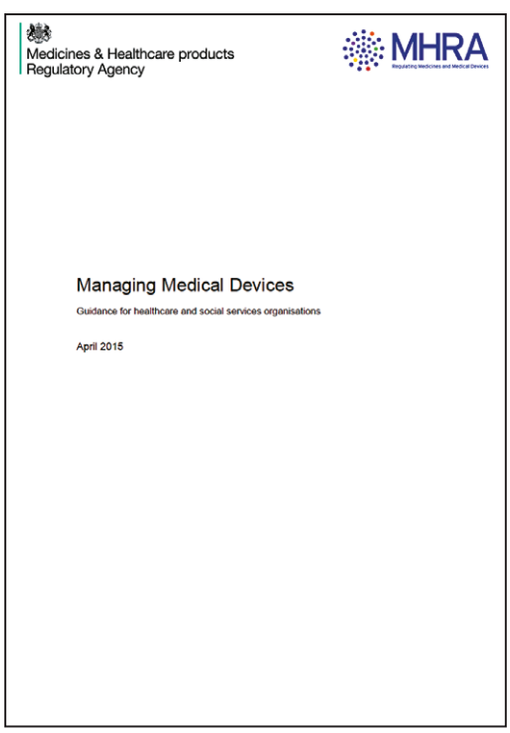
Reino Unido

El Reino Unido, siempre tan prolífico en la generación de documentos de interés sanitario, ha publicado múltiples informes sobre la gestión de las tecnologías médicas, tanto del propio gobierno británico, como del *National Health Service* (en sus distintas organizaciones inglesa, escocesa, galesa y norirlandesa), como de sociedades científicas.

El documento *Managing Medical Devices* del 2015, publicado por la **Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios** (ver **Figura 12**) aborda el concepto integral de ciclo de vida de las tecnologías, desde la planificación de adquisición hasta la desinstalación y refuerza el concepto de mantener un registro documental único con la información completa de cada equipo, tanto económica como técnica.

Figura 12: Portada de Managing Medical Devices, 2015

Fuente:MHRA, Managing Medical Devices, 2015


Medicines & Healthcare products Regulatory Agency

MHRA

Managing Medical Devices

Guidance for healthcare and social services organisations

April 2015

97. Efficiency and Effectiveness of Hospital Services: High-value equipment, Victorian Auditor, 2015

Sociedades europeas

La ***Sociedad Europea de Radiología (ESR)*** ha publicado un documento[98] donde define la posición de la sociedad sobre la renovación del equipamiento radiológico. Las recomendaciones son:

- Cada institución sanitaria debe tener un plan a 5 años de actualización o renovación de la tecnología
- Debe considerarse el mantenimiento de los equipos, dado que su ausencia puede reducir su ciclo de vida en un 50%
- Como criterio general hay que considerar: tecnología de menos de 5 años, en el "estado del arte"; tecnología entre 6 y 10 años, puede estar en funcionamiento útil con adecuado mantenimiento; equipos de más de 10 años, obsoletos tecnológicamente y deberían renovarse de forma prioritaria

El *European Cooordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry (COCIR)* ha establecido unas ***Golden Rules,*** que fueron lanzadas a partir del consenso de tecnólogos donde se relaciona la edad de los equipos con su capacidad de incorporar tecnología actual e innovadora. Estas reglas se presentan en la **Tabla 25:**

Golden Rules de COCIR en cuanto al estado de la tecnología médica
1. Al menos el 60% de los equipos instalados en un centro deben tener menos de 5 años.
2. Como máximo, el 30% de los equipos debe tener entre 6 y 10 años.
3. Se limitará a un máximo del 10% las tecnologías disponibles con edad mayor de 10 años.

Tabla 25: *Golden Rules* de COCIR

Fuente: COCIR, 2016

COCIR publica cada dos años el informe *Medical Imaging Equipment AGE PROFILE & DENSITY* (Ver **Figura 13**)

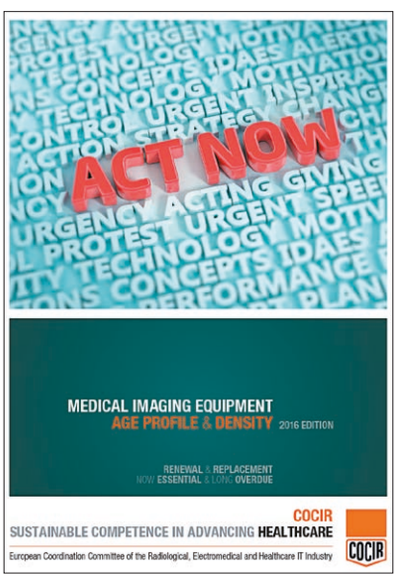


Figura 13: Portada del informe de COCIR

Fuente: COCIR, 2016

98. Renewal of radiological equipment, 2014

Cuantificación de un posible plan RENOVE

La situación de las tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud, muy alejada de las recomendaciones de las *Golden Rules* de COCIR, como hemos visto, llevó a FENIN a elaborar, en enero de 2018, una propuesta de inversión que reparara esta situación en 4 años.

La propuesta se hace tras un conocimiento profundo de la situación de las distintas tecnologías instaladas (Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, sistemas de intervencionismo, mamografía, radiografía convencional, ecografía, aceleradores lineales, PET, instrumentos de soporte vital, monitorización).

Se prevé una inversión a lo largo de 4 años. En los cálculos se ha tenido en cuenta la donación realizada por la Fundación Amancio Ortega. Llevar las tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud a un cumplimiento de las *Golden Rules* en el plazo de 4 años significaría una inversión de 372,7 millones de euros/año, en torno a un total de 1.500 millones de euros en los cuatro años. Una considerable inversión, pero nada que esté alejado de las posibilidades y recursos del sistema. Una representación de este planteamiento se presenta en la **Tabla 26:**

Tabla 26: Propuesta de FENIN, para la renovación en cuatro años del parque tecnológico del Sistema Nacional de Salud

Fuente: FENIN, enero, 2018

Modalidades	Tasa anual de renovación (%)	Inversión estimada /año Millones € Plan 4 años	Precio promedio Miles €	Inversión Plan FAQ/año Millones € Plan 4 años	Inversión estimada/ año Minorada Millones € Plan 4 años
TAC	14%	34,87	448	2,1	33,36
RM	14%	39,09	1126	3,7	36,53
ASD/HEM	14%	34,79	700	0	34,7
MAM	16%	16,04	180	5,3	12,33
RCO	16%	42,04	184	0	92,04
ECO	14%	62,37	56	0,3	62,17
ALI	14%	67,42	2587	65,4	21,66
PET-CT	13%	9,71	1067	0,5	0,38
SOP. VITAL	17%	35,09	23	0	35
MONITORIZACIÓN	17%	35,55	4	0	35,55
		426,8		**77,2**	**372,7**

Hace falta algo parecido a un Plan RENOVE del equipamiento médico

En abril de 2019 FENIN advierte[99] que este plan no se está cumpliendo, y no se está corrigiendo el nivel de obsolescencia, a pesar de la relevante donación de 320 millones de euros de la Fundación Amancio Ortega, tan injustamente criticada en el sector, cuando el ejercicio de las donaciones altruistas debería ser algo estimulado y no criticado en el sector, algo compatible con la preocupación desde los presupuestos públicos del estado del equipamiento y las instalaciones en general.

99. https://www.plantadoce.com/empresa/fenin-da-un-toque-de-atencion-la-inversion-en-tecnologia-sanitaria-no-corrige-la-obsolescencia.html, consultado 16 julio, 2019

Forma de abordar una renovación de la tecnología del Sistema Nacional de Salud

Es evidente la necesidad de este plan de renovación tecnológico. Hay que reponer la obsolescencia generada en los años de reducción del gasto en sanidad por la crisis económica.

¿Cómo se hace esto?

No hay que inventar nada. Hay que utilizar las formas habituales de adquisición que tiene el Sistema Nacional de Salud, tal y como se ven en la **Tabla 27:**

Forma de adquisición de tecnología en el Sistema Nacional de Salud
a) A través del Capítulo VI (inversiones) de los presupuestos sanitarios
Generando una dotación presupuestaria específica para este fin de los servicios de salud de las comunidades autónomas. Esta propuesta es la que responde de forma más natural a cómo la administración cubre sus necesidades de alta tecnología.
Sería una iniciativa que se podría adoptar por acuerdo en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
b) A través del Capítulo II (compra de bienes y servicios)
Si no se quiere incrementar el Capítulo VI, la dotación podría hacerse a través del Capítulo II, utilizando para ello la fórmula del arrendamiento (renting); arrendamiento financiero (leasing); la cesión de equipos vinculados a la adquisición de fungibles; o, incluso los contratos de colaboración público-privada (actual contrato de concesión conforme a la nueva directiva)
c) Tecnología en desarrollo
Es también una oportunidad para incorporar al sistema sanitario los proyectos de investigación que se están llevando a cabo en el campo de la alta tecnología sanitaria.

Tabla 27: Formas de adquisición de tecnología en el Sistema Nacional de Salud

Fuente: FENIN, 2017

Las fórmulas son muchas y no demasiado complicadas; la necesidad, evidente; el momento de oportunidad para activar la voluntad política es lo que es necesario.

Planteamiento de solución

Las bases para una solución del problema de la obsolescencia del equipamiento en el sistema público español se presentan en la **Tabla 28:**

Bases planteamiento solución obsolescencia equipamiento sector público sanitario en España
• A corto plazo:
Aprobación de una especie de plan RENOVE de actualización de tecnología
• A medio-largo plazo:
- Crear criterios generales consensuados de renovación y actualización del parque tecnológico - Establecer criterios de valor en la renovación de las tecnologías, sobre todo teniendo en cuenta lo que aporta más valor al paciente - Crear en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social un registro cualificado de la tecnología funcionante, con un sistema de alertas ante la evidente obsolescencia

Tabla 28: Bases planteamiento solución obsolescencia equipamiento tecnológico

Fuente: Elaboración propia

Una lección de la crisis: hay que fijar criterios consensuados de renovación de los equipos

Hace falta un cambio cultural

Ya hemos dicho que el problema de las inversiones no es solo un tema económico. Aunque es evidente que la superación de la actual obsolescencia tecnológica en nuestro sistema sanitario público requiere unas inversiones a corto, medio y largo plazo también es preciso un cambio cultural que establezca un consenso sobre unos estándares de vida útil de las distintas tecnologías, en línea con lo que hemos visto en otros países.

Implicaciones

La grave crisis de obsolescencia del parque tecnológico en el Sistema Nacional de Salud, debe afrontarse de dos maneras, con medidas a corto plazo y otras a medio-largo plazo:

- Medidas a corto plazo

  Activación de una especie de Plan RENOVE, como el propuesto por FENIN, que permita la recuperación del parque tecnológico del Sistema Nacional de Salud en un plazo de en torno a cuatro años.

- Medidas a medio-largo plazo
  - Sacando enseñanzas de la crisis, para avanzar en los criterios de renovación de los equipos de tecnología médica. Esto requerirá:
    - Crear, de forma consensuada entre las Administraciones, sociedades científicas y empresas de tecnología, unos criterios generales de renovación del parque tecnológico aprovechando la experiencia previa y los pasos dados por otros países. Solo este abordaje impedirá la repetición de una crisis de obsolescencia tecnológica similar en el futuro ante una determinada evolución no positiva de la economía general.
    - Establecer criterios de valor en la renovación de las tecnologías, sobre todo teniendo en cuenta lo que aporta más valor al paciente.
    - Crear en el Ministerio de Sanidad un registro de la tecnología médica funcionante en el parque sanitario español, público y privado, que incorpore la antigüedad de los equipos y otros elementos relevantes para su renovación.

Lo que está claro es que hay que sacar las enseñanzas de la crisis de obsolescencia que estamos sufriendo para sentar las bases para que no se vuelva a repetir.

¿Faltan médicos en España?

6

Las noticias en España sobre déficits de médicos no han dejado de crecer en los últimos años.

En este contexto, siempre surgen voces que tratan de “arreglar” el problema con más médicos.

España tiene graves problemas de política de personal médico y de organización de la actividad médica, pero el déficit de médicos no es uno de ellos.

Un goteo de noticias sobre la falta de médicos

En los últimos tiempos es raro el día que se puede leer el periódico sin encontrarnos con alguna noticia sobre la falta de médicos en España: el hospital de Lorca ha tenido que suspender citas[100], en el hospital de La Arrixaca la marcha de un grupo de anestesistas obligó a suspender operaciones[101], en Asturias la falta de pediatras ha sublevado a los padres[102], en Ibiza la escasez de anestesistas hace crecer las listas de espera[103], la Unidad del Dolor de Pontevedra no logra cubrir las bajas y da citas con más de un año de espera[104], el Defensor del Pueblo de Aragón ha pedido solucionar la falta de médicos rurales[105],… Eso por mencionar solo unas pocas de las muchas noticias que aparecen.

Ante esta avalancha de noticias no es de extrañar que haya calado entre la población general, e incluso en ambientes profesionales, la idea de que faltan médicos en España. ¿Es esa realmente la situación?. Veamos los hechos antes de pronunciarnos.

Antecedentes

El número de médicos por habitantes

La Organización Médica Colegial ha publicado recientemente un estudio sobre la demografía médica en España[106]. Citando datos de la OCDE, menciona que el número de médicos en España por 1.000 habitantes es de 3,9, por encima de la media de la OCDE-Europa, que es de 3,3. El país con más médicos per cápita es Grecia, con 6,2 por 1.000 habitantes; seguido de Austria (5,1), Portugal (4,6), Noruega (4,4), Lituania (4,3), Suiza (4,2), Suecia (4,2), Alemania (4,1) y Rusia (4). Países tan importantes como el Reino Unido o Francia tienen menos médicos por 1.000 habitantes que España (2,8 y 3,3, respectivamente).

España, por encima de la media de la OCDE en médicos por 1.000 habitantes

Médicos por especialidades

Utilizando datos de EUROSTAT, el citado informe de la Organización Médica Colegial identifica las especialidades en las que estamos por encima de la media europea y aquellas en las que estamos por debajo. Según este ranking, España está a la cabeza en hematólogos por 1.000 habitantes. Las especialidades en las que tendríamos déficit de médicos serían neurocirugía, urología, anatomía patológica, cirugía plástica, otorrinolaringología, oftalmología, neurología, dermatología, cardiología, cirugía general, medicina del trabajo, medicina interna, obstétrica y psiquiatría.

En cambio estamos por encima de la media europea en especialidades como pediatría, anestesiología y radiodiagnóstico, precisamente aquellas sobre las que más abundan las noticias de escasez. Lo que nos lleva a pensar que los problemas deben ser otros.

100. https://www.laverdad.es/murcia/lorca/hospital-suspende-citas-20180226005745-ntvo.html, consultado 16 julio, 2019
101. https://www.elconfidencial.com/espana/2018-03-10/faltan-medicos-sanidad-publica-recortes-anestesistas-pediatras-atencion-primaria_1533055/, consultado 16 julio
102. https://www.lne.es/oriente/2017/08/10/padres-madres-anuncian-movilizaciones-falta/2147522.html, consultado 16 julio, 2019
103. https://www.diariodeibiza.es/pitiuses-balears/2017/07/28/falta-anestesistas-duplica-lista-espera/931376.html, consultado 16 julio, 2019
104. https://www.farodevigo.es/portada-pontevedra/2017/11/08/unidad-dolor-chop-da-citas/1782065.html, consultado 16 julio, 2019
105. https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2017/11/22/el-justicia-urge-soluciones-para-deficit-medicos-especialistas-aragon-1209400-300.html, consultado 16 julio, 2019
106. Estudio sobre Demografía Médica, OMC-CESM, 2018

Médicos por territorios: la España del Norte y del Sur

España tiene de media 476 médicos colegiados activos por 100.000 habitantes. Por encima de la media nacional se encuentran Navarra, Cantabria, Madrid, País Vasco, Aragón, Asturias, Castilla y León y La Rioja. Todas las demás, están por debajo. Esto hace que, si exceptuamos a Cataluña y Galicia, que se encuentran por debajo de la media, parece dibujarse un mapa de la España del Norte (con más médicos que la media) y la España del Sur (con menos) (Ver **Figura 14**)

Figura 14: La España del Sur y la del Norte en cuanto a distribución de médicos

Fuente: Organización Médica Colegial, 2018 (Modificado)

Desiertos médicos

Dentro de la disparidad Norte-Sur, hay otra realidad incluso más presente: la de los "desiertos médicos", especialmente las zonas rurales. Los médicos pueden ejercer en determinados pueblos para adquirir experiencia, pero, en cuanto pueden, suelen abandonarlos, por falta de incentivos. Algunos países como Francia o Estados Unidos, han implantado medidas para cubrir estas áreas, pero este no es el caso de España.

Facultades de Medicina y numerus clausus

En el curso 19/20, el *numerus clausus* para estudiantes de Medicina fue de 7.051[107] (5.693 en Universidades públicas y 1.358 en las privadas). Este *numerus clausus* aumentó en más del 60% respecto al de 2005, que se había mantenido estacionario durante los años 90'.

En España existen 42 Facultades de Medicina, un número muy alto si lo comparamos con otros

107. Numerus clausus 19/20: todas las plazas de Medicina, facultad por facultad, Redacción Médica, 6 junio, 2019

países de nuestro entorno. Hace diez años había solo 28. De hecho tenemos 0,95 Facultades por millón de habitante, mientras el Reino Unido tiene 0,46; Francia 0,44 y Alemania 0,45. Solo Corea del Sur supera la ratio estatal de facultades de Medicina. Y en España todavía se anuncian nuevas Facultades de Medicina, como en la Universidad Pública de Navarra y en la de Deusto.

Para situar estas cifras, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa idónea de número de estudiantes de medicina es de 1 por cada 10.000 habitantes, lo que situaría a nuestro país con unos 4.650 estudiantes anuales de medicina de nuevo ingreso (frente a los 7.051 para el curso 19/20) muy por encima de las recomendaciones internacionales. En cuanto al número de facultades, la tasa que recomienda es de 0,5 por millón de habitantes, lo que representaría en torno a 23 facultades, si se cumpliera esa ratio.

Tanto el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, como la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, con el amparo del Foro de la Profesión Médica, se han expresado en contra de la apertura de nuevas Facultades de Medicina, publicando un documento donde se razona que, no necesitando nuestro país más estudiantes de Medicina, no tiene sentido la apertura de nuevas facultades, lo que considera un despilfarro económico y que no responde a ninguna prioridad educativa ni sanitaria[108,109]. Incluso el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina ha organizado una campaña llamada ***"Stop Nuevas Facultades"*** (Ver **Figura 15**). No obstante, en este tema parecen prevalecer tanto las posibles oportunidades comerciales de las Universidades privadas como de prestigio político de algunas comunidades autónomas.

Un número muy alto de Facultades de Medicina y de estudiantes de Medicina

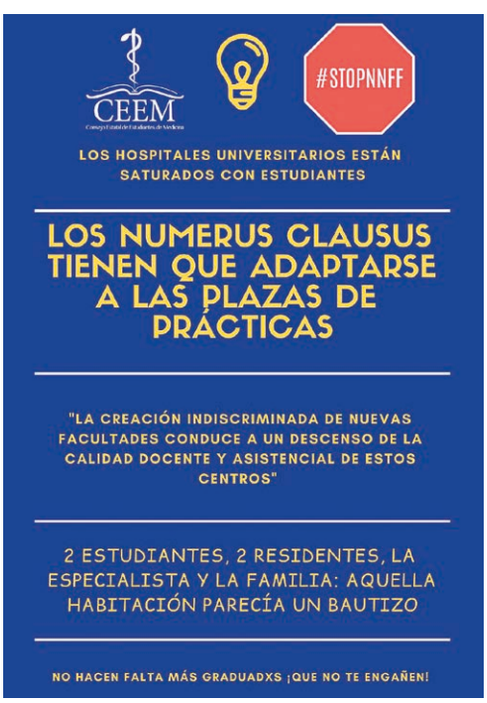


Figura 15: Uno de los carteles de la campaña "Stop Nuevas Facultades"

Fuente: Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, 2019

108. Foro de la Profesión Médica de España, El Foro de la Profesión Médica se reafirma contra la apertura de nuevas Facultades de Medicina, 2016
109. Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, Razones contrarias a la apertura de nuevas Facultades de Medicina en España, 2019

No hay plazas MIR para todos los egresados de las Facultades

Perspectivas de gran número de jubilaciones entre los médicos en los próximos años

Formación MIR

En España, se ha producido un fenómeno interesante. De la misma manera que aumentaban las plazas de estudiantes de Medicina, se contraían las de formación MIR. Así, mientras las plazas de estudiantes crecieron el 60% en el período 2005 y 2017, la oferta de formación MIR creció solo un 15,2%.

Así, durante algo menos de un decenio hubo más plazas MIR que egresados de Medicina, situación que empieza a cambiar en 2012. En el curso 2015/2016 el número de plazas MIR fue inferior al de egresados en Medicina. De continuar esta tendencia, este fenómeno generará una bolsa creciente de aspirantes a plazas MIR, con las previsibles tensiones subsecuentes, similar al problema que en su día representaron los "mestos"[110].

Marco normativo

Hay un complejo marco normativo, que muchas veces impide un abordaje global de los problemas de la formación médica y del número de facultativos y especialistas:

- El grado de Medicina depende del Ministerio de Educación
- Las especialidades dependen del Ministerio de Sanidad
- El número de plazas MIR depende de las necesidades que expresen las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas

Seguramente esta dispersión de atribuciones, puede contribuir a que nadie "coja el toro por los cuernos" y se plantee ciertos temas de los analizados en este capítulo.

Perspectivas de jubilación

En los próximos diez años se van a jubilar más de 70.000 médicos, el *boom* de los nacidos antes de 1960. Pero, de forma más inmediata, 28.000 médicos se jubilarán en los próximos cinco años[111].

En este tema no hay soluciones rápidas, ya que, aunque el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha un grupo de trabajo con las comunidades y los sindicatos médicos, desde que se empieza la carrera hasta que se acaba la especialidad pasan, como mínimo, 10 años. Así que, de apaños rápidos, nada.

Desempleo médico

Entendemos, obviamente, por desempleado aquella persona que queriendo trabajar, no tiene trabajo. Una situación bastante común en España entre la población trabajadora en general.

Pues bien, si bien el desempleo registrado de los médicos españoles ha aumentado durante los peores años de la crisis económica, su nivel es muy inferior al de otros colectivos biosanitarios y, sobre todo, al de la población activa. De hecho, médicos generales y especialistas son las dos ocupaciones con mejores perspectivas en el sector sanitario en 2017, según informa el Servicio Público de Empleo Estatal[112].

Éxodo de médicos españoles

No tenemos cifras exactas del número de médicos españoles que se van a trabajar al extranjero, solo suposiciones a partir de los certificados de idoneidad solicitados a la Organización Médica Colegial, ya que dicho certificado es obligatorio para poder colegiarse en el extranjero. Según datos de esta organización el número de solici-

110. ¿Quiénes son los mestos?, Asociación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas sin Título Oficial, http://www.mestos.es/quienes-son-los-mestos.html, consultado 10 agosto 2019
111. 28.000 médicos se jubilarán en los próximos cinco años, El País, 24 enero, 2019
112. SEPE. Observatorio de las ocupaciones. Informe de prospección y detección de necesidades formativas, 2017

tantes en 2018 aumentó un 7,4% respecto a los de 2017 y la tendencia en los primeros meses de 2019 es que continúa aumentando[113]. Ver **Figura 16.**

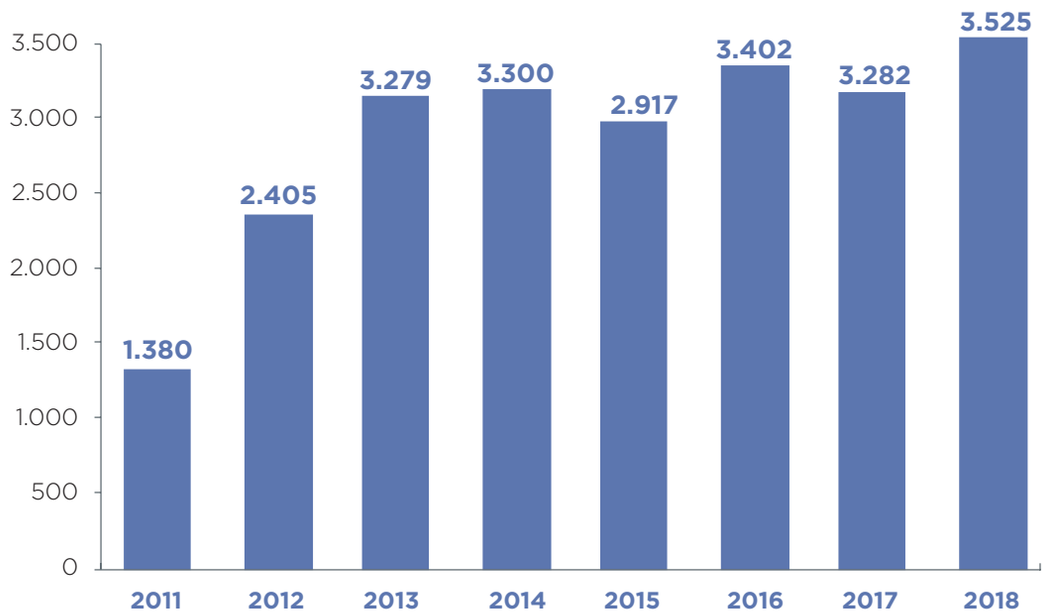


Figura 16: Peticiones de certificados de idoneidad de médicos para salir a trabajar al extranjero

Fuente: Organización Médica Colegial, 2018

Según esto, 23.490 médicos han solicitado en el período 2011-2018 el certificado de idoneidad. No obstante, no está claro que todos los solicitantes de certificados de idoneidad se van al final a trabajar al extranjero[114], ya que no es descartable que muchos médicos lo soliciten cuando barajan sus opciones laborales.

Las peticiones para trabajar en el extranjero son lideradas por médicos menores de 35 años y los países de preferencia son Francia y Reino Unido.

Las razones que se han aducido para este éxodo de médicos tienen que ver con la imposibilidad de acabar la formación al no poder acceder al MIR. Otra, la precariedad, no solo en términos de salario sino, y muy especialmente, de condiciones laborales.

A pesar de no tener datos oficiales, si, en una estimación posiblemente conservadora, suponemos que en torno al 50% de los solicitantes de idoneidad se van al final al extranjero, esto significaría 11.745 en los últimos 8 años. Si tenemos en cuenta que en este período han egresado 46.884 médicos de nuestras facultades públicas y privadas[115], esto representa un 25% de emigración. Ciertamente, un problema no menor.

Formación MIR médicos extranjeros

El papel de los médicos extranjeros en la formación MIR se ha ido reduciendo paulatinamente. Alcanzó su máximo en 2010, en el que el 34,1% de los MIR eran extranjeros. En 2018, ese porcentaje se había reducido hasta el 9,3%.

El éxodo médico en España, un problema no totalmente cuantificado, pero relevante

113. *Aumenta un 20% el número de certificados de idoneidad solicitados para salir fuera de España, https://www.comcantabria.es/actualidad/aumenta-un-20-el-numero-de-certificados-de-idoneidad-solicitados-por-medicos-para-salir-fuera-de-espana/, consultado 10 agosto 2019*
114. *Moreno duda de que todos los solicitantes estén fuera de España, Diario Médico, 21 febrero 2018 https://www.diariomedico.com/profesion/sanidad-cuestiona-la-vinculacion-entre-emigracion-y-certificados-de-la-omc.html, consultado 10 agosto 2019*
115. *Estudio sobre Demografía Médica, pág. 67 Organización Médica Colegial-CESM, 2018*

Gran demanda de estudios de Medicina

Demanda de estudios de medicina

Ya hemos visto que España tiene una gran densidad de Facultades de Medicina. Esto no es por casualidad, sino que responde a la elevada demanda por parte de los estudiantes. Tal y como señala el informe del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) y la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas (CNDFME), España registró un total de 23.500 solicitudes para estudiar Medicina en el curso 18/19. De estos, solo 7.047 fueron admitidos (tres de cada diez). Las notas de corte están entre las más elevadas de todas las titulaciones universitarias. Establecer limitaciones y criterios sensatos en cuanto al número de estudiantes de Medicina es una reivindicación de las autoridades académicas y de los representantes de los estudiantes.

La falta de atractivo de las plazas de atención primaria

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es la que oferta un mayor número de plazas MIR (1.914 plazas en la convocatoria de 2019). Como cada año, la Medicina Familiar es una de las especialidades que más tarda en agotar sus cupos. Parece que los médicos recién graduados no le ven atractivo.

Ingresos económicos de los médicos españoles

Si nos referimos solamente a los asalariados, los sueldos de los médicos españoles están muy por debajo a los de otros países de la OCDE, según podemos ver en la **Tabla 29.**

Tabla 29: Comparativa de ingresos médicos en España y otros países de la OCDE

Fuente: Medscape, Informe de salarios médicos, 2018 https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000086#9, consultado 16 julio, 2019

Ingreso medio práctica médica	Total	Médico de atención primaria	Especialista
España	53.000 €	51.000 €	54.000 €
Francia	95.000 €	92.000 €	96.000 €
Alemania	125.000 €	132.500 €	126.100 €
Reino Unido	129.500 €	117.900 €	131.200 €
EEUU	250.400 €	184.800 €	269.100 €

Ingreso medio otros ingresos	Total	Médico de atención primaria	Sin ingresos extra
España	6.200 €	51.000 €	56%
Francia	10.400 €	92.000 €	66%
Alemania	9.700 €	132.500 €	50%
Reino Unido	9.400 €	117.900 €	66%
EEUU	Sin datos	Sin datos	Sin datos

Tasa de conversión: 1 € = 1,13 £ y 1,17 $

Con un salario por encima 2,3 veces al salario medio en España en 2015, para el caso de los médicos especialistas y 2 veces para médicos generales, los médicos por cuenta ajena se sitúan en términos retributivos por debajo del promedio de esta ratio para el conjunto de países, que asciende a 2,62 veces el salario promedio del país[116].

Brecha salarial entre médicos de atención primaria y especialistas

Según un estudio de la consultora Hays[117], hay diferencias entre ambos grupos de facultativos, a favor de los médicos especialistas. Este hecho es generalizado en todas las regiones. Las diferencias, sin embargo, no son muy significativas.

Precarización del empleo médico

La situación laboral de los médicos españoles se caracteriza por la precarización y el alto porcentaje de los contratos temporales, particularmente los de muy corta duración, tanto en el sector público como en el privado.

Burnout médico

Podemos definir *el burnout* como respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, involucra tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Según una reciente encuesta de Medscape[118], que incluyó a España, el 37% de los médicos españoles sufre algún tipo de *burnout*. Las causas, según la encuesta, se atribuyen a remuneración insuficiente, tareas burocráticas, falta de respeto de la administración de referencia, invertir demasiadas horas en el trabajo o sentirse parte de un engranaje. La situación en cuanto a *burnout* de los médicos españoles es peor que en Estados Unidos, Francia, Alemania o Reino Unido. Solo Portugal nos supera en este aspecto (ver **Figura 17**)

Nivel salarial de los médicos españoles bajo, en términos relativos con otros países europeos

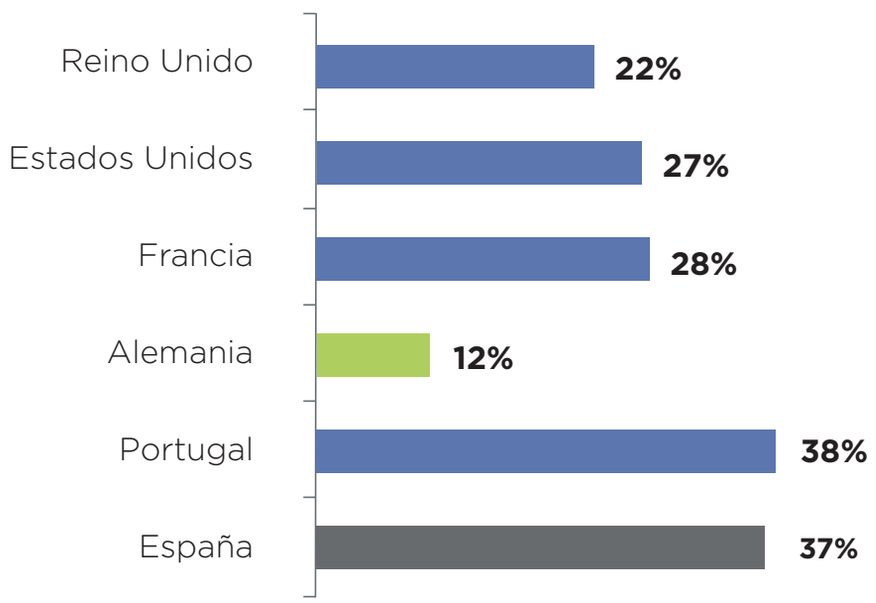


Figura 17: Porcentaje de *burnout* entre los médicos en distintos países

Fuente: Medscape, 2019 (Modificado)

116. OECD, Health at a glance, 2017
117. Guía del Mercado Laboral 2019 Life Sciences, Hays, 2019
118. Global Physicians'Burnout and Lifestyle Comparisons Medscape, 2019, https://www.medscape.com/slideshow/2019-global-burnout-comparison-6011180?faf=1#1, consultado 10 agosto 2019

Ratio de enfermeras por 1.000 habitantes, bajo

Si tenemos en cuenta que el valor principal de la profesión médica es la interacción con los pacientes, esto es un tema preocupante y que debería analizarse.

Feminización de la profesión médica

Éste es un fenómeno creciente e imparable. El hecho se fundamenta en que el porcentaje de mujeres que estudia Medicina ronda el 70%.

Siguen existiendo especialidades en las que el porcentaje de mujeres es menor (especialidades quirúrgicas) y otras, fundamentalmente las médicas, en las que el porcentaje de mujeres llega a superar el 80%.

La contratación por la sanidad privada

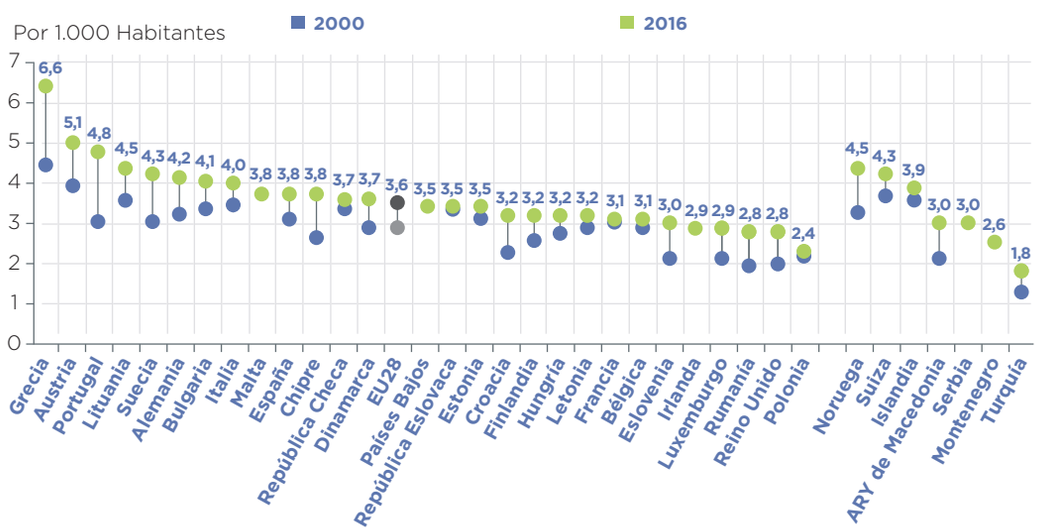
En los últimos años estamos asistiendo a un incremento notable de la sanidad privada, como lo prueba el hecho de que más de 10 millones de españoles tengan una póliza con un seguro privado. Esto fortalece la provisión privada y a lo que estamos asistiendo es a un incremento de hospitales y clínicas privadas que contratan a médicos por cuenta ajena, con la particularidad de que muchos de esos médicos ya no tienen un doble trabajo en la pública y la privada, como venía siendo el caso hasta tiempos muy recientes.

La ratio de enfermeras por 1.000 habitantes

Ya hemos visto que en cuanto a médicos por 1.000 estamos por encima de la media de los países europeos y de la OCDE. En cambio, de lo que estamos escasos es de enfermeras, ya que ahí estamos muy por debajo de la media de los países de la OCDE (Media OCDE: 8,4; España: 5,5) según se pone de manifiesto en las **Figuras 18** y **19**. El diagnóstico es sencillo: no nos faltan médicos, sino que nos faltan enfermeras.

Figura 18: Médicos practicantes por 1.000 habitantes, 2000 y 2016

Fuente: OECD, Health at a Glance 2018 (Modificado)



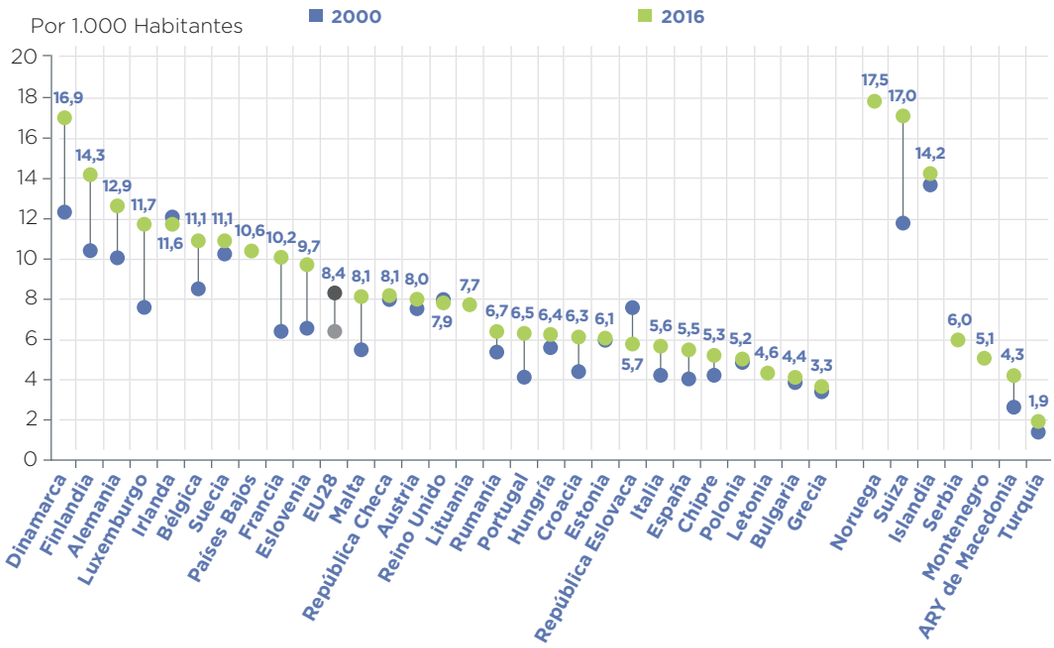


Figura 19: Enfermeras practicantes por 1.000 habitantes, 2000 y 2016

Fuente: OECD, Health at a Glance 2018 (Modificado)

Qué es y qué no es un problema

Este breve repaso nos hace ver qué es un problema y qué no es un problema. Empezando por lo segundo, ***la escasez de médicos en España no es el problema***. Antes al contrario. Estamos por encima de la media de la OCDE en número de médicos por 1.000 habitantes.

Sí que es un problema, en cambio, lo que queremos resaltar en la **Tabla 30:**

Problemática de la política de personal médico en España
• La distribución de los médicos, tanto territorialmente como en determinadas especialidades • La existencia de "desiertos médicos" • El bajo nivel retributivo de los médicos • La precarización del trabajo médico • El alto número de Facultades de Medicina y de estudiantes • La disparidad entre el número de egresados de las Facultades y las plazas MIR • El éxodo médico • La reposición de médicos, dadas las altas perspectivas de jubilación • La baja ratio de enfermeras por 1.000 habitantes

Tabla 30: Los problemas de la política de personal médico en España

Fuente: Elaboración propia

Necesidad de planificar y fijar unos estándares indicativos del número de médicos que se necesitan por especialidades a 15-20 años

Es importante conocer dónde están los problemas, con el fin de no dar "soluciones" a problemas inexistentes, mientras se escamotean los auténticos problemas.

Qué no son soluciones

En ese contexto de problemas, siempre salen los que aportan las soluciones inadecuadas. Entre otras, han destacado las siguientes:

- **Homogeneización de las retribuciones de los médicos.** Como si la disparidad de las retribuciones de los médicos fuera el problema y no la baja retribución media y la precariedad laboral. La solución de la homogeneización – se ha llegado a mencionar el símil de la Policía Nacional, Guardia Civil y Mossos- está en contradicción con las transferencias de estas competencias a las comunidades autónomas –que pueden optar por políticas diferentes- y a las facultades del sector privado – que pueden utilizar la política retributiva como un elemento de competencia y diferenciación-. En resumen, la propuesta de la igualación de las retribuciones médicas es un auténtico dislate.

- **Recurrir a los especialistas sin formación MIR.** Esta es una realidad largamente denunciada por los sindicatos médicos y los colegios profesionales. Muchas comunidades autónomas firman sistemáticamente contratos temporales a médicos sin título de especialista (MIR), principalmente para puestos de urgencia y atención primaria. Ya hemos comentado la irregular distribución de las especialidades médicas y la baja atractividad de las plazas de atención primaria, especialmente en zonas rurales, pero, obviamente, la solución no puede ser la de contratar médicos sin la adecuada formación.

La dificultad de la planificación de los recursos humanos en sanidad

La solución de la planificación de recursos humanos en sanidad no es fácil de establecer, ya que en España no hay estándares consensuados sobre las tasas adecuadas de médicos o de enfermeras que se necesitan, tampoco se ha evaluado la capacidad del sistema (público y privado) para dotar puestos de trabajo en número y ritmo acorde con el flujo neto de profesionales que entran al sistema.

Ahora bien, el establecer esos estándares no es nada fácil, por las siguientes razones:

- La necesidad depende del número de profesionales a tiempo completo, pero también de su productividad y de las tareas que tengan encomendadas

- También hay que tener en cuenta quién hace cada cosa. En España tenemos ratios poblacionales de médicos altos, pero ratios de enfermeras bajas, comparándolas con otros países de la OCDE.

- Como ejemplo de la diferencia de tareas, hay un enorme diferencial entre comunidades autónomas en la autonomía de los médicos de atención primaria para pedir pruebas diagnósticas.

Es un tema en el que no cabe la simplificación, ya que la demanda médica depende de muchos factores: demográficos, económicos, perfil epidemiológico, factores tecnológicos, gestión y organización y distribución geográfica de la población, entre otros.

Por eso, ***si bien unos estándares generales de carácter normativo seguramente sean***

difíciles de establecer –y, tal vez, no conveniente- sí pueden fijarse algunos estándares indicativos generales, con unos rangos.

Experiencias y recomendaciones internacionales

Analizando la experiencia internacional, en muchos países hay modelos basados en la demanda, en la necesidad y en el *benchmarking*, con una herramienta de previsión que suele ser a 15-20 años. En general estos estudios son o bien encomendados a una agencia independiente (Australia, Reino Unido) o bien elaborados por el propio gobierno.

No existe un modelo que sirva para todos los países. En general, el énfasis del modelo está en relación con los problemas más acuciantes. Por ejemplo, Australia se preocupa del *numerus clausus*, en Ontario la orientación es hacia la retención de profesionales en zonas periféricas poco atractivas. En el Reino Unido se plantea el contenido de cada una de las especialidades, detallando las principales tareas e infiriendo la necesidad a partir de ahí. En Bélgica llega a analizarse incluso la distribución por lenguas.

Las dificultades de planificación se deben a la gran incertidumbre en el desarrollo tecnológico y los cambios de la morbimortalidad, pero también al hecho de que la necesidad de profesionales depende de parámetros organizativos.

Un problema adicional de la planificación por países, en plena era de globalización, es la creciente movilidad internacional de los profesionales.

En Estados Unidos se prevé un importante déficit tanto de médicos generales como de especialistas, si bien se reconoce que el simple aumento de graduados no resolverá el problema y que requiere un enfoque con múltiples palancas, como por ejemplo, los equipos multidisciplinares y el mejor uso de la tecnología.

Planteamiento de soluciones

Puesto que el problema no es el déficit de médicos, huelga decir que la solución no pasa por más médicos, como a veces se propone, sino tener los médicos adecuados, teniendo en cuenta especialidades y territorios.

Es claro que las soluciones pasan por un conjunto no fácil de medidas y, en definitiva, una nueva **política de recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud,** y, en algunos aspectos, para el conjunto del sector.

Entre estas medidas, las siguientes:

- Hacer una planificación de las necesidades médicas a 15-20 años, según la previsible evolución de la población, la epidemiología y la tecnología médica. Con unos estándares indicativos de necesidades por especialidades.
- Adaptar tanto el *numerus clausus* de estudiantes de Medicina como las plazas MIR a dicha previsiones.
- Dicha planificación debe tener en cuenta no solo el sector público, como parece hacer hasta ahora el Ministerio de Sanidad, sino también el creciente sector privado.
- Abordar el problema de la precarización del empleo médico y bajas retribuciones de los médicos, si es necesario cambiando el régimen estatutario o, al menos, flexibilizándolo, de acuerdo con la propuesta del Círculo de Empresarios, en su informe Reformas Económicas para una nueva legislatura[119].

Hay que abordar el problema de la precarización del empleo médico

119. Círculo de Empresarios, Reformas Económicas para una Nueva Legislatura Abril, 2019

La productividad médica, algo a medir

- Plantearse, como hacen otros sistemas, por ejemplo el *National Health Service* británico, en medir la productividad médica, introduciendo medidas para su mejora, siempre teniendo en cuenta que en sanidad lo importante no es la actividad, sino la "actividad adecuada", lo que obliga a introducir medidores de calidad en esa productividad.

Corrección progresiva de la baja ratio de enfermeras por 1.000 habitantes

- De forma inmediata, dar solución rápida ante el incremento de jubilaciones en los próximos 5 y 10 años en el Sistema Nacional de Salud, tal vez retrasando la edad de jubilación y aprovechando esta circunstancia para superar el régimen estatutario.

- Introducir incentivos para que los médicos deseen ir a zonas en la actualidad menos demandadas (los llamados "desiertos médicos, que suelen corresponderse con zonas rurales) u otras zonas en las que las exigencias excesivas de lenguas cooficiales limitan la demanda.

- Plantear las medidas para la corrección progresiva de la baja ratio de enfermeras, modificando y ampliando también sus funciones.

- Abordar la incorporación de nuevos profesionales al sistema (bioinformáticos, etc.), única forma de poder plantearse los nuevos retos del sistema, como la medicina personalizada de precisión.

Implicaciones

La proliferación de noticias sobre escasez de médicos en determinados territorios o especialidades, o las dificultades ocasionales de contratación de médicos por algunas empresas, puede hacer pensar que en España hay una escasez de médicos, que se arreglaría con más médicos y, por lo tanto, subiendo el *numerus clausus* en medicina.

Sin embargo, pensamos que este no es el problema ni la solución, ya que España está por encima de la media de la OCDE en cuanto a ratios de médicos por 1.000 habitantes.

Los problemas son más complejos y tienen que ver con la organización y política de recursos humanos en sanidad. Desde esta perspectiva, creemos que habría que abordar los siguientes problemas:

- El disponer de una planificación de las necesidades médicas por especialidades a 15-20 años
- Adaptar la oferta de plazas de estudiantes de medicina y de plazas de formación MIR a esa planificación
- Acabar con la disparidad entre egresados de las Facultades y plazas MIR, lo que nos llevaría a contar con una bolsa de médicos sin la formación adecuada
- Abordar la precarización del empleo médico y bajo nivel retributivo de los médicos
- Diseñar incentivos para que los médicos quieran irse y permanecer en determinadas áreas, que pudieran considerarse no atractivas por alguna circunstancia
- Dimensionar y analizar las causas del éxodo de médicos en España, buscando las soluciones adecuadas a ese problema, que nos convierte en exportadores de talento médico
- Dar solución a la avalancha de jubilaciones médicas que se avecinan en el Sistema Nacional de Salud
- Abordar el problema del *burnout* médico
- Todos los anteriores planteamientos deben realizarse con la corrección al alza de la ratio de enfermeras/población en España, hasta acercarnos a la media de la OCDE, lo cual requerirá una redefinición de las funciones profesionales

La definición de una correcta política en este tema es básico, ya que la primera fuente de calidad y eficiencia del sistema es que el médico se sienta responsable ante el enfermo y el sistema y apoyado por el sistema. Por otra parte, la relación médico-enfermo es clave para el funcionamiento humanizado y eficaz de cualquier sistema sanitario.

En sanidad, tan importante como la centralidad del paciente es la centralidad de los profesionales. En otras palabras, no puede haber centralidad del paciente si no hay también una centralidad de los profesionales, muy particularmente de los médicos y de las enfermeras.

Las terapias innovadoras de alto coste, ¿cómo introducirlas pensando en la sostenibilidad del sistema?

7

No escasean las voces que ligan las terapias innovadoras de alto coste con la dificultad de sostenibilidad del sistema público de salud y la práctica imposibilidad de hacer estas terapias accesibles al conjunto de la población.

Pero muchas de estas nuevas terapias solo son aplicables a un número muy reducido de pacientes y coexisten con otros muchos medicamentos de precio muy inferior.

No obstante, este problema requiere cambios en profundidad en la conducta tanto de los reguladores como de las empresas farmacéuticas, que tendrán que poner en marcha nuevas pautas de actuación en relación con la introducción de estas terapias innovadoras.

Un problema que no es nuevo

Medicamentos caros o de alto coste siempre han existido y ello siempre ligado al precio, con la singularidad de que en muchas ocasiones lo aprueba el mismo que luego se hace cargo de una parte importante del gasto generado por el mismo.

La situación actual no es, por tanto singular, pero sí puede afirmarse que es más intensa por la previsión de que la oferta de nuevas terapias costosas sea más numerosa, sin haber cambiado de forma paralela el peso relativo del gasto sanitario en el conjunto del gasto público total, y del farmacéutico en el sanitario, también de forma sustancial, aunque la distribución entre el hospitalario y el de oficina de farmacia sí presente evoluciones diferentes[120].

Otro elemento previo que conviene no olvidar es que con frecuencia se habla y se lee mucho sobre el mercado farmacéutico, y rigurosamente no se trata de un mercado convencional, según tratamos de explicar en la **Tabla 31:**

Singularidades del "mercado" farmacéutico
• *El que fija el precio,* el gobierno en nuestro caso, no tiene interés directo en el beneficio económico, ya que este se mide en términos de derecho a la protección de la salud, bien común e interés general y no en cuenta de resultados. • *El prescriptor,* generalmente el médico, que desencadena el gasto, tampoco recibe un beneficio asociado a esa actividad concreta. Su incentivo es un salario y también el derivado en términos profesionales y de valores relacionados con la mejora de salud del paciente. • *Los intermediarios,* en la distribución y especialmente en la dispensación en la que participan profesionales cualificados como son los farmacéuticos, generalmente tienen tasada su participación económica en términos cerrados y apenas pueden incidir en mecanismos de oferta y demanda. • *El consumidor,* el paciente, en muchas ocasiones no paga nada por el medicamento o producto prescrito y dispensado.

Tabla 31: Las singularidades del mercado farmacéutico

Fuente: Elaboración propia

120. La problemática de los medicamentos dispensados a través de receta médica ha sido objeto de uno de los Spending Review de la Airef (junio, 2019), en el que sugiere un cambio en el sistema de precios de referencia, impulso a las subastas, retoques en el sistemas de copago y modificaciones en la composición de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios

Pero lo que sí es cierto es que el alto coste del medicamento está directamente ligado al precio y desde ahí genera un gasto agregado función del número de unidades consumidas. Y es en el precio, por tanto, en donde debe ponerse en primer lugar la atención y después en la previsión de unidades consumidas para orientar el resultado de gasto que es preciso atender con la decisión inicial y, en muchos casos única por un largo periodo de tiempo, de fijación de precio y reembolso.

Hay que introducir modificaciones en la forma de reembolso

Seguramente, **en un contexto de introducción permanente de nuevos y numerosos medicamentos de alto coste, haya que incorporar también innovación en la forma de reembolso, de tal manera que el precio no sea el único criterio. Habrá que revisar la forma de fijación del precio, su período de vigencia, el número de unidades a consumir, el tipo de pacientes beneficiarios, la evaluación de los resultados y muchos otros factores.**

Las responsabilidades de la industria farmacéutica innovadora

Las tres responsabilidades de la industria farmacéutica innovadora

En último término, se introducen nuevas terapias de alto coste, porque existe industria farmacéutica innovadora. Es importante ver como se posicionan ante este tema los representantes de esta industria en nuestro país. Esto fue realizado el pasado 6 de febrero de 2019 por el Presidente de Farmaindustria[121]. Es importante que el planteamiento no es de demanda o exigencia de condiciones para la introducción de estos nuevos productos, sino de responsabilidades. En dicha intervención habla de tres responsabilidades:

- La primera, es la de **desarrollar medicamentos innovadores** que puedan curar enfermedades que hoy no tienen remedio o, al menos, controlarlas y conseguir que los pacientes tengan una buena calidad de vida.

  Para alcanzar este objetivo la industria farmacéutica invierte cada año unos 130.000 millones de euros a nivel mundial, que se dedican a investigación básica y clínica. Con esa inversión ponen a disposición de los pacientes unos 40-45 nuevos medicamentos al año.

- La segunda responsabilidad es la de **facilitar el acceso de los pacientes a esos medicamentos innovadores en un entorno de sostenibilidad de nuestro sistema sanitario,** ya que de poco serviría tener medicamentos innovadores si los pacientes no pudieran acceder a ellos adecuadamente cuando los necesitan.

  En este sentido se plantean colaborar con la Administración buscando fórmulas innovadoras que faciliten el acceso de los pacientes a la innovación a unos costes razonables.

  Un posible obstáculo a este logro es que nos movemos en un entorno de gasto sanitario público todavía muy condicionado por la reducción del mismo durante la crisis. ***En dicha intervención se plantea un posible plan para que en 2025 estuviéramos en un entorno de gasto sanitario público del 7% sobre el PIB***, lo que parece algo difícil, si tenemos en cuenta las previsiones del Programa de Estabilidad, que fija el 6% para 2022.

- La tercera responsabilidad sería la de **traer el máximo de inversiones a nuestro país,** para ayudar a que nuestra economía sea más productiva, más competitiva y esté más basada en la innovación, en la investigación y en el conocimiento. Habla de inversiones en investigación básica, en investigación clínica y en plantas de producción.

A pesar de la gran competencia con otros países, ***España es una potencia internacional en investigación clínica***, con los múltiples beneficios económicos, profesionales y sociales que conlleva.

121. I Foro de Sanidad de El Economista. Intervención de Martín Sellés, presidente de Farmaindustria, Madrid, 6 de febrero de 2019

Este planteamiento inicial en base a identificación de responsabilidades es un buen punto de partida para lograr un entendimiento con las Administraciones y otros agentes del sector sanitario, incluidos los pacientes, para abordar este reto conjunto de la introducción de terapias innovadoras en el sector.

Entorno europeo

Puede adelantarse que si la integración europea es una realidad, al margen de sus incidencias y altibajos, se asiste a la necesidad de intensificar las políticas de mayor cooperación y homogeneidad en la toma de decisiones en relación con estos medicamentos que representan no solo un avance en la calidad de vida y resultados en salud de los pacientes que accedan a ellos, sino también un riesgo cierto para la financiación de los mismos por los gobiernos que están obligados a políticas de contención de los déficits y de políticas fiscales más integradas.

Por otra parte también son determinantes de la continuidad y progreso de unas empresas como las farmacéuticas de especial dimensión y peso relativo en el tejido industrial global y de progreso, por el valor añadido que encierran y que dependen en mayor medida que otras de su capacidad de innovación. Para dimensionar la importancia de la industria farmacéutica en Europa, solo hay que pensar que mantiene 2,5 millones de empleo y genera un valor añadido bruto de unos 206.000 millones de euros anuales (el 1,4% del PIB de la Unión Europea en 2016)[122].

Por ello partiendo de la base de que el avance imparable hacia nuevas fronteras en la I+D farmacéutica es una realidad que ofrecerá remedios impensables hace unas décadas al servicio de la salud individual y colectiva, pero que precisarán importantes inversiones y afrontarán riesgos exponenciales.

Asistiremos de forma vertiginosa a una diversificación de nuevos medicamentos que con frecuencia tendrán un alto coste, por lo que será preciso encontrar fórmulas acordadas bien diferentes a las ahora utilizadas para su fijación y financiación, para lograr un equilibrio de los tres elementos clave:

- **entre la exigencia de los ciudadanos en general, y los pacientes en particular, receptores de esos avances de poder disponer de ellos con celeridad y equidad;**
- **conseguir la capacidad de financiación de los mismos por los sistemas sanitarios públicos y privados;**
- **y, nuevas fórmulas innovadoras de gestión financiera de la industria innovadora, de forma que se haga sostenible y estable ese complejo entramado.**

Mayor cooperación europea

Actualmente siguen residenciadas en los distintos países importantes decisiones de carácter terapéutico y económico. Cabe esperar que también se avance en mayor cooperación y homogeneidad en estos ámbitos económicos como de hecho, aunque no de competencia formal, ya sucede en relación con los precios en los que las primeras decisiones tomadas en países de mayor poder adquisitivo o de mayor implantación de grandes compañías cada vez más consolidadas, influyen poderosamente a la hora de fijar el precio en otros países de menor renta o de menor presencia industrial de estos interlocutores decisivos.

La necesaria mayor cooperación europea puede que se extienda a políticas de compras coordinadas aprovechando la mayor capacidad de demanda agregada, con el fin de garantizar el acceso a medicamentos para tratar de forma

Seguramente se reforzarán las políticas de cooperación a nivel europeo en relación con estos medicamentos innovadores

122. PwC Economic and societal footprint of the pharmaceutical industry in Europe, June 2019

personalizada determinadas patologías muy concretas y a colectivos de pacientes muy reducidos que padecen enfermedades poco frecuentes. En estos supuestos cabe por tanto esperar una mayor intervención intergubernamental.

España en el contexto europeo

Pero centrémonos en España, con sus singularidades, pero parte también en ese contexto de mayor integración y en el que deberá participar de forma significativa por diversas razones de carácter económico, al ser un importante mercado productor y consumidor, pero también por razones políticas derivadas de su peso demográfico y de su situación relativa en alza entre las mayores potencias europeas, incrementada por el declive británico consecuencia del Brexit y su previsible tardanza en busca de una solución definitiva y de la posición de Italia, que expresa una deriva europeísta crítica y vacilante.

España, una potencia en ensayos clínicos

Sector económico e innovador relevante

Debe tenerse siempre presente cuando se reflexiona sobre el sector sanitario y dentro de él, del farmacéutico, no solo su importancia social relacionada con el derecho a la salud y su trascendencia global como parte de la salud pública o colectiva, sino también su dimensión económica global. Su componente industrial y de comercio, de empleo con sus importantes características de calidad y feminización; su potencia y singularidad en I+D que si siempre ha ido marcando el diferencial entre las potencias económicas, ahora lo hace entre los diversos bloques que están compitiendo de una forma multipolar creciente en busca de hegemonías.

Tejido industrial y sanitario consolidado

Las inversiones extranjeras en España de las grandes compañías farmacéuticas se han hecho menos intensas buscando otros entornos de desarrollo en línea con los vectores generales hacia Asia y el Este europeo. Pero se ha seguido manteniendo un tejido importante algo menos puntero en el entorno industrial pero que se ha compensado de forma significativa en el área de I+D, especialmente la relacionada con los ensayos clínicos en todas sus fases, que debe mantenerse en su relevancia en el entorno europeo, aprovechando unos sistemas educativos y sanitarios públicos y privados de alta calidad.

Nuevos retos

En este campo retos hay muchos. Los más significativos se presentan en la **Tabla 32:**

Tabla 32: Los nuevos retos en el mundo del medicamento

Fuente: Elaboración propia

Los nuevos retos en el mercado farmacéutico
• El caso de la hepatitis C • CAR-T *(Chimericantigen receptor)* • Medicamentos efectivos en distintas indicaciones • Medicamentos huérfanos. Enfermedades poco frecuentes o "raras" • Prevención. Nuevas vacunas. Pandemias • Mayores resistencias microbianas. Nuevos antibióticos

El caso de la hepatitis C

Un ejemplo destacado del efecto de los nuevos medicamentos antivirales de última generación es la hepatitis C. Es bien conocido el desarrollo de las actuaciones para afrontar el problema asistencial que se concretó en la aprobación del ***Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C***[123] y que ha permitido con éxito el tratamientos a día de hoy de más de 120.000 afectados con un porcentaje de curación superior al 95% en primera instancia.

Se llevaron a cabo negociaciones por parte del Ministerio de Sanidad aplicando modelos fundamentalmente financieros, dado que el coste-efectividad y eficiencia del medicamento parecía claramente demostrado. Estos acuerdos se basaron fundamentalmente en modelos de pago por volumen, acuerdos de precio-volumen o sistemas mixtos. Y así se llegó a un acuerdo que garantizaba el acceso de los pacientes a este fármaco de alta eficiencia. A través de estos modelos planteados, y con la entrada de nuevos medicamentos en el mercado con los mismos resultados en salud, se ha conseguido mejorar de forma muy eficiente el tratamiento de la Hepatitis C.

CAR-T (Chimericantigen receptor)

Como ejemplo de los avances comentados, que se prevén numerosos y más sofisticados en el futuro, se pueden poner los sistemas CAR-T (*Chimericantigen receptor*) relacionados con la genómica en sus distintas variantes y que han evidenciado la necesidad de aplicar nuevos planteamientos.

Medicamentos efectivos en distintas indicaciones

Aunque se ha dispuesto de medicamentos efectivos en distintas patologías e indicaciones, el regulador una vez demostrada esa singularidad con las pruebas y ensayos correspondientes así lo ha hecho costar y, manteniendo el precio inicial, o fijando uno nuevo, pero único.

En un planteamiento de coste-beneficio cabe preguntarse si a estos medicamentos debe fijárseles un **precio único o diferente** según la indicación terapéutica a la que se aplique.

Todo parece indicar que la respuesta pudiera o debiera ser positiva si se avanza por estos caminos de coste-beneficio, de coste-efectividad con su correspondiente evaluación previa y posterior, que debe ocupar un lugar más destacado que en la actualidad. Esto añade una nueva variable a la nueva complejidad. Es el nuevo escenario que conlleva la medicina personalizada de precisión, como se pretende resumir en su diversidad y complejidad.

Seguramente, la única respuesta regulatoria a medio plazo es la fijación de precios diferentes según la eficacia relativa del fármaco en cada indicación. Tiene dificultades técnicas de implantación, pero son solventables con voluntad política.

Medicamentos huérfanos. Enfermedades poco frecuentes o "raras"

También es preciso en este nuevo escenario referirse a ese enorme universo de lo que se simplifica como "enfermedades raras" o "menos frecuentes". Siempre han estado ahí. Se trata de enfermedades que afectan a pocas personas con distintos orígenes y con distintos grados de afectación, generalmente graves, pero que tienen en común la principal dificultad de su diagnóstico derivada de su poca frecuencia y con ello escasez de referencias, evidencias y datos.

Los investigadores que disponen de un medicamento que puede ser útil, dada la escasa preva-

123. Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 21 mayo 2015

lencia, ese escaso número de afectados, encuentra especiales dificultades de reclutamiento para llevar a cabo los necesarios ensayos clínicos y poder comprobar la seguridad, eficacia y calidad de esos posibles medicamentos investigados.

Pero en estos momentos existe una mayor disponibilidad de recursos sobre todo derivados de la investigación genómica que permiten identificar con mayor precisión el posible origen de la enfermedad y, con ello, la posibilidad de disponer de un tratamiento adecuado procedente del conocimiento individualizado del genoma y sus múltiples derivaciones. **Esos escasos medicamentos huérfanos disponibles y aplicables a esas enfermedades poco frecuentes que demostraban eficacia y efectividad, necesariamente debían tener un precio elevado para compensar los gastos de su investigación, ya que se consumirían un número de unidades reducido dada la escasa población atendida.**

El regulador era consciente de esta realidad y atendía la demanda de los afectados y de los laboratorios que había aportado el medicamento. Se generan con estos medicamentos algunos otros problemas de gestión, ya que son pocos los centros de referencia que entienden de esas enfermedades y son ellos los que tienen que correr con los costes elevados de esos medicamentos, lo que desequilibra con frecuencia sus siempre escasos y limitados recursos.

Cabe esperar que el precio demandado por el innovador será elevado en principio si se demuestra su efectividad para una escasa población y sea aprobado por el regulador teniendo en cuenta el gasto total esperado del precio del producto por número de unidades y el correspondiente análisis coste-beneficio.

Prevención. Nuevas vacunas. Pandemias

En este avance que representan los nuevos medicamentos en las nuevas fronteras celulares se convive con los grandes avances progresivos de los dos siglos anteriores en todo el mundo de las vacunas. Si los medicamentos en general y los nuevos en particular han colaborado de forma destacada, aunque no única, en las mejoras de resultados en salud, cantidad y calidad de vida, las vacunas, lo han seguido haciendo de forma muy significativa e intentando responder al mismo objetivo en salud pero abordando los problemas desde la prevención y dando cada día pasos más significativos en sus vertientes terapéuticas.

Las enfermedades infecciosas transmisibles están muy presentes, las viejas y las nuevas que en algunos casos se ha conseguido derivar de su elevada mortalidad a la cronicidad. El ejemplo del VIH-SIDA es bien significativo.

Pero es evidente que estos tratamientos en los países desarrollados y también, y de forma más dramática, en los menos, han incrementado los gastos sanitarios de forma notable y sostenida y demandan investigaciones que puedan conducir a la disponibilidad de vacunas que seguramente no están lejos y que darían un nuevo rumbo y marco a la situación liberando recursos a los sistemas sanitarios.

Son claros procesos, tanto el de los tratamientos como los posibles y relacionados con las soluciones vacunales coste-efectivos y sobre ellos no cabe la dialéctica coste-inversión. Son inversiones, en toda su extensión.

Pero siguen presentes grandes infecciones y pandemias en amplios espacios que precisan nuevos retos y nuevos planteamientos de coste-efectividad. Malaria, dengue, Ébola, por

citar algunos. No son problemas localizados únicamente en áreas económicamente débiles. Los nuevos sistemas de comunicación y la globalización como realidad económico-social convierten estas situaciones en auténticos retos para todos.

La gripe estacional conocida y tratada con éxito creciente no ha dicho la última palabra y ahí está amenazante en sus variantes e interacciones entre especies.

Se debe seguir muy atentamente la investigación que requiere cada día más recursos y riesgos que no pueden ser afrontadas con seguridad y suficientes incentivos por agentes o empresas individuales y parece que van a requerir nuevos planteamientos intergubernamentales o interinstitucionales que incentiven vía financiación o "premios" a los éxitos, con sus correspondientes protecciones industriales, para el resarcimiento legítimo de los esfuerzos económicos realizados.

Mayores resistencias microbianas, nuevos antibióticos

El mal uso sostenido y creciente que se ha hecho y se sigue haciendo de estos medicamentos en el ámbito sanitario, ganadero y alimentario está generando graves problemas que cuando son extrapolados por los expertos son dramáticos por su gravedad, extensión y consecuencias mortales.

Lo que es un avance indiscutible puede, por su mal uso ligado a la falta de formación o cortoplacismo médico-sanitario-económico, convertirse en una amenaza. Parece objetivamente que estamos es estas situación. En un tema candente. Cada día se habla más de septicemias, de infecciones hospitalarias irreversibles y de búsqueda de nuevas soluciones que traspasan las conocidas en el campo concreto de la investigación de estos medicamentos.

Es preciso investigar en productos difíciles de conseguir y a los que una vez conseguidos se les demanda un uso restringido. Si la permanente ecuación que nos ocupa tiene dos variables: precio por unidad y número de unidades, y el primero es intrínsecamente elevado por la dificultad y el segundo se restringe por su propia realidad terapéutica que debe curar pero en la justa medida para no generar resistencias, es complicado que salgan las cuentas.

Y ante ello, que supone un reto real, habrá de nuevo no solo que mejorar los dispositivos de la investigación técnico-científica, sino también que investigar en nuevas formas de incentivar la misma desde instituciones, desde empresas en sistemas cooperativos, desde acciones gubernamentales coordinadas que sean capaces de movilizar recursos suficientes para generar los imprescindibles incentivos para el abordaje de los objetivos y herramientas terapéuticas necesarias.

Recientes ejemplos en España

La iniciativa CAR-T en España

En línea con estas nuevas realidades, destaca en España la reciente puesta en marcha de un ***Plan Nacional de Medicamentos CAR***[124], impulsado y dirigido por el Ministerio de Sanidad, en esta prometedora parcela de la inmuno-oncología genómica dirigida en principio a determinadas enfermedades hemato-oncológicas.

Se han seleccionado inicialmente un grupo de hospitales que, una vez evaluados, disponen de personal cualificado y medios suficientes para seleccionar los destinatarios y desde ahí comenzar el laborioso proceso de extracción y manipulación de linfocitos de los pacientes y adecuar la respuesta selectiva a las células tumorales. La investigación puede conducir a extrapolaciones y descubrimientos de nuevas respuestas con sus correspondientes patentes y, sobre todo,

124. Plan de Abordaje de las Terapias Avanzadas en el Sistema Nacional de Salud: Medicamentos CAR, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018

de extensión protocolizada a nuevos centros y mejora continua sobre los avances más destacados en los inicialmente seleccionados de forma competitiva y, como se ha indicado, cooperativa.

La financiación pudiera encuadrarse dentro modelos innovadores de pago por resultados y está abierta a la colaboración público-privada.

Una nueva realidad, nuevas incertidumbres, nuevas oportunidades reales

Estamos, por tanto, ante una nueva realidad que evoluciona alcanzando nuevos objetivos y resultados a veces inesperados y prometedores para seguir mejorando la calidad de vida individual y colectiva, pero lo hace con una velocidad a la que no estaban acostumbrados los reguladores, que siguen desenvolviéndose con frecuencia con sus anteriores esquemas o con revisiones muy pausadas y prudentes de los mismos. Siempre ha sido así en términos generales. Siempre hay resistencias al cambio, pero en la actualidad el escenario es más complejo y crítico. Es mayor la expectativa, la esperanza, pero también la incertidumbre.

Ha cambiado el ámbito de decisión y la disponibilidad de información y la movilidad de todos los factores del sistema. No hace muchos años se hablaba de los ***blockbuster*** como esos medicamentos dirigidos a una dolencia con frecuencia crónica que afectaba a una importante cantidad de pacientes. Lograr un remedio efectivo para ello con la protección legal derivada de la patente ofrecía importantes incentivos a la industria para su investigación.

Eran posibles múltiples resultados que aportaban mejoras parciales en su aplicación, posología, forma de administración, etc. Eran muchas las variables y muchos los pacientes a tratar lo que daba opciones sobre el avance inicial más significativo, a la presencia de otros agentes con claras expectativas de beneficios. Durante décadas hemos convivido con ello. Nos referimos a los *"me too"*.

En relación con esa realidad, con ese "mercado", se ha desarrollado una potente ***industria farmacéutica de genéricos***(125), una vez caducada la protección de la patente, y de datos, con inversiones y acuerdos importantes para su fabricación y que además de introducir especialización genera competencia que permite ahorros significativos a los pagadores, principalmente los servicios públicos, que así pueden liberar recursos para seguir financiando las nuevas innovaciones.

De forma semejante los grandes avances que han aportado los ***medicamentos biológicos*** en las últimas décadas, también sometidos a la servidumbre y ventajas de la protección de datos y patentes, están permitiendo incentivar la investigación y aplicación de *medicamentos* ***biosimilares***(126), con un precio menor, que libera también recursos para seguir avanzando sin poner en riesgo la sostenibilidad del conjunto del sistema.

Esta nueva realidad parece demandar una revisión de los dispositivos precisos para llevar a cabo las necesarias tareas de evaluación y seguimiento, así como innovar también en los parámetros a tener en cuenta por los reguladores.

Serán precisos nuevos y distintos centros de referencia, pero no más Agencias de Evaluación

Los centros disponibles de referencia van a precisar nuevas dotaciones pero también debe incrementarse su número porque van a tener que diversificar e incrementar sus actuaciones.

125. Rodríguez de la Cuerda, AL El sector de los medicamentos genéricos en España, Papeles de Economía Española, nº 160, 2019
126. Rodrigo, J Medicamentos biosimilares: una oportunidad para el Sistema Nacional de Salud, Papeles de Economía Española, nº 160, 2019

Pero ello no debe significar que se multipliquen simultáneamente las Agencias evaluadoras con capacidad de decisión. En España y en el caso de los medicamentos las competencias están centralizadas en la ***Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*** y en Europa disponemos de la ***Agencia Europea del Medicamento***, que comienza su nueva andadura en Amsterdam, para su labor creciente de autorizaciones centralizadas y exclusividad en biológicos.

Ello no debe ser incompatible con otros departamentos relacionados con el medicamento en ámbitos inferiores, responsables de su financiación y aplicación. En nuestro caso comunidades autónomas y, dentro de ellas, los hospitales. Las Comisiones de Farmacia, sean regionales u hospitalarias o ambas, tienen su papel dada la diversidad de opciones asistenciales y terapéuticas disponibles en muchos casos, pero su labor no debe entrar en competencias que no les corresponden y que pongan en cuestión los valores superiores de accesibilidad y equidad.

España no es el único país de nuestro entorno en las que el sistema político de toma de decisiones está descentralizado en mayor o menor intensidad. Alemania, Italia y, con sus singularidades, Estados Unidos, tienen agencias estatales con competencias que son aplicadas en todo el territorio con rigor, lo que es compatible con sistemas autónomos de gestión, también innovadores.

Nuevas formas de fijación de precios y reembolsos. Análisis internacional

Los modelos tradicionales de fijación del precio de los medicamentos consistían en el establecimiento de un precio fijo, en principio indefinido, sujeto a la caducidad de la patente, con independencia de las unidades consumidas y de los efectos del medicamento.

Actualmente se están desarrollando modelos flexibles de fijación de precio. Una taxonomía muy elemental se representa en la **Tabla 33.**

Acuerdos financieros y basados en resultados para la fijación de precios y reembolsos

Acuerdos financieros	Acuerdos basados en resultados
• Descuentos simples • Acuerdos precios volumen • Techo de gasto	• Garantia de resultados • Garantias de devolución • Continuación de tratamiento condicionado
Tratan la contención del gasto sin tener en cuenta los resultados en salud	Los resultados en salud son la parte principal d estos acuerdos y el reembolso depende de ellos

Tabla 33: Taxonomía elemental de los modelos flexibles de acceso

Fuente: Modificado y simplificado de [127]

Los sistemas basados en resultados acarrean un notable coste de negociación, implementación y seguimiento. Requieren sistemas de información adecuados e integrados.

La situación de los modelos flexibles de acceso en los distintos países han sido revisadas en múltiples publicaciones. Un resumen se presenta en la **Tabla 34:**

127. Garrison, LP Jr, et al. Performance-Based Risk Sharing Arrangements-Good Practices for Design, Implementation, and Evaluation, Value in Health 16 (2013) 703-719

Tabla 34: Modelos flexibles de acceso en distintos países europeos

Fuente: Elaboración propia, a partir de varias fuentes

Países	Enfoque predominante
Alemania	La introducción de los nuevos fármacos en Alemania está regulada por ley, permitiendo su comercialización con un precio definido libremente durante los primeros 12 meses del medicamento en el mercado, después de los cuales se fija un precio. La mayoría de los acuerdos publicados en Alemania son de tipo financiero, predominando los descuentos simples y los acuerdos precio-volumen.
Francia	En Francia los esfuerzos de contención del gasto sanitario les ha llevado a impulsar los acuerdos basados en resultados. La Agencia Evaluadora de Tecnologías Sanitarias HAS *(Haute Autorité de Santé)* es la responsable de evaluar los nuevos medicamentos. En los últimos años está promoviendo un indicador ITR *(Indicaterur Thérapetique Relative)* para monitorizar los resultados de los fármacos, con la idea de impulsar modelos de acceso basados en resultados.
Italia	Italia es el país europeo que cuenta con mayor experiencia en el diseño e implementación de modelos flexibles de acceso basados en resultados. Estos acuerdos se firman entre las compañías farmacéuticas y la agencia italiana de medicamentos (AIFA). Estos acuerdos están basados en una sólida estructura de registros a nivel nacional.
Reino Unido	En el Reino Unido, el NICE (para Inglaterra y Gales) y su homólogo para Escocia, son los organismos de referencia en evaluación. Recomiendan al NHS la financiación de aquellos fármacos que consideren coste-efectivos. Pueden recomendar también modelos basados en resultados.
España	La mayoría de las medidas flexibles se han desarrollado a nivel regional y hospitalario, aunque también se está iniciando su adopción a nivel nacional. Cataluña y Andalucía son las comunidades autónomas con mayor actividad en estas áreas. En el Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023 se incluye la apuesta por el pago por resultados. A destacar también el acuerdo de pago por resultados de la terapia de células T (CAR-T).

Se ha exagerado la amenaza a la sostenibilidad por parte de la innovación

Hay que sacar el debate de la introducción de nuevos fármacos de los tintes alarmistas con los que a veces se ha presentado, como podemos ver en la **Figura 20:**

Figura 20: Uno de los muchos titulares sobre las terapias innovadoras

Fuente: El Confidencial, 31/08/17

HITO HISTÓRICO Y POLÉMICA

La cura para la leucemia de los 400.000 euros: este es el futuro de la medicina

La aprobación de un revolucionario tratamiento genético para esta clase de cáncer es histórica, pero su elevado precio ha levantado ampollas entre las asociaciones de pacientes

Se presenta el alto coste de estas nuevas medicaciones, pero omitiendo muchas veces el bajísimo número de pacientes a las que serían aplicables. Estos alarmismos no tienen en cuenta una serie de circunstancias:

- La innovación no ha aumentado su peso en el gasto farmacéutico. Según estudios basados en datos de IQVIA, la cuota de mercado de medicamentos bajo patente ha pasado de 32,5% en el año 2013 a 27,8% en el 2018[128]

- El hecho de que haya muchos productos que pierden la patente cada año, reduciendo así el gasto

- El hecho de que haya millones de pacientes con enfermedades importantes que se tratan con medicamentos que cuestan 50 euros al año, que viene a ser 16 céntimos al día

- La posibilidad que ofrecen las nuevas terapias en reducción de gastos en otros capítulos del gasto sanitario

Por último, las predicciones del gasto farmacéutico a corto-medio plazo no son alarmantes, según vemos en la **Tabla 35.**

No hay que exagerar el impacto de los nuevos medicamentos innovadores en el conjunto del gasto farmacéutico

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	CAGR 2017-2022 (%)
Mercado total España	19.622	20.310	20.986	21.587	22.165	22.712	3,0
Crecimiento anual (%)	2,6	3,5	3,3	2,9	2,7	2,5	

Tabla 35: Total ventas mercado farmacéutico en España (2017-2022). En millones de euros

Fuente: IQVIA Market Prognosis Spain 2017-2022 (actualización a septiembre 2018)

En un reciente estudio[129] para cinco países (incluido España), las estimaciones del gasto farmacéutico en el período 2017-2021 son moderadas, del orden del 1,5% anual. A esto se llega cuando se valoran, a efectos de previsión, no los precios oficiales sino incorporando los descuentos y otros acuerdos, previamente no considerados. Esto es bastante optimista en cuanto a la sostenibilidad del gasto farmacéutico. Posiblemente en este tema la situación especial de los medicamentos oncológicos haya hecho perder perspectiva en cuanto al gasto farmacéutico en su conjunto.

¿Qué pueden hacer las empresas ante esta nueva realidad?

Llegados a este punto, ante estos nuevos retos, cabe preguntarse cómo deberían plantearse las empresas innovadoras sus estrategias.

Parece que una vez más se está ante una realidad compleja, siempre lo ha sido innovar, pero que en el momento actual tiene variables singulares: la velocidad de cambio de los avances tecno-

129. Sspín, J et al Projecting Pharmaceutical Expendigures in EU5 to 2021: Adjusting for the Impact of Discounts and Rebates Applied, Health Economics and Health Policy (2018), 16: 803-817

lógicos disponibles entre los que todo lo relacionado con la información, la comunicación y la inmediatez son imparables e irreversibles. En el ámbito sanitario-farmacéutico la I+D ha trascendido en pocos años del órgano, al tejido, a la célula, a su núcleo y a sus componentes estructurales y de ahí a las unidades de esa estructura: a los genes, y a sus proteínas y a sus aminoácidos. Estamos en lo supermicro. Pero no solo para tenerlo diseccionado en sus partes sino para ser capaces de observar, comprender e incluso provocar sus interacciones y observar los resultados de las mismas. Todo ello además en un entorno de globalización en el que la confidencialidad se enfrenta con la transparencia y la accesibilidad. Por otra parte, la información ya no es patrimonio de unos cuantos expertos especializados sino que está más abierta, pero a la vez precisa dada su complejidad la presencia de múltiples agentes para manejarla. Todo es multidisciplinar, lo que requiere una nueva cultura de trabajo en el que la cooperación y la integración son imprescindibles. Finalmente los ciudadanos también están más informados y organizados y demandan mayor atención en sistemas más universales financiados con recursos públicos colectivos en partes importantes de su cobertura y protección.

La lógica de los *blockbuster,* con un precio hoy y para siempre, algo más del pasado

Ante esta realidad lo que de momento permanece constante es la presencia del regulador, que tiene que buscar necesariamente el equilibrio entre las disponibilidades y las demandas.

La industria farmacéutica ha dado respuesta satisfactoria en resultados en salud según parámetros comúnmente aceptados porque ha tenido claro que la I+D era su base, su supervivencia. Y lo ha hecho ya durante décadas y ha superado importantes crisis sistémicas, la última reciente y profunda.

Los costes de esa I+D son inevitablemente crecientes porque se escudriña cada vez lo más pequeño pero los resultados pueden ser también más transversales, teniendo siempre en cuenta que se trabaja prolongando la vida pero no venciendo la finitud, y que se pretende mejorar la calidad de esa vida disminuyendo las dependencias.

En ese dilema solo cabe la innovación y con ello el riesgo y la incertidumbre, que se aminora con proyectos más ambiciosos, más cooperativos, con tamaños más adecuados a las demandas crecientes, combinando competencia con súper especialización.

Ante esta realidad no debe caber la búsqueda de soluciones a corto plazo. De retornos inmediatos a inversiones individuales agotando los plazos cada vez más tensos de la protección de las patentes o pidiendo su ampliación. **Si se cree en el valor de lo innovado solo cabe ponerlo en evidencia y negociar sobre los resultados de lo propio y las mejoras que ofrece sobre lo disponible.** Y por ese camino debe avanzarse con los reguladores. El precio tiene que ser la retribución del esfuerzo aportado y de la mejora global que aporta a los resultados generales en salud y tiene que incorporar necesariamente la evaluación continua, con la definición de los indicadores adecuados y su verificación y análisis.

No puede seguirse pensando en un precio hoy y para siempre mientras el producto esté en el mercado al margen de su efectividad.

Elementos clave del futuro

Es evidente que la pura lógica del precio y de alcanzar un *blockbuster*, forma ya más parte del pasado que del futuro.

Los nuevos elementos clave de futuro son los que se resumen en la **Tabla 36:**

Elementos clave de futuro en relación con la introducción de terapias innovadoras
• Medición del valor aportado por el medicamento, con la metodología por la que se opte. Demostración continua del valor clínico y económico • Descuentos o primas por resultados • Compromisos precio-volumen • Precios distintos por indicación/combinación • Riesgos compartidos • Programas de cuidados y servicios • Revisiones periódicas bien evaluadas • Compromisos de continuidad investigadora • Consorcios de I+D público privados

Tabla 36: Temas clave en la introducción de terapias innovadoras

Fuente: Elaboración propia

Esto significa importantes cambios:

- ***Para las empresas farmacéuticas***, que han demostrado que, a pesar de ser un sector tan innovador, son sin embargo, como se ha señalado[130], bastante conservadoras y con una evolución lenta de su modelo de negocio, lo cual indica su complejidad.

- ***Para las Administraciones sanitarias***, que tendrán que adaptarse a nuevas formas de diálogo con las empresas, más allá de la forma tradicional de fijación de precio.

Y todo ello bajo claros compromisos de los valores generales de la convivencia entre las partes, basado en la lealtad, en la transparencia, en la interdicción de los conflictos de intereses y de la confianza.

La política ante las terapias de alto coste no agota la política farmacéutica

Es evidente que la política ante las terapias innovadoras no agota todas las dimensiones de la política farmacéutica, de la misma manera que esta debe incluirse en una política de salud de largo alcance.

Dimensiones clave de esta política farmacéutica son[131]:

- Evaluación rigurosa y control de la eficacia, seguridad, calidad e información de los medicamentos

- Evaluación de la eficiencia

- Programas de uso racional de los medicamentos

- Regulación selectiva de la inclusión de los medicamentos en la financiación pública

- Una activa política de genéricos y biosimilares

- Sistemas de intervención de precios y programas de compras públicas bien diseñadas

- Fórmulas de copago reducido

- Fomento y mantenimiento de los incentivos a la innovación

Solo en este contexto global puede darse respuesta adecuada a los nuevos retos de las terapias avanzadas de alto coste.

Tanto los reguladores como las empresas tendrán que adaptarse a nuevas formas de actuación

130. Céspedes, A, La evolución de la organización empresarial en la Industria farmacéutica, Papeles de Economía Española, nº 160, 2019
131. Lobo, F, La Economía, la Innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud, Funcas, 2017

Implicaciones

Los medicamentos han aportado mucho y lo van a seguir haciendo a los grandes retos y a los grandes avances en salud de la Humanidad, previniendo, sanando y paliando, junto con otros factores de civilización.

Los medicamentos innovadores de alto coste representan retos importantes para:

- *La Administración,* que tendrá que flexibilizar su cultura administrativa de gestión y compatibilizarla con la debida rendición de cuentas, que puede exigir menos cortoplacismo y más valentía, compatible con la debida seguridad y transparencia en el uso de recursos colectivos.
- *Las empresas farmacéuticas,* que tendrán que adaptarse a nuevas formas de diálogo con la Administración y nuevas formas de fijación del precio de los medicamentos.

En este sentido, son elementos claves de futuro en relación con la introducción de terapias innovadoras los siguientes:

- Medición del valor aportado por el medicamento, con la metodología por la que se opte. Demostración continua del valor clínico y económico
- Descuentos o primas por resultados
- Compromisos precio-volumen
- Precios distintos por indicación/combinación
- Riesgos compartidos
- Programas de cuidados y servicios
- Revisiones periódicas bien evaluadas
- Compromisos de continuidad investigadora
- Consorcios de I+D público privados

Los avances y las respuestas a los retos en salud en los últimos años van a más velocidad que las respuestas de los gobiernos en su tarea reguladora que también tropieza con la dificultad de ajustar ingresos y gastos.

Estamos por tanto ante un desequilibrio, ante un reto, que precisa adaptar el comportamiento de todos los agentes.

Las empresas tendrán que ajustar sus estrategias de inversión-beneficio en nuevas temporalidades, y ello afectará a precios y retornos pactados en nuevos espacios de evaluación precisa y en resultados ciertos en salud.

Y todo ello con más transparencia y sin renunciar a que esa innovación llegue cuanto antes y de forma equitativa a los ciudadanos en un sistema equilibrado pactado y por supuesto sostenible. Es un reto por su dimensión y singularidades, pero ni nuevo, ni al que la sociedad quiera, ni pueda renunciar

Atención Primaria: ¿de verdad se asume que es el eje del Sistema Nacional de Salud?

8

Suele asumirse que la Atención Primaria es un componente fundamental de nuestro sistema sanitario y un gran punto fuerte del sistema público.

Sin embargo, en los últimos años, los conflictos con el personal fundamentalmente médico de Atención Primaria son casi continuos en todas las comunidades autónomas. Si hay algún tema candente en nuestro país, este claramente es uno de ellos.

Los motivos de este malestar son bien conocidos.

En Atención Primaria deben dejarse los discursos de ocasión y solucionar de verdad sus problemas. Se sabe cuáles son y cómo puede hacerse.

¿Es importante la Atención Primaria?

La Atención Primaria produce una mejor salud, con costes más bajos. Este es el resumen más breve de la evidencia científica disponible[132]. La definición de Atención Primaria podría ser la de unos servicios de salud y comunitarios universalmente accesibles, integrados, centrados en las personas y completos, facilitado por un equipo de profesionales responsable de atender la mayoría de las necesidades de salud.

Dado que en no todos los países la Atención Primaria está igualmente desarrollada, recientemente se ha definido un marco conceptual para la evaluación de la fortaleza de la Atención Primaria, basada en un análisis de estructura, procesos y resultados, según se observa en la **Figura 21:**

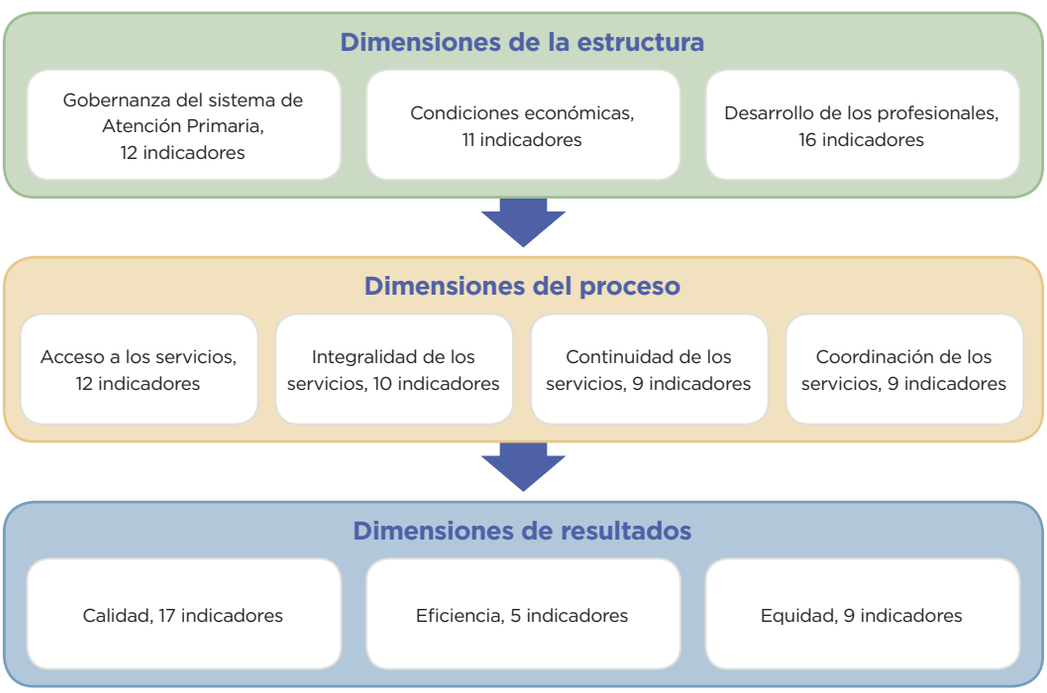


Figura 21: Sistema de evaluación del desarrollo de la Atención Primaria

Fuente: Kringos [133]

(Modificado)

132. European Forum for Primary Care EFPC at a glance, http://www.euprimarycare.org/about/efpc-glance, consultado 21 julio, 2019
133. Kringos, DS et al. The european primary care monitor: structure, process and outcomes indicators, BMC Family Practice 2010, 11:81 http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/strategija_PRIMAR/Kringos_WHO_SVN_meeting_140616.pdf, consultado 21 julio, 2019

Hay razones importantes para invertir en Atención Primaria

¿Por qué invertir en Atención Primaria?. Por las siguientes razones, que han sido bien acreditadas:

- Las hospitalizaciones innecesarias disminuyen
- Mejora de la salud de la población
- Menos desigualdades socio-económicas en salud
- Menor crecimiento de los gastos en salud

En este sentido el fortalecimiento de la Atención Primaria es una respuesta fundamental a los retos actuales de los sistemas sanitarios.

La ***dinámica de la Atención Primaria*** es la siguiente:

- La Atención Primaria es una parte central de los sistemas sanitarios en muchos países
- El modelo de Atención Primaria basada en el médico individual está superado
- El papel central es el equipo y la coordinación en red: integración asistencial
- Los pacientes están cada vez más informados y deseosos de decisiones compartidas
- Otros profesionales, aparte de los médicos, deben ser implicados: enfermeras, farmacias comunitarias, dietistas, terapeutas ocupacionales, etc.
- Tiene que atender a necesidades de salud cada vez más complejas
- Es crítica la coordinación con el entorno asistencial y otros profesionales
- Necesidad de historia clínica electrónica integrada

La fortaleza de la Atención Primaria varía entre países[134]:

- Los países del Este europeo han basado sus mejoras en salud en el fortalecimiento de la Atención Primaria
- Los sistemas basados en seguros sociales en general se asocian con menor desarrollo de la Atención Primaria (a pesar de que Holanda, un país típico de modelo de seguros sociales, tiene una Atención Primaria muy desarrollada)
- Los valores culturales parecen afectar a la estructura de la Atención Primaria

En definitiva la fortaleza de la Atención Primaria en un país depende del balance de poder de los diferentes actores: fundamentalmente gobiernos, aseguradores y profesionales[135].

España, en el contexto internacional del desarrollo de la Atención Primaria

El desarrollo relativo de la Atención Primaria en Europa puede verse el la **Figura 22:**

134. Kringos, DS, Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe, Social Science & Medicine, vol. 99, 2013, 9-17
135. Gervás, J, Pérez Fernández, M, Western European best practice in primary care, European Journal of General Practices, 2006; 12: 30-33

Figura 22: Desarrollo de la Atención Primaria en los distintos países europeos

Fuente: Building primary care in a changing Europe, 2015 [136]

(Modificado)

Como vemos, ***España es de los países con un alto desarrollo de la Atención Primaria***.

La Atención Primaria se configura como un elemento central del Sistema Sanitario de España, incluso se la califica como eje del Sistema Nacional de Salud. ***"Contribuye a la equidad y cohesión social; es el servicio más redistributivo y más cercano al ciudadano"*** como expresó la Ministra de Sanidad[137] el día de la Atención Primaria (11 de abril, 2019), celebrada bajo el lema ***"Pasión por la Primaria".*** Es, sin duda, uno de los puntos fuertes del sistema sanitario público.

En España, la Atención Primaria está muy desarrollada

136. Kringos, DS, et al (editors), Building primary care in a changing Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, 2015
137. Nota de Prensa, Carcedo: "La Atención Primaria tiene que afrontar cambios para adaptarse a las necesidades sociales y seguir siendo útil a la población" https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4563, consultado 22 agosto 2019

España es, según el informe de Bloomberg, el país con mejor nivel de salud del mundo (entre los 169 analizados) (Ver **Tabla 37**).

Tabla 37: Los 20 países con mejores niveles de salud en el mundo

Fuente: Bloomberg, 2019

Ranking 2019	Ranking 2017	Cambio	País	Health Grade	Health Score	Health Risk Penalties
1	6	+5	España	92,75	96,56	-3,81
2	1	-1	Italia	91,59	95,83	-4,24
3	2	-1	Islandia	91,44	96,11	-4,67
4	7	+3	Japón	91,38	95,59	-4,21
5	3	-2	Suiza	90,93	94,71	-3,78
6	8	+2	Suecia	90,24	94,13	-3,89
7	5	-2	Australia	89,75	93,96	-4,21
8	4	-4	Singapur	89,29	93,19	-3,9
9	11	+2	Noruega	89,09	93,25	-4,16
10	9	-1	Israel	88,15	92,01	-3,86
11	10	-1	Luxemburgo	87,39	92,03	-4,64
12	14	+2	Francia	86,94	91,7	-4,76
13	12	-1	Austria	86,3	90,71	-4,51
14	15	+1	Finlandia	85,89	90,18	-4,29
15	13	-2	Países Bajos	85,86	90,07	-4,21
16	17	+1	Canadá	85,7	90,31	-4,61
17	24	+7	Corea del Sur	85,41	89,48	-4,07
18	19	+1	Nueva Zelanda	85,06	89,68	-4,62
19	23	+4	Reino Unido	84,28	88,74	-4,46
20	22	+2	Irlanda	84,06	89,57	-5,51

El informe de Bloomberg[138] cita específicamente la eficacia de la Atención Primaria como una de las causas de este excelente nivel de salud.

Incluso en Estados Unidos, el paraíso de la medicina especializada, se está empezando a dar valor a la Atención Primaria

La Comisión Europea y la Atención Primaria

La Comisión Europea considera la Atención Primaria como la columna vertebral de los sistemas sanitarios en Europa. Ha puesto en marcha un Panel de Expertos sobre Atención Primaria, que publica informes periódicos[139].

También en Estados Unidos se empieza a dar importancia a la Atención Primaria

En Estados Unidos, la sanidad está tradicionalmente organizada sobre todo alrededor de los médicos especialistas, que actúan en entornos hospitalarios. De media Estados Unidos gasta entre el 5 y el 7% en Atención Primaria sobre sus gastos sanitarios totales, cuando la media en los países de la OCDE es del 14%[140].

Sin embargo, hay ya varios informes que evidencian de forma clara el valor que aporta la Atención Primaria en Estados Unidos[141,142].

138. Miller, LJ, Lu, W, These are the World's Healthiest Nations, Bloomberg, February 24, 2019
139. Expert Panel, https://ec.europa.eu/health/expert_panel/home_en, consultado 15 agosto 2019
140. Jabbarpur, Y et al, Investing in Primary Care. A State-Level Analysis Robert Graham Center, July 2019
141. Basu, S et al. Association of primary care physicial supply with population mortality in the United States, 2005-2015, JAMA Internal Medicine, 2019; 179: 506-14
142. Levine, DM et al, Quality and experience of outpatient care in the United States for adults with or without primary care, JAMA Internal Medicine 2019, 179: 363-72

Es por ello por que recientemente los *Centros para Medicare y Medicaid* (CMS), el organismo que dirige los dos grandes programas sanitarios públicos en Estados Unidos, están introduciendo un gran impulso a la Atención Primaria, mediante la iniciativa ***Primary Care First***[143]. Igualmente, muchos estados americanos están legislando en los últimos tiempos en la línea de fortalecer la Atención Primaria.

El mismo impulso a la Atención Primaria en Estados Unidos está siendo llevado a cabo por las aseguradoras comerciales, deseosas de sacar a los pacientes del entorno sanitario más caro: los hospitales.

Un malestar creciente entre los profesionales

En los últimos meses de 2018 y en 2019 se produjeron intensas muestras del malestar de los médicos de Atención Primaria en España, que se concretaron en manifestaciones, dimisiones y huelgas en prácticamente todas las comunidades autónomas, tal vez con más virulencia en Galicia, Cataluña y Andalucía.

Aunque no había una plataforma nacional y en cada comunidad se hacía énfasis en los problemas locales, en general las reivindicaciones tenían que ver con los asuntos que se presentan en la **Tabla 38:**

En los últimos tiempos hemos asistido a un profundo malestar entre los profesionales de la Atención Primaria

Reivindicaciones más frecuentes de los movimientos en Atención Primaria
• Financiación suficiente del Sistema Nacional de Salud y, dentro del mismo, de la Atención Primaria • Condiciones laborales dignas y medidas contra la precariedad • Recuperación completa de las bajadas en salario base y pagas extras • Planificación sanitaria. OPE's y movilidad/traslados bienales • Denuncia de las demoras en Atención Primaria • Sobrecarga asistencial, con poco tiempo para atender al paciente • Jubilación flexible y voluntaria de los 60 a los 70 años

Tabla 38: Reivindicaciones habituales de los movimientos en Atención Primaria

Fuente: Elaboración propia, a partir de varias fuentes

Dichos movimientos recibieron el apoyo de la Organización Médica Colegial[144].

¿Hay razones para ese malestar?

Argumentos compartidos

Los argumentos compartidos de estos movimientos se basan en:

- **caída del presupuesto dedicado a Atención Primaria dentro** de cada servicio de salud (tal y cómo puede verse en la **Tabla 39**):

	2002	2016	% variación
Gastos atención especializada y hospitales	53,3 m €	63,6 m €	+ 19,5
Atención Primaria	14,5 m €	13,5 m €	- 6,5

Tabla 39: Evolución gastos hospitales y Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Estadísticas del Gasto Sanitario Público, 2017

143. *Sessums, LL, et al, Primary Care First- Is it a Step Back?, New Engl Journal Medicine, July 17, 2019*
144. *Organización Médica Colegial, Declaración de la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos sobre la situación actual de la Atención Primaria en España, 15 diciembre 2018*

- **déficit de profesionales,** la evolución del número de médicos de familia, pediatras y enfermeras de Atención Primaria entre 2010 y 2018[145] se presenta en la **Tabla 40:**

Tabla 40: Evolución personal de Atención Primaria entre 2010 y 2018

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2019

	Evolución personal de Atención Primaria entre 2010 y 2018		
	2010	2018	% variación
Médicos de familia	28.641	29.086	1,5
Pediatras	6.325	6.486	2,5
Enfermeras	28.970	30.499	5,2

- **aumento de las demoras** (un 24% de los pacientes recibió cita con seis días de demora, siendo Cataluña la comunidad autónoma con ese ratio más elevado, 48%); y,

- **escasez de tiempo dedicado a cada paciente** (uno de los lemas de huelga era "atención sin tiempo, atención de riesgo").

¿Han empeorado las ratios de pacientes y aumentado la demanda?

La ratio de pacientes por profesional no ha empeorado. Al contrario, mejoró en todos los colectivos. Por médico de familia pasó de 1.398 en 2010 a 1.358 en 2018; el de pediatras de 1.037 pacientes en 2010 a 1.007 en 2018 y el de enfermería de 1.606 a 1.508[146].

No obstante, existen cupos muy elevados con el 24% de médicos con más de 1.500 ciudadanos asignados. En cuanto al gasto por habitante pasó de 200 € en 2010 a 196,3€ en 2016. A esta modesta caída del 1,9% hay que añadir la inflación de 9,7% en ese período, que ha sufrido todo el Sistema Nacional de Salud.

La frecuentación pasó de 4,10 visitas/ habitante/año de media nacional en 2010 a 4,30 en 2018, equivalente a un aumento de 4,1%, que no es excesivo. Las urgencias de Atención Primaria pasaron de 39,5% en 2010 a 42,8% en 2018, sobre el total de urgencias de Atención Primaria, hospitalarias y privadas; y han contribuido a la sensación de sobrecarga de los profesionales.

Una buena valoración de los pacientes

El índice de satisfacción con valoración buena o muy buena fue el 86,27% en 2010 y el 86,50% en 2018[147], lo que pone de manifiesto que la Atención Primaria sigue siendo altamente valorada entre la población.

Gran variabilidad entre territorios

Dichas cifras varían mucho entre territorios y en consecuencia, el agobio que dicen sentir los profesionales no procede tanto del número de pacientes asignados sino a cierto aumento de la frecuentación y a una demanda más compleja por factores como el envejecimiento, además

145. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Sistema de Información de Atención Primaria, SIAP, consulta realizada 25 agosto, 2019
146. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Sistema de Información de Atención Primaria, consultado 25 agosto, 2019
147. Barómetro Sanitario 2018, Centro de Investigaciones Sociológicas-Secretaria General de Sanidad y Consumo, 2018

del territorio en que ejercen su función, dadas las grandes diferencias de dotación por comunidades autónomas.

Además hay que tener en cuenta la desmotivación por la precariedad laboral de una parte sustancial de los colectivos, las ausencias de incentivos especialmente en zonas aisladas y en urbanas saturadas, y las escasas posibilidades de carrera profesional. Estos factores, unidos al envejecimiento de los equipos que iniciaron la implantación de la Atención Primaria hace tres décadas, pueden estar pesando más que las cifras objetivas de dotaciones y recursos. Cabe destacar también la pérdida de impulso político, desde que empezó la crisis, a las experiencias de autogestión y mayor autonomía de los equipos de Atención Primaria, como fórmulas de incentivación de los profesionales.

Una catarata de informes

Lo que no falta en Atención Primaria son informes y análisis. Para no perderse enumeramos los documentos más relevantes en orden cronológico (**Tabla 41**). No obstante, no son los únicos, el sindicato ***Comisiones Obreras*** y la ***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública,*** entre otros, han publicado también informes sobre la Atención Primaria.

Mayor frecuentación y una demanda más compleja

Año	Entidad impulsora	Título del informe
2006	Ministerio de Sanidad y Consumo	Atención Primaria del Siglo XXI: Estrategias de mejora, AP 21
2015	Foro de Médicos de Atención Primaria	Decálogo de Objetivos del Foro de Médicos de Atención Primaria
2017	Organización Médica Colegial	La Atención Primaria de Salud en España en 2025, AP 25
2019	Organización Médica Colegial	Segunda edición de La Atención Primaria de Salud en España en 2025, AP 25
2019	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria
2019	Foro de Médicos de Atención Primaria	30 medidas: Propuesta de modificaciones urgentes del "Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria"

Tabla 41: Informes más relevantes sobre la Atención Primaria en España

Fuente: Elaboración propia

Atención Primaria del siglo XXI, AP 21 (2006)

Este documento fue impulsado por el Ministerio de Sanidad y Consumo con participación de sociedades científicas, comunidades autónomas y expertos.

Parte de la base de lo que representó la reforma de la Atención Primaria desde 1984[148] precediendo a la Ley General de Sanidad:

- la incorporación de médicos de familia (creados como especialidad en 1978), pediatras y enfermeras a los Equipos de Atención Primaria
- el trabajo en equipo
- la jornada de trabajo de dedicación completa
- la incorporación de los programas de promoción de la salud
- la implantación de una cartera de servicios de Atención Primaria
- el trabajo en, con y para la comunidad
- la generalización del uso de la historia clínica

Todos ellos grandes avances, si se tiene en cuenta la situación de partida.

El documento se articula en cinco estrategias (**Tabla 42**):

Tabla 42: Las cinco estrategias del documento "Atención Primaria del siglo XXI"

Fuente: Atención Primaria del Siglo XXI: Estrategias de mejora, AP 21 (2006)

Estrategias del documento "Atención Primaria del Siglo XXI: Estrategias de mejora, AP 21"
a) Estrategias de mejora de la calidad de los servicios orientadas al ciudadano
b) Estrategias de mejora de la efectividad y la resolución
c) Estrategias de mejora de la continuidad asistencial
d) Estrategias de mejora de la participación y el desarrollo profesional
e) Estrategias de mejora de la eficiencia, gestión y organización

A los 22 años de la reforma de la Atención Primaria que impulsó el Real Decreto de 1984, el documento planteaba muchos temas nuevos y otros que representaban problemas que se empezaban a ver.

El documento es muy interesante y representa una evolución en los nuevos retos de la Atención Primaria. Los asuntos de financiación, dotación de personal y recursos y sobrecarga asistencial no se plantean con la beligerancia que lo harán documentos posteriores.

Decálogo del Foro sobre Atención Primaria (2015)

El Foro de Médicos de Atención Primaria[149] publicó su decálogo en 2015 y tiene un tono mucho más reivindicativo que el documento AP 21. Sus puntos se reflejan en la **Tabla 43:**

148. Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud

149. El Foro de Médicos de Atención Primaria está formado por las siguientes entidades y sociedades: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap); el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM); la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM); la Organización Médica Colegial de España (OMC); la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG); y, la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

Tabla 43: Los puntos del decálogo del Foro de Médicos de Atención Primaria

Fuente: [150]

Decálogo de Objetivos del Foro de Médicos de Atención Primaria. Para una AP de calidad
1. La Atención Primaria es el **eje del sistema sanitario.** Se plantean objetivos de porcentaje del presupuesto sanitario y adecuación de plantillas.
2. La Atención Primaria debe liderar los **procesos del enfermo crónico.**
3. Los Médicos de familia y pediatras deben liderar la **toma de decisiones relacionadas con la organización y gestión de los recursos sanitarios.**
4. Los médicos de familia y pediatras deben tener **acceso al catálogo completo de pruebas complementarias.**
5. El ejercicio de la Medicina de Atención Primaria debe tener un **entorno laboral atractivo.**
6. Las **agendas** deben adecuarse a una asistencia de calidad.
7. La gestión de la **Incapacidad Temporal** debe tener un diseño basado en criterios clínicos, evitando la multiplicación de informes.
8. La **receta electrónica** debe extenderse a todos los niveles asistenciales y a todo el Sistema Nacional de Salud.
9. La **formación en Atención Primaria** debe empezar en la universidad.
10. Se debe dar acceso a los profesionales de Atención Primaria a las **actividades formativas y promover la investigación.**

De las diez peticiones incluidas en el mencionado decálogo cabe distinguir por su transcendencia las siguientes:

- ***Liderazgo por parte de la Atención Primaria de los procesos del enfermo crónico***, con un papel central en la implementación de la Estrategia Nacional de Enfermedades Crónicas. Todo ello en coordinación con la atención hospitalaria, los servicios sociales los centros geriátricos y las asociaciones de pacientes.

- ***Formación continuada*** promovida por las Sociedades Científicas. Acceso a la Investigación, con bases de convocatorias de ayudas adaptadas a Atención Primaria. Inclusión de la Atención Primaria en los programas universitarios como un contenido transversal.

- ***Un entorno profesional y laboral atractivo***, aportando estabilidad, reconocimiento de la penalidad en ciertos casos e incentivación. Eso supone establecer una carrera profesional evaluando el desempeño profesional y científico. En cuanto a la estabilidad, exige la convocatoria periódica estable de procesos selectivos.

- ***Asistencia de calidad*** con un módulo que se repite en todos los documentos aparecidos: **mínimo de 10 minutos** por consulta. A eso hay que añadir la estandarización de los procedimientos y documentos asistenciales en toda España.

- ***Extensión de la receta electrónica, garantizando a la vez la interoperabilidad y el acceso a la Historia Clínica***, en un plazo máximo de cuatro años a todos los niveles asistenciales y todo el Sistema Nacional de Salud. Esta es una petición de todos los profesionales del sistema sanitario al margen de su ubicación y ejercicio profesional, que las autoridades no son capaces de atender a pesar de su responsabilidad de origen, al elegir a empresas de su territorio que definieron sistemas incompatibles.

- El acceso de los médicos de Atención Primaria y pediatras al catálogo de ***pruebas complementarias*** según indicación razonada y de eficiencia clínica, aunque eso suponga el aumento de equipos de ecografía, radiología y endoscopias.

150. https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/decalogoap_12_04_2018.pdf, consultado 25 julio, 2019

La Atención Primaria de Salud en España en 2025, AP 25 (2017)

El tono de este documento(151) difiere sustancialmente del de AP 21, el documento auspiciado en su día por el Ministerio de Sanidad, el primero era más exclusivamente propositivo, mientras este segundo, aunque contiene numerosas propuestas, tiene un tono en general mucho más reivindicativo.

Parte de la base del gran balance positivo de la reforma de los 80 de la Atención Primaria, pero dice que en gran medida solo el voluntarismo de los médicos ha logrado compensar la debilidad del apoyo político e institucional.

Plantea que el problema básico reside en si realmente queremos que el Sistema Nacional de Salud tenga una Atención Primaria fuerte, como centro del sistema, o se prefiere un modelo basado en el consumismo directo de especialidades, procesos y procedimientos, ofertados en acceso irrestricto y guiados por un neo-marketing de superespecialistas y tecnólogos.

Acusa a muchos políticos autonómicos de caer en la fascinación tecnológica olvidando la Atención Primaria.

En resumen, viene a decir que estamos ante el ***final del voluntarismo y el romanticismo*** y que la resignación ha dado paso a la indignación.

Elementos importantes de este documento son:

- En cuanto a **financiación**
  - Entre los años 2009 y 2016, mientras que el gasto público en hospitales y atención especializada se ha ido recuperando, en Atención Primaria ha continuado bajando (ver **Tabla 44**)

Tabla 44. Inversiones en hospitales y Atención Primaria, 2009-2016, en millones de euros y % de variación

Fuente: La Atención Primaria de Salud en 2025, 2019

	2009	2012	2013	2014	2015	2016	% variación 2009-2016
Servicios hospitalarios y especializados	39.251	38.720	37.421	38.003	41.110	41.586	+5,9
Servicios primarios de salud	10.775	9.468	9.138	9.045	9.358	9.530	-11,5

  - El peso relativo del gasto en Atención Primaria ha ido perdiendo peso progresivamente desde 1982 a 2016 (ver **Tabla 45**)

Tabla 45: Evolución del peso relativo en el gasto sanitario entre atención hospitalaria y primaria

Fuente: La Atención Primaria de Salud en 2025, 2019

	1982	1992	2002	2012	2014	2015	2016
Servicios hospitalarios /especializados (%)	54,9	56,7	52,0	60,7	61,4	62,4	62,4
Servicios primarios de salud (%)	20,2	16,6	15,5	14,8	14,6	14,2	14,3

151. La Atención Primaria de Salud en España en 2025. AP 25 (2017), http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/09/primaria_en-España_2005.pdf, consultado 25 julio, 2019

- Se propone un avance del 0,1% sobre el PIB en el presupuesto sanitario público entre los años 2017 y 2025 y dentro de este avance del 0,3% anual en la participación de Atención Primaria, hasta llegar hasta el 17,3% del presupuesto del año 2025, lo que equivale al 1,19% del PIB.

- En cuanto a **cargas de trabajo**
  - Se dice en el documento que más del 11% de los médicos atienden más de 50 consultas diarias y más del 40% atienden más de 40 consultas al día.
  - España tiene un promedio de 7,5 médicos de atención primaria por cada 10.000 habitantes. La cifra es muy lejana a los 17,2 que tienen en Alemania, los 15,4 de Francia, Portugal o Australia. Hasta 22 países de la Unión Europea que cuentan con más médicos de Familia por habitantes que España.
  - Para conseguir que los cupos máximos no superaran los 1.450 ciudadanos adscritos, en España se necesitaría ampliar la plantilla en 2.202 Médicos de Familia adicionales.
- En cuanto al **modelo retributivo**
  - Se propone un modelo retributivo específico, similar al que existe para otros cuerpos de la Administración
- En cuanto a las **Unidades de Gestión Clínica**
  - El documento es bastante crítico con las Unidades de Gestión Clínica, asegurando que los contratos de gestión no dejan de ser más que documentos elaborados desde servicios centrales con carácter gerencial y donde priman conceptos netamente economicistas
  - Se propone tender hacia una potenciación de la microgestión con capacidad auto-organizativa real
- En cuanto a la **capacidad resolutiva de la Atención Primaria**
  - Se afirma que el modelo del Sistema de Salud actual está basado en la Atención Hospitalaria y es preciso que cambie de sentido y gire hacia la Atención Primaria, dejando de ser un sistema hospitalocentrista
- En cuanto a la **Atención Primaria como eje de atención al paciente crónico**
  - En esta línea se propone:
    - Es preciso, con la ayuda de las nuevas tecnologías, retomar la cartera de servicios
    - Se precisa una estratificación de la población asignada a cada unidad básica asistencial
    - La telemedicina debe jugar un papel fundamental para la coordinación de cuidados

Como era de esperar, el documento de la Organización Médica Colegial está muy bien enfocado y contiene puntos muy originales. Solo cabe echar en falta la referencia a las fórmulas ensayadas en España y otras posibles de autogestión de la Atención Primaria para dotarla de mayor autonomía y flexibilidad.

Segunda edición de La Atención Primaria de Salud en España en 2025, AP 25 (2019)

La segunda edición de "La Atención Primaria de Salud en España en 2025", publicada en marzo de 2019, mantiene la estructura del documento anterior, actualizando algunos datos.

El Ministerio de Sanidad entra en liza: Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (abril, 2019)

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social presentó el documento denominado ***Marco Estratégico de la Atención Primaria 2019***, elaborado con una amplia participación de comunidades autónomas, organizaciones profesionales, asociaciones de pacientes y consejos de participación institucional.

Las seis estrategias del documento del Ministerio de Sanidad se resumen en la **Tabla 46.**

Tabla 46: las seis estrategias del Marco Estratégico de la Atención Primaria 2019 del Ministerio de Sanidad

Fuente: Marco Estratégico de la Atención Primaria 2019, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019

Marco estratégico de la Atención Primaria 2019
a) Reforzar el compromiso del Ministerio de Sanidad con el liderazgo de la Atención Primaria
b) Consolidar la política presupuestaria y de recursos
c) Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con los demás servicios asistenciales e instituciones
d) Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención
e) Potenciar el uso de las tecnologías TIC´s
f) Potenciar la investigación en Atención Primaria

Tanto el lenguaje como las propuestas de este documento suenan a muy continuista y poco innovador. Pudiera entenderse por la cantidad de acciones operativas que se mencionan que el Ministerio tuviera responsabilidad directa en la gestión de la Atención Primaria, algo transferido a las Comunidades Autónomas. Creemos que la recuperación del liderazgo del Ministerio pasa por su rol de dirección estratégica, no por entrar en temas operativos. Desde este punto de vista tal vez debiera haber definido unas grandes orientaciones estratégicas consensuadas y el marco de colaboración y diálogo permanente con las comunidades autónomas y colectivos profesionales y de pacientes, para su puesta en marcha.

A destacar que el documento es especialmente vago y poco concreto en materia presupuestaria: "incrementar de manera progresiva los presupuestos de Atención Primaria" (Acción B.1.1)

El documento fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado en abril de 2019, aunque sin el apoyo de los consejeros del PP[152], entre otras razones, por el momento de su presentación, al inicio de la campaña electoral. Lo cierto es que Murcia, Castilla y León, La Rioja, Andalucía y Galicia se han distanciado del contenido del documento al que achacan "intenciones preelectorales"[153].

Reacciones al documento del Ministerio: las 30 medidas del Foro de Atención Primaria (mayo, 2019)

Más preocupantes y a tener en cuenta son, sin embargo, las reticencias del Foro de Médicos de Atención Primaria(154,155), que, aún reconociendo y valorando el interés del Ministerio de Sanidad, denuncian las prisas, la metodología de elaboración y aducen que dicho documento

152. El Marco Estratégico de Atención Primaria se aprueba en un Consejo Interterritorial sin consenso, http://isanidad.com/137680/el-marco-estrategico-de-atencion-primaria-se-aprueba-en-un-consejo-interterritorial-sin-consenso/, consultado 25 julio 2019
153. Interterritorial: el PP en bloque rechaza la reforma de Atención Primaria, https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/interterrit rial-el-pp-en-bloque-rechaza-la-reforma-de-atencion-primaria-2307, consultado 14 agosto 2019
154. El Foro de AP exige que el Plan del Ministerio para reflotar el sector se acompañe de una memoria económica, http://www.cesm.org/2019/05/13/el-foro-de-ap-exige-que-el-plan-del-ministerio-para-reflotar-el-sector-se-acompane-de-una-memoria-economica/, consultado 25 julio 2019
155. El Foro de AP no asume en su totalidad la "estrategia" del Ministerio para la reforma del sector, http://www.cesm.org/2019/04/11/el-foro-de-ap-no-asume-en-su-totalidad-la-estrategia-del-ministerio-para-la-reforma-del-sector/, consultado 25 julio, 2019

no contiene una memoria económica ni previsiones de aumento de personal. En esto se diferencia del documento de la OMC, AP 25, que es muy concreto en ambos aspectos.

La reacción del Foro del Médicos de Atención Primaria se expresa en las declaraciones del Presidente de la Organización Médica Colegial, ***Serafín Romero***, el cual calificó el Marco Estratégico del Ministerio como una ***"declaración de intenciones"*** y ha insistido en que se debe incorporar una memoria económica con una financiación realista(156).

Hasta tal punto las 8 organizaciones que conforman el Foro están descontentas con el Marco Estratégico del Ministerio que publicaron un documento con 30 enmiendas al texto del Ministerio(157).

El énfasis de este documento se hace en concretar una política presupuestaria y de recursos humanos que garanticen la efectividad y calidad de la atención.

Da la impresión de que el Foro de Médicos de Atención Primaria conoce muy bien la problemática de la Atención Primaria y tiene muy claras sus reivindicaciones.

Otras reacciones al movimiento de Atención Primaria

A raíz de la conflictividad en Atención Primaria, y en muchos casos antes de la reacción del Ministerio de Sanidad, algunas comunidades autónomas han hecho públicos planes de reforma de la Atención Primaria.

- **Canarias** *(+ AP Canarias, Estrategia para el impulso de la Atención Primaria en Canarias)*[158]. Entre otros elementos se propone la consulta telefónica; la potenciación de la labor de enfermería, asumiendo el triaje; y un *call center* 24 horas, 7 días a la semana.
- **Región de Murcia.** *Programa de acción para el impulso y mejora de la Atención Primaria en la Región de Murcia*[159].
- **Navarra.** *Bases de la Estrategia de Atención Primaria de Salud de Navarra 2017-2019*[160].
- **País Vasco**. *Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi*[161].
- **Galicia.** *Plan Gallego de Atención Primaria 2019-2021*[162], plan muy ambicioso, elaborado de forma participativa por medio de grupos nominales en los que se implicaron 123 profesionales.
- **Andalucía,** *Plan de Accesibilidad a Primaria*[163].

Estos planes de las comunidades autónomas son de mayor o menor ambición, pero todos ellos se caracterizan por asumir compromisos concretos tanto económicos como de personal. **Al menos en tres de las comunidades (Murcia, País Vasco y Galicia) se trata de hacer compatible esta mejora de la primaria con la gestión de área,** que había sido cuestionada desde Atención Primaria precisamente por olvidarse de la misma en beneficio de los hospitales.

En el futuro, ¿más de lo mismo en Atención Primaria?

Dada la deliberada ausencia de consideraciones sobre nuevas fórmulas de gestión en los documentos analizados, la pregunta que podemos hacernos sobre el planteamiento de dichos trabajos e informes es si el marco actual de nuestra Atención Primaria debe considerarse inmutable y determinado para siempre. Según su contenido la Atención Primaria está perfectamente definida en España y solo necesita retoques y mejoras.

El Plan del Ministerio tuvo una acogida tibia entre el Foro de Médicos de Atención Primaria

También se han activado diversos planes en varias comunidades autónomas

156. *Los médicos piden 30 medidas "urgentes" a las Comunidades Autónomas para "salvar" la Atención Primaria, https://www.abc.es/sociedad/abci-medicos-piden-30-medidas-urgentes-ccaa-para-salvar-atencion-primaria-201905131410_noticia.html, consultado 14 agosto, 2019*
157. *Propuestas de modificaciones urgentes del "Marco Estratégico para Atención Primaria de Salud", http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Documento%20de%20consenso%209.5.19.pdf, consultado 14 agosto 2019*
158. *+ AP Canarias. Estrategia para el Impulso de la Atención Primaria en Canarias, Consejería de Sanidad-Servicio Canario de Salud, febrero 2019*
159. *Programa de acción para el impulso y mejora de la Atención Primaria en la Región de Murcia (PAIMAP 2018-2022 + Atención Primaria = + SALUD), Gobierno de la Región de Murcia, Servicio Murciano de Salud, 2018*
160. *Bases de la Estrategia de Atención Primaria de Salud de Navarra 2017-2019, Departamento de Salud-Servicio Navarro de Salud, enero 2018*
161. *Documento Base, Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi, Osakidetza, marzo 2018*
162. *Plan Gallego de Atención Primaria 2019-2021, Xunta de Galicia, 2019*

Una cierta autonomía profesional es clave en Atención Primaria

Nuestro modelo de Atención Primaria no se corresponde con el generalmente implantado en Europa. En la Unión Europea, los médicos de Atención Primaria no suelen estar regidos laboralmente por un sistema estatutario – funcionarial como el nuestro, ni los centros de salud son exclusivamente centros administrativos de gasto. Cabría preguntarse si algunas de las insuficiencias y defectos de funcionamiento no son consecuencia de esas circunstancias, caracterizada por una gran rigidez administrativa.

Los modelos contractuales de la Atención Primaria en Europa han sido analizados[164], así como las ventajas y los inconvenientes de cada uno de ellos[165]. En general, los datos apuntan a una mayor satisfacción de los profesionales en los modelos autogestionados, y a unos resultados equivalentes en datos de actividad, eficiencia y satisfacción ciudadana.

Esto es particularmente importante en la Atención Primaria donde existe una relación positiva entre la capacidad de gestionar los recurso por parte de los profesionales y la eficiencia, la satisfacción del profesional y la del ciudadano.

Un intento de superar el viejo marco administrativo se ha hecho a través de dos vías:

- **La gestión clínica,** pero este modelo ha sido criticado desde Atención Primaria, identificándolo no tanto con un intento de reforzar la autonomía profesional, sino de impulsar el gerencialismo, mediante medidas de corte economicista.

Las EBA's en Cataluña, el modelo más disruptivo de gestión de la Atención Primaria

- **Las gerencias únicas de área,** pero desde la Atención Primaria esta fórmula, seguramente bien intencionada y basada en una gestión de base poblacional, se ha identificado con un refuerzo del hospitalocentrismo y de olvido de las particularidades de gestión de la Atención Primaria.

Una experiencia que no ha sido analizado en ninguno de los informes citados es la vía de las **EBA's** (Entidades de Base Asociativa) en Cataluña[166]. Este es el modelo más disruptivo en relación con la organización general que se haya impulsado en la Atención Primaria en España. El modelo permite la contratación pública de entidades de base asociativa para gestionar servicios sanitarios públicos, ya sean de Atención Primaria, hospitalaria, sociosanitaria o de salud mental. La fórmula jurídica puede ser como sociedad limitada, cooperativa, cooperativa laboral o anónima. Todas ellas tienen ánimo de lucro, condición que les ha supuesto una corriente de opinión contraria que pone en duda que un servicio público se pueda gestionar con entidades de este tipo.

En cuanto a resultados en salud, los que ofrece el propio CatSalut anualmente, demuestran que los centros autogestionados están situados entre los primeros puestos.

Un debate necesario: el valor en Atención Primaria

Michael Porter, el conocido gurú de la estrategia, ha realizado aportaciones valiosas en sanidad y es uno de los padres del concepto del *Value Based-Healthcare,* la atención sanitaria basada en el valor.

Para los hospitales propone la organización en torno a unidades que sigan la trayectoria de los pacientes y la medición del valor en relación con la condición clínica de cada paciente.

En el año 2013 publicó un interesante artículo sobre Atención Primaria[167] donde pone en primer plano la identificación y medición del valor en dicho entorno.

También propone algo que puede ser polémico en ciertos ambientes de Atención Primaria:

163. Arranca el Plan de Accesibilidad a Primaria para adecuar los tiempos de consultas y las agendas, abril 2019, https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/actualidad/noticias/detalle/211469.html, consultado 15 agosto 2019
164. Ledesma Castellfort, A, ¿Autogestión o autonomía de gestión?. Informe SESPAS 2012 Gac. Sanit. 2012; 26(S):57-62
165. Palomo, L, et al, La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012, Gac Sanit 2012; 26 (S): 14-19
166. Ledesma, A, Iruela, A Las entidades de base asociativa (EBA): una alternativa a la gestión pública en la provisión de servicios de salud, http://directivos.publicacionmedica.com/contenido/images/sedisa_uno%281%29.pdf, consultado 26 julio, 2019
167. Porter, ME et al, Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs, Health Affairs 32, 3 (2013): 516-525

- Deconstruir la Atención Primaria, pasando del "café para todos", para organizar la atención en torno a grupos de servicios ofrecidos para alcanzar diferentes necesidades de múltiples subgrupos de pacientes.

  Una posible clasificación para adultos es: sano; sanos con una enfermedad compleja aguda; en riesgo; enfermos crónicos; enfermos complejos.

  Los niños pueden ser divididos en subgrupos similares.

- Medición del valor para cada subgrupo de pacientes

- Integrar los equipos por subgrupos con la atención especializada

La idea organizativa es sugerente, pero lo más importante es la medición del valor para los pacientes en la Atención Primaria.

Superar el desánimo en la Atención Primaria

Este es un problema general de la Atención Primaria y no solo en nuestro país. La situación en **Estados Unidos** ha sido descrita por Michael Porter (164) y se caracteriza por:

- muchos médicos de Atención Primaria están frustrados y se consideran infravalorados;

- menos de uno sobre diez graduados en Medicina en Estados Unidos eligen Atención Primaria;

- las prácticas de Atención Primaria suelen estar abandonadas de la inversión; y,

- al mismo tiempo, los pacientes tienen dificultad para encontrar prácticas de Atención Primaria y, si lo logran, quedan descontentos por su incapacidad de responder a sus necesidades.

La misma situación se da en el **Reino Unido**[168], donde se constata que las apariciones públicas de los médicos hospitalarios británicos son para compartir su conocimiento; mientras que las escasas intervenciones de sus colegas de medicina de familia se centran en la defensa de la especialidad, o en informar sobre las diferentes crisis de la Atención Primaria. Los medios muestran la imagen de una Atención Primaria prestada por unos profesionales carentes de conocimiento científico específico, que ejercen en un entorno presionado, estresante, apresurado y hasta caótico.

En cuanto a **España,** ya hemos visto *(Tema 6: ¿Faltan médicos en España)* que las plazas de MIR de Atención Primaria son las últimas solicitadas por los recién graduados.

Obviamente la única forma de superar esta situación es colocar a la Atención Primaria en la senda de demostrar su aportación de valor.

No más comisiones ni informes

La Atención Primaria se está enfrentando a problemas nuevos, distintos de los que había en el momento de su constitución, hace ya más de 30 años. Los cambios fundamentales son una proporción cada vez más alta de personas mayores, que se refleja en un incremento de enfermedades crónicas y de dependencia y, por otra parte, por un recambio generacional muy importante de profesionales en los próximos años.

La pregunta que hay que hacerse es si se quiere de verdad una Atención Primaria de calidad que constituya el eje del sistema.

Si la respuesta es positiva no hacen falta más comisiones e informes para saber lo que hay que hacer (23):

Fundamental medir el valor aportado por la Atención Primaria

168. Gené-Badía, J, Atención primaria: urge cambiar para mantener la calidad, Aten Primaria, 2019; 51 (5), 266-268

Hay un conjunto de medidas que tienen un amplio consenso, solo hace falta ponerlas en marcha

- **Poner el foco en la identificación del valor aportado por la Atención Primaria**[169], tanto a los pacientes como a la salud de la población. Definir métricas en este sentido, más basadas en el valor que en la actividad.

- **Redefinir el rol de la Atención Primaria y de los Centros de Salud,** como agentes de respuesta a la patología aguda más frecuente, así como ser el recurso desde el que se realice el seguimiento y control de la mayor parte de la patología crónica.

- **Acabar con las demoras.** Asegurar que las demandas de atención no urgente puedan ser atendidas en menos de 48 horas.

- **Aumentar la capacidad de resolución de la Atención Primaria,** dando acceso a los médicos primarios al catálogo de pruebas complementarias al igual que el resto de los especialistas. También incorporando herramientas diagnósticas, como retinografía, dermatoscopia, ecografía,…

- **Reducir las actividades que NO aportan valor.** El papel de la Atención Primaria, por su visión holística e integradora es clave para reducir las actividades que no aportan valor, de acuerdo con las Recomendaciones de No Hacer[170].

- **Presencia de la Atención Primaria en el ámbito comunitario.** Necesidad de interrelación de los equipos de Atención Primaria con su ámbito comunitario (residencias de ancianos, servicios sociales, ayuntamientos, etc.). Los equipos de Atención Primaria deben salir a la comunidad. La experiencia de Buurtzorg (Holanda) puede ser un buen ejemplo[171]. En este sentido sería interesante apoyar el desarrollo organizativo de prácticas, equipos y redes basadas en la comunidad para respaldar modelos flexibles de atención.

- **Potenciar los sistemas de información,** en particular en su orientación hacia los profesionales y los pacientes. Igualmente impulsar la transformación digital en Atención Primaria, favoreciendo la comunicación con los pacientes a través del correo electrónico, así como la consulta no presencial y otras formas de servicios no presenciales.

- **Hacer más atractiva la Atención Primaria para los profesionales:**

  - Evitando la precariedad laboral

  - Ofreciendo mejores retribuciones

  - Como propone el Foro de Médicos de Atención Primaria, garantizar un plan de sustituciones, con una tasa de temporalidad inferior al 8%

  - Con incentivos especiales para determinadas zonas

  - Llevando la Atención Primaria a la Universidad, con el fin de que sea conocida por los futuros MIR

  - Reforzar el carácter multiprofesional de los equipos

- **Difundir el valor de la Atención Primaria entre la población**, incluyendo la necesidad de educar a los ciudadanos para que no acudan a unas consultas sobrecargadas por problemas banales (énfasis en los autocuidados), así como estimular la implicación de la comunidad en sus propios cuidados (estilos de vida, obesidad, etc.).

- **Más recursos financieros,** aumentando la proporción del presupuesto destinado a la Atención Primaria. El Foro de Atención Primaria propone que el gasto en Atención

169. Rollow, W, Cuchiara, P, Achieving Value in Primary Care: The Primary Care Value Model Ann Fam Med 2016; 14:159-165
170. Recomendaciones NO Hacer Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, https://www.semfyc.es/biblioteca/doc-33-recomendaciones-no-hacer/ https://www.semfyc.es/biblioteca/doc-33b-recomendaciones-no-hacer-2a-parte/ https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/recomendaciones-no-hacer-y-hacer-en-el-anciano-documento-40/, consultado 23 agosto 2019
171. Monsen, K, deBlock, J Buurtzorg Nederland. A nurse-led model of care has revolutionized home core in The Netherlands, AJN 2013, 113 (8): 55-58

Primaria debe ser el 20% del gasto sanitario público y alcanzar el 25% en cinco años. Tal vez esta propuesta se salga de lo que es habitual en los países de la OCDE, pero, en todo caso, es un punto de inicio de la discusión. Lo que no puede aceptarse es el deterioro progresivo de los recursos económicos dedicados a la Atención Primaria, como se ha visto estos últimos años.

- **Cuantificar las necesidades del personal médico,** cubriendo las deficiencias. A partir de cupos máximos de 1.500 personas asignadas en edad adulta y 1.000 personas en edad pediátrica, con un margen máximo de 10%.

- **Aumentar el número de enfermeras y redefinir las funciones de cada profesional.**

- **Fijar un nuevo modelo de relación con la atención hospitalaria y los servicios sociales.** En este sentido, hay muchas experiencias valiosas, como la del Distrito Sanitario y el Hospital San Juan de Dios del Alfaraje, aprovechando al internista como generalista hospitalario y al médico de familia, como generalista de Atención Primaria, estableciendo equipos conjuntos[172].

- **Profundizar en las nuevas formas de gestión,** que refuercen la autonomía profesional, basada en el "nuevo profesionalismo". En este sentido, tal vez fuera posible reproducir en Atención Primaria algunas de las fórmulas de gestión pública no administrativa ensayadas en hospitales (fundaciones, empresas públicas, etc.), sin olvidar las fórmulas de gestión privada en el servicio público por medio de asociaciones profesionales, como las EBAs (Entidades de Base Asociativa), en Cataluña.

Profundizar en nuevas formas de gestión, un tema clave

Lo problemas están bien analizados, lo que hay que hacer es bien conocido. Lo que posiblemente falte es el convencimiento del papel clave que cumple la Atención Primaria en nuestro sistema sanitario, más allá de los discursos de ocasión.

172. Vallejo Maroto I, Fernández Moyano A. Continuidad asistencial en el paciente pluripatológico, Med Clin (Barc). 2012 Jul 21;139(5):206-7. doi: 10.1016/j.medcli.2012.01.017. Epub 2012 Mar 28

Implicaciones

Está generalmente admitido que la Atención Primaria produce mejores resultados en salud, con costes más bajos, ya que:

- Disminuyen las hospitalizaciones innecesarias
- Mejora la salud de la población
- Favorece menos desigualdades socio-económicas en salud
- Menor crecimiento de los gastos sanitarios

En los últimos años hemos vivido en España la expresión de un alto descontento entre los profesionales de la Atención Primaria (manifestaciones, dimisiones, huelgas, etc.).

También hemos asistido desde hace varios años a una catarata de informes sobre Atención Primaria.

Nos parecen temas clave:

- La voluntad política de impulsar el desarrollo de la Atención Primaria, como una pieza clave del sistema
- La medición del valor aportado en la Atención Primaria

Seguramente ya no hacen falta más informes ni comisiones, sino abordar con decisión los problemas identificados:

- Poner el foco en el valor aportado por la Atención Primaria
- Redefinir el rol de la Atención Primaria y de los Centros de Salud
- Acabar con las demoras
- Aumentar la capacidad de resolución de la Atención Primaria
- Reducir las actividades que no aportan valor
- Presencia de la Atención Primaria en el ámbito comunitario
- Potenciar los sistemas de información, incluyendo la transformación digital de la Atención Primaria
- Hacer más atractiva la Atención Primaria para los profesionales
- Difundir el valor de la Atención Primaria entre la población
- Más recursos financieros
- Cuantificar y cubrir las necesidades de personal médico
- Aumentar el número de enfermeras y redefinir las funciones de cada profesional
- Fijar un nuevo modelo de relación con la atención hospitalaria y los servicios sociales
- Profundizar en las nuevas formas de gestión, que refuercen la autonomía profesional

La percepción general es que el voluntarismo de los profesionales, que ha venido manteniendo la Atención Primaria a lo largo de todos estos años, ya no es suficiente.

Los “nuevos entrantes” en sanidad, ¿una amenaza o una oportunidad para los jugadores tradicionales?

9

Al ser sanidad un sector en crecimiento, son muchos los nuevos actores que se aproximan al mismo, atraídos por este crecimiento.

En otros sectores, los cambios disruptivos no fueron introducidos por los jugadores tradicionales, sino por los “nuevos entrantes”.

No sabemos si esto va a pasar en sanidad, pero es seguro que los “nuevos entrantes” activarán cambios sustanciales en las reglas y modelos de negocio del sector.

Un sector en crecimiento que atrae "nuevos entrantes"

Los jugadores tradicionales en el sector sanitario son bien conocidos: las ***Administraciones Públicas*** (que actúan siempre como reguladoras y también, muy frecuentemente como aseguradores y provisores); los ***provisores públicos y privados*** (las organizaciones o profesionales individuales que dan los servicios); las ***aseguradoras privadas*** (que cubren por una prima a su población asegurada, financiando o comprando para ellos los servicios); las ***empresas farmacéuticas*** (que innovan, producen y comercializan en el campo de los medicamentos); las ***empresas de tecnología médica*** (que hacen lo mismo que las farmacéuticas, pero en el ámbito de las tecnologías médicas), y, por último, las ***empresas de tecnologías de la información en sanidad*** (especializadas en dar servicios informáticos a las empresas sanitarias y a sus profesionales).

La teoría de Porter en aplicación

Esto ha funcionado así durante muchos años. Pero ocurre que el sector sanitario es un sector en crecimiento rápido. Todas las previsiones dicen que el tamaño global en términos económicos aumentará de forma acelerada en los próximos años. Se dan la circunstancias para que opere una de las 5 fuerzas de la competencia, que hace ya bastantes años fueron definidas por Porter[173]: la ruptura de este equilibrio de actores y la aparición de nuevos actores en el sector, atraídos por las grandes oportunidades de un sector en crecimiento.

Los nuevos competidores que entran en un mercado pueden amenazar o disminuir la cuota de mercado y rentabilidad de las empresas existentes y pueden dar lugar a cambios significativos en la calidad de los productos y en su precio.

Como en todos los sectores son de aplicación también las barreras de entrada que se dan para los nuevos entrantes: necesidades de inversión, barreras tecnológicas o regulatorias, etc.

Desde empresas de venta al por menor, tecnología, telecomunicaciones y de productos de consumo, nuevos entrantes pueden atraer consumidores, innovar a un ritmo más rápido que las compañías tradicionales, bajar el coste y- en colaboración con compañías tradicionales y gobiernos- mejorar los resultados.

La sanidad global cambiará radicalmente a medida que los nuevos entrantes penetran en nichos de actividad, en la prestación y acceso a la asistencia sanitaria.

Sanidad, un sector en crecimiento acelerado, que atrae "nuevos entrantes"

173. Porter, ME, The Five Competitive Forces That Shape Strategy, Harvard Business Review, January 2008, pp. 25-40

La virtualización de la asistencia permite nuevos modelos asistenciales

La virtualización de la asistencia supera el viejo modelo de que la actividad diagnóstica y asistencial solo podría darse de forma presencial. Las nuevas tecnologías permiten hacer de forma virtual lo que antes se hacía exclusivamente mediante un contacto personal directo.

Un gran cambio que obliga a reformular el modelo asistencial y una gran oportunidad para nuevos entrantes, dispuestos a ayudar y a aprovecharse de la formulación de este nuevo modelo.

Las empresas tradicionales, en cambio, pueden estar más apegadas a la forma más presencial de actuación y les puede costar más dar ese salto.

Innovaciones más rápidas en economías en desarrollo

Múltiples iniciativas de alianzas de viejos con nuevos *players*

La entrada de estos nuevos jugadores y el cambio de modelo asistencial están encontrando menos dificultades para expandirse en economías en desarrollo, donde se dan una serie de circunstancias:

- En primer lugar una falta de acceso a la sanidad en grandes partes del globo, lo que atenta contra principios básicos de igualdad y equidad, y que llevó a los líderes mundiales a formular en el año 2000 los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio[174].

- En segundo lugar, una práctica ausencia de jugadores tradicionales y una gran escasez de personal sanitario, lo que hace muy difícil responder a las demandas y necesidades sanitarias con un enfoque tradicional.

- En tercer lugar, un marco regulatorio menos restrictivo.

Estas circunstancias, unidas a la rápida expansión de los móviles y de la red de banda ancha constituyen un caldo de cultivo para la expansión de formas no tradicionales y más virtuales de asistencia y, en gran medida, ofrecida por nuevos jugadores (en general, por empresas que no pertenecen al tipo de las que hemos visto que tradicionalmente operan en sanidad), fundamentalmente empresas de tecnología y telecomunicaciones.

Iniciativas de alianzas de viejos players por nuevos

Hay muchos ejemplos de alianzas de viejos *players* con nuevos entrantes en el sector sanitario. Nos referiremos solo a algunos:

- En 2014 se constituyó ***Johns Hopkins Aramco Healthcare***[175], una empresa mixta formada por ***Saudi Aramco***, empresa estatal saudí del mundo de la energía, y ***Johns Hopkins,*** el viejo y prestigioso hospital académico de Baltimore en Estados Unidos.

- La ***Cleveland Clinic*** está asociada a la ***Time Warner Cable*** para ofrecer video consultas[176].

- ***Sanofi Canadá***, la filial canadiense de la farmacéutica Sanofi, se asoció con Telus Health, una división de la compañía de telecomunicaciones ***Telus,*** para lanzar una plataforma en web para ofrecer a los pacientes herramientas de autogestión de enfermedades y de monitorización[177].

- ***SK Telekon***, una empresa de telecomunicaciones de Corea del Sur, creó una empresa mixta en 2013 con ***Vista***, la empresa especializada en gestión de clínicas de especialidades en áreas metropolitanas de China[178].

La lista podría ser infinita, lo que demuestra, en general, la apertura de los operadores tradicio-

174. United Nations Development Programme Millennium Development Goals, https://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html, consultado 18 agosto 2019
175. Johns Hopkins Aramco Healthcare, https://www.jhah.com/en/about-us, consultado 27 julio 2019
176. Time Warner Cable Business Class Announces First "Virtual Visit" Telemedicine Trial, https://www.timewarnercable.com/en/about-us/press/twc_businessclass_announces_virtual_visit_telemedicine_trial.html, consultado 27 julio 2019
177. Telus Health and Sanofi Canada Launch STARsystem for users of IBGSstar Blood Glucosa Monitors, https://www.iphoneincanada.ca/news/telus-health-and-sanofi-canada-launch-starsystem-for-users-of-ibgstar-blood-glucose-monitors/, consultado 27 julio 2019
178. SK Telecom Enters the Chinese Healthcare Market, http://koreabizwire.com/sk-telecom-enters-into-the-chinese-healthcare-market/13783, consultado 27 julio 2019

nales a las alianzas con estos nuevos entrantes en el sector.

Un área de menor resistencia a los nuevos entrantes: el bienestar y la forma física

El mundo creciente del bienestar y ayuda al buen estado físico – el dinero que la gente gasta en productos y servicios no médicos para estar saludable- ofrece quizá la entrada más flexible para nuevos entrantes para penetrar en el mundo sanitario sin tener que enfrentarse ni a los reguladores ni a los agentes tradicionales. Existen pocas regulaciones sobre la forma de que las personas se preocupan por sí mismas, desde el punto de vista físico. Los nuevos entrantes ofrecen servicios y productos para "fitness", reducción de peso, formas de alimentación, etc.

Nintendo es un jugador en esta área, como lo es ***Nestlé*** y otras muchas empresas.

Tipos de "nuevos entrantes"

Una conceptualización inicial de cómo juegan los "nuevos entrantes" en un marco de sistema sanitario establecido se representa en la **Figura 23.**

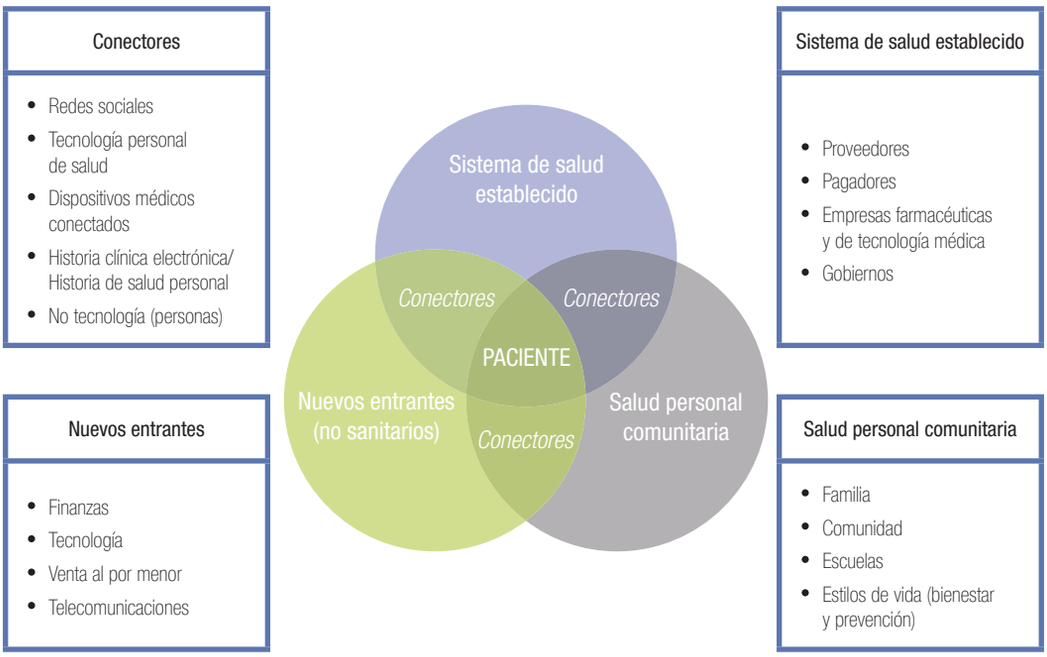


Figura 23: Los nuevos entrantes en el contexto de los sistemas de salud establecidos

Fuente: Elaboración propia)

Vemos en el esquema anterior que hay un sistema de salud establecido (compuesto por los jugadores conocidos), junto con un conjunto de nuevos entrantes (a su vez de distinta tipología, desde empresas financieras a de venta al por menor), junto con elementos de salud personal y comunitarios. Todos estos elementos unidos a través de unos conectores.

Desde un punto de vista práctico, clasificaremos los "nuevos entrantes" en sanidad en cuatro tipos, tal y como puede verse en la **Tabla 47**:

Tabla 47: Tipología de "nuevos entrantes" en sanidad

Fuente: Elaboración propia

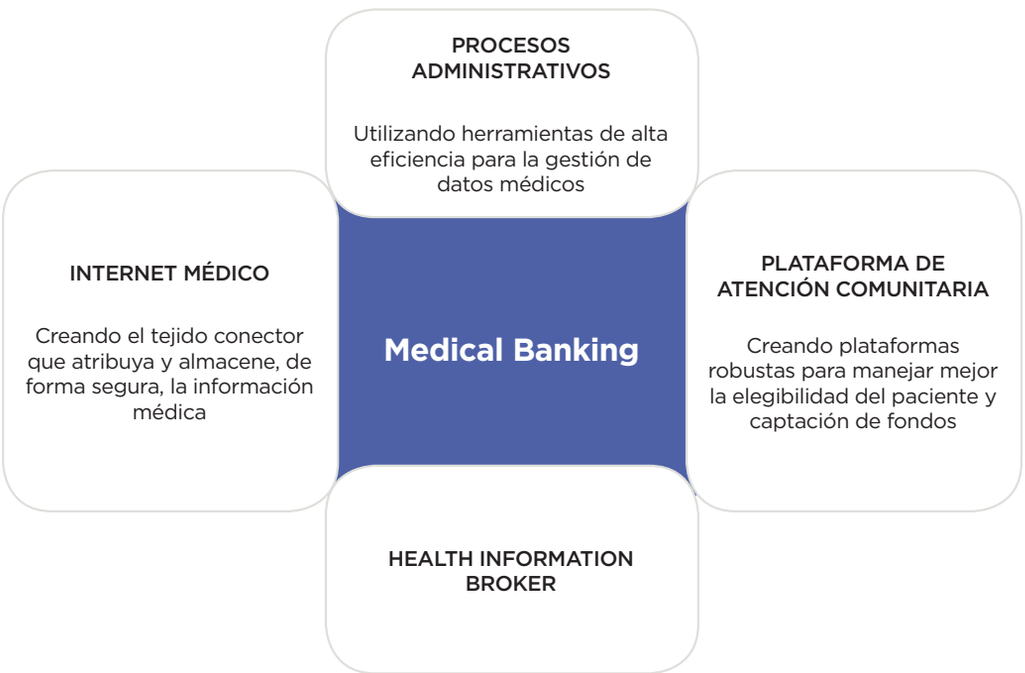
Tipología de "nuevos entrantes" en sanidad
• Compañías de otros sectores que entran en sanidad • Empresas sanitarias que cambian su orientación de mercado • Empresas nativas en Internet que se dedican a sanidad • El acceso de las grandes plataformas a sanidad

Compañías de otros sectores que entran en sanidad

Un ejemplo de compañía no sanitaria que entra en sanidad es *Walmart*, la mayor compañía del mundo por ingresos, con 11.000 tiendas en 27 países. Su potencial deriva de tener 2,2 millones de empleados y servir a más de 250 millones de consumidores. Estaba en el área de sanidad desde 2007 con un concepto, de gran éxito en Estados Unidos, las *retail clinics*, unas clínicas de acceso rápido y cartera de servicios limitada, en general atendidas por enfermeras. Ahora Walmart quiere ampliar su presencia en sanidad, introduciéndose de manera clara en atención primaria, venta de medicamentos y seguros sanitarios. La máxima prioridad para Walmart es reducir los costes de la sanidad, para hacer la atención sanitaria más accesible[179]. Otro grupo de empresas que está desembarcando en sanidad son los bancos, mediante el enfoque del llamado *medical banking*. No olvidemos que cada actuación sanitaria suele ir acompañada de una transacción financiera. La forma en la que los bancos pueden incorporarse al mundo sanitario se presenta en la **Figura 24.**

Figura 24: Medical banking

Fuente: Medical Banking. A new stakeholder, 2013 [180]



179. Visnji, M, How Walmart Is Disrupting Healthcare?, https://revenuesandprofits.com/how-walmart-is-disrupting-healthcare/, consultado 27 julio, 2019
180. Casillas, J,Medical Banking: The Story Continues, HIMSS, 2013

Aunque se ha especulado mucho sobre las oportunidades de los bancos en sanidad, la verdad es que su influencia en el mundo sanitario es, hasta ahora, escasa.

Múltiples empresas de tecnología están entrando en el mundo de la salud, bien a partir de los dispositivos médicos o de las tecnologías de la información en sanidad.

Empresas sanitarias que cambian su orientación de mercado

Un ejemplo es CVS y MinuteClinic. ***CVS*** es la mayor red de farmacias en Estados Unidos. Ya en el año 2000 cambió parcialmente su orientación de negocio creando ***MinuteClinic***[181], que en este momento es la mayor red de "retail clinics" en ese país, con más de 1.100 en 13 estados.

Estas clínicas ofrecen servicios de atención primaria (despistaje y control de enfermedades crónicas, vacunaciones, enfermedades agudas menores, etc.), siendo atendidas por enfermeras y por médicos asistentes especializados en medicina de familia. Esta iniciativa recibió la acreditación de la *Joint Commission.*

Un gran cambio para unas farmacias comunitarias tradicionales, bastante impensable en otras latitudes.

Empresas nativas en Internet

Este grupo de compañías no son empresas preexistentes que entran en sanidad. Son empresas sanitarias, pero que no proceden de los operadores tradicionales, sino que son "nativas en Internet". Son empresas que han nacido en Internet, orientadas desde el primer momento hacia el sector sanitario. Esta realidad es especialmente activa en Estados Unidos y ha atraído la atención de muchos inversores. Actúan sobre todo en el mundo de la visita y atención virtual.

Los nombres más conocidos son: **Teladoc,** fundada en 2002, que entró en Bolsa en el 2015; **American Well**, que inició su actividad en 2006, con la oferta básica de videoconferencia para visitas médicas; **MD Live,** presente desde 2009; **Doctor on Demand,** lanzada en 2014, oferta también visitas virtuales; **HealthTap,** que ofrece interacciones con más de 60.000 médicos; **Curely,** un modelo asíncrono, dónde los usuarios pueden conectar con los médicos por chat.

No solamente hay modelos en el ámbito de la provisión, también de los seguros médicos, como **Oscar,** una aseguradora sanitaria disruptiva, que apareció en 2012 en el ámbito de Nueva York, aunque ahora ya actúa en varios Estados americanos.

En nuestro medio un caso de éxito es **Doctoralia,** la compañía que ayuda a los pacientes a encontrar médicos y centros próximos a su ubicación geográfica, y que también permite solicitar cita directamente a través de la aplicación o contactarlos por teléfono.

Las grandes plataformas en el mundo de la salud

Las plataformas son nuevos modelos de negocio que utilizan la tecnología para conectar personas, organizaciones y recursos en un ecosistema interactivo en el cual grandes cantidades de valor pueden ser creadas e interconectadas[182]. Airbnb, Uber, Alibaba, y Facebook son solo cuatro ejemplos de plataformas disruptivas, que incluyen también Amazon, YouTube, eBay, Wikipedia, Twitter, Instagram, Pinterest y muchas más. Cada una de ellas está focalizada hacia distintos sectores y mercados.

En 2014, tres de las mayores firmas medidas por capitalización bursátil –Apple, Google y Microsoft- gestionaban plataformas como modelos de negocio. En el momento actual

181. CVS Health What's Next for Minute Clinic, https://cvshealth.com/thought-leadership/whats-next-for-minuteclinic, consultado 27 julio 2019
182. Parker, GG, Van Alstyne, MW, Choudary, SP, Platform Revolution, WW Norton & Company, 2016

algunas gigantes empresariales que no estaban en esta lógica, como Walmart, Nike, GE y Disney, están intentando adoptar el modelo de negocio de plataforma.

¿Qué es una plataforma? Una plataforma es un negocio basado en la facilitación de creación de valor a través de interacciones entre productores externos y consumidores. La plataforma facilita una infraestructura abierta y participativa para estas interacciones y fija las reglas de funcionamiento.

El modelo de negocio tradicional adoptado por la mayoría de las compañías podría describirse como *pipeline* (en tubería). En contraste con las plataformas, un negocio en tubería adopta un enfoque paso a paso para crear y transferir valor, con los productores en un extremo y los consumidores en el otro. Podríamos describir esta aproximación como cadena de valor linear.

En los años recientes, cada vez más compañías están cambiando de la estructura "en tubería" a la de plataforma. Con este cambio, la disposición simple en tubería se transforma en unas relaciones más complejas en las cuales los productores, los consumidores y la plataforma en sí misma, incorporan un tipo de relaciones variables. En el mundo de las plataformas diferentes tipos de usuarios – algunos de ellos productores, otros consumidores y otros que pueden jugar ambos roles- conectan y llevan a cabo interacciones entre sí, utilizando los recursos facilitados por la plataforma. En este proceso, intercambian, consumen y crean valor.

Cada plataforma opera de forma diferente, atrae distintos tipos de usuarios y crea diferentes formas de valor.

Grandes oportunidades en sanidad para las plataformas

Hasta hace poco la mayoría de negocios se construían alrededor del producto, que eran diseñados y producidos en un extremo de la tubería y ofrecidos a los consumidores al otro extremo. Hoy, hay muchas compañías todavía con modelos en tubería, pero cuando los negocios basados en plataforma entran en el mismo mercado, las plataformas siempre ganan.

El crecimiento de las plataformas está transformando casi cada sector de la economía, desde la educación, a los medios de comunicación, a la sanidad, la energía e incluso los gobiernos.

Como resultado del surgimiento de las plataformas, casi todas las prácticas tradicionales de la gestión de negocios- incluyendo estrategia, operaciones, marketing, producción, investigación y desarrollo-están en estado de modificación.

Analizaremos ahora algunas de las plataformas activas en sanidad. Solo algunas porque la relación podría llegar hasta casi el infinito. Solo decir que la sanidad es un sector especialmente fértil para la actividad de las plataformas. ***En su libro sobre las plataformas, Moazed y Johnson dicen que sanidad es un mundo lleno de ineficiencias y despilfarro y donde hay esto hay una oportunidad para las plataformas***[183].

Cuando hablamos de grandes plataformas, hablamos fundamentalmente de Estados Unidos y Asia (China e India). Europa tiene una posición muy débil en ese campo, como puede verse en la **Figura 25:**

183. Moazed, A, Johnson, NL, Modern Monopolies. What it Takes to Dominate the 21st Century Economy, Applico, 2016

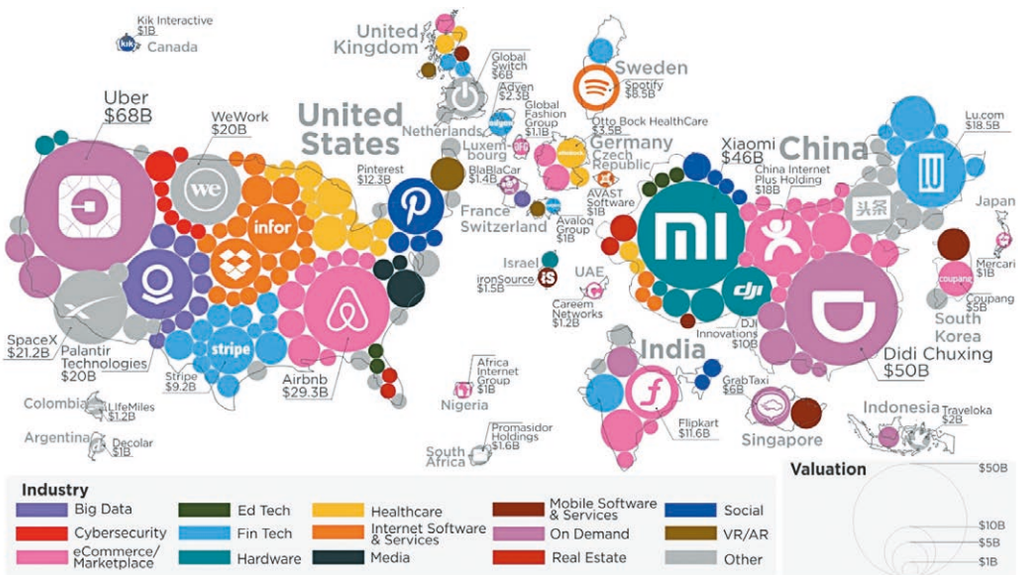


Figura 25: Las grandes plataformas en el mundo

Fuente: [184]

Tencent

Tencent Holdings Limited es una compañía multinacional china, cuyas subsidiarias proveen productos y servicios en internet. Los diversos servicios que ofrecen son redes sociales, portales de sitios web, comercio electrónico, desarrollo y distribución de videojuegos y recursos de mensajería instantánea. Fundada en 1998, fue listada en la Bolsa de Hong Kong en 2004.

Ahora vayamos al sistema sanitario chino: hospitales infradotados de personal y masificados, corrupción farmacéutica y un sistema en general mal equipado para abordar la salud de 1.400 millones de ciudadanos. Ir a un hospital público para obtener una cita significa habitualmente una espera de medio día en una cola. Después, se tiene que pagar la consulta en otra cola. Solamente tras eso, se puede ver a un médico. Tras eso, otra cola para obtener y pagar por la medicación. En definitiva, una auténtica pesadilla. Esto contrasta con los planes del gobierno de tener una China saludable en 2030.

Para resolver esta situación ahí están los gigantes de Internet como Tencent o Alibaba, para hacerlo, por supuesto, con el apoyo y el estímulo del gobierno, que, por otra parte, ha visto los resultados más que discutibles de su plan de reforma sanitaria lanzado en 2009[185].

En este contexto, Tencent lanzó **WeChat,** creando una red de hospitales participantes en los que se puede obtener citas con médicos a través de la app. También ofrece servicios de consulta por videoconferencia. Hay 440.000 médicos chinos disponibles a través de este sistema.

Más recientemente, Tencent creó **Doctorwork,** una red de clínicas físicas. Doctorwork trata de hacer el proceso más eficiente a través de un cuestionario soportado por Inteligencia Artificial en una pantalla a la entrada, que recomienda qué especialista visitar en la clínica.

También Tencent entró en el mundo del seguro a través de **WeSure.** Igualmente, lanzó **AIMIS,** un servicio de diagnóstico por imagen guiado por Inteligencia Artificial.

184. The Most Disruptive Unicorns Around the World, in One Map, https://howmuch.net/articles/the-worlds-unicorn-companies-2017, consultado 27 julio 2019
185. Lew, L, How Tencent's medical ecosystem is shaping the future of China's healthcare, https://technode.com/2018/02/11/tencent-medical-ecosystem/, consultado 27 julio 2019

En definitiva, una auténtica revolución en el mundo de la sanidad, llevada de la mano no de los operadores tradicionales chinos, sino de plataformas de internet.

Alibaba

Alibaba Group es un consorcio privado chino con sede en Hagngzhou, que posee 18 subsidiarias. En 2012 sus ventas eran mayores que las combinadas de sus dos competidores, Amazon y eBay. Desde 2014 cotiza en la Bolsa de Nueva York.

En 2018 crea ***Alibaba Health*** para comercializar medicamentos y servicios en sanidad. Ofrece un servicio de distribución 24 horas de medicamentos así como consultas médicas[186]. También en ese año firma un acuerdo con Merck para explorar conjuntamente servicios sanitarios en línea, modelos de pago directo y aplicaciones de la Inteligencia Artificial en sanidad.

Alibaba junto con la ya mencionada Tencent está cambiando por completo el ecosistema sanitario de China.

Google

Google es una compañía subsidiaria de la multinacional Alphabet. El principal producto de Google es el motor de búsqueda de contenidos en internet, del mismo nombre, aunque ofrece también otros productos y servicios, como el correo electrónico llamado Gmail, sus servicios de mapas Google Maps, Google Street View y Google Earth, el sitio web de videos YouTube y otros. Google es capaz de procesar más de 1.000 millones de peticiones de búsquedas diarias y su motor de búsqueda es el sitio web más visitado a nivel mundial. El origen de la compañía es un proyecto universitario que se remonta a 1996.

Google Health fue uno de los primeros portales de pacientes en Estados Unidos, pero probablemente nació antes de tiempo y fue cerrado en 2011, debido a una falta de interés de los consumidores.

El cierre de Google Health no significó que Google perdiera su interés en el campo de la salud, sino que continuó con distintas iniciativas: **Verily,** el negocio principal de Google en salud; **Calico,** orientado hacia la investigación anti-aging; **DeepMind,** que opera en el ámbito de la inteligencia artificial; **Google Fit,** que fabrican "vestibles" relacionados con la salud; **Nest,** la compañía que trata de conectar los hogares, con un fuerte contenido de salud; **Google Cloud,** que ha lanzado varias ofertas de salud en los últimos años.

A partir de una reunión celebrada en noviembre de 2018, Google asumió una estrategia unificada en salud[187].

Las organizaciones sanitarias deben pensar en Google, junto con Amazon, como un nuevo entrante en salud, ya que tiene un gran equipo en salud y está concentrando sus esfuerzos en la Inteligencia Artificial, un ámbito clave en los cambios en el mundo de la salud.

Google ha alcanzado recientemente acuerdos con Johnson&Johnson; así como con el *National Health Service* británico, para distintos temas, entre otros ofrecer servicios sanitarios con soluciones digitales. También con el gigante Abbie para acelerar el descubrimiento y comercialización de distintas terapias.

Apple

Apple es una empresa americana que diseña y produce equipos electrónicos, software y servicios en línea. Sus productos de hardware incluyen el teléfono inteligente iPhone; la tableta iPad; el ordenador personal Mac; el reproduc-

186. Alibaba Group, Alibaba Group Announces Consolidation of Healthcare Categories into Alibaba Health, https://www.alibabagroup.com/en/news/press_pdf/p180529.pdf, consultado 27 julio 2019

187. Becker, J, Google's Plan To Fix Healthcare With AI, https://go.forrester.com/blogs/googles-plan-to-fix-healthcare-with-ai/, consultado 27 julio 2019

tor de medios portátil iPod; el reloj inteligente Apple Watch y el reproductor de medios digitales Apple TV. Tiene también múltiples productos de software. La compañía fue fundada en los años 70 y desde 2015 es la compañía del mundo con mayor valor en términos de capitalización bursátil. Apple está y quiere estar en salud. De hecho, la salud es uno de los elementos diferenciales competitivos de su último producto, el Apple Watch.

Apple tiene 5 ambiciones en salud[188], tal y cómo se ve en la **Tabla 48:** Como se ve, es un enfoque totalmente distinto al de Google, que hace más énfasis en la inteligencia artificial, pero igualmente prometedor.

Las cinco orientaciones de Apple en salud

1. **Que los iPhones estén directamente conectados a la Historia Clínica Electrónica**.

   Más de 39 proveedores entre ellos algunos tan prestigiosos como **Cedars-Sinai, Geisinger, Johns Hopkins Medicine,** así como algunos fabricantes de soluciones informáticas en salud, como **Cerner y Epic,** están participando en este proyecto. Aquí Apple tiene una ventaja: su Health app está ya instalada en los teléfonos de 140 millones de americanos.

2. **Ofrecer a proveedores sanitarios la monitorización de sus pacientes.**

   Apple anunció su asociación con la **Duke University School of Medicine** y los **Hospitales de la Universidad de Stanford** para permitir seguir a sus pacientes crónicos.

3. **Ayudar a los investigadores a reclutar cientos de participantes para los estudios clínicos.**

   Uno de los primeros ejemplos es **Apple Heart Study,** actualmente en marcha en asociación con **Stanford Medicine,** que trata de comparar la capacidad del Apple Watch para detectar la fibrilación auricular.

4. **Apple quiere, en colaboración con aseguradoras sanitarias, monitorizar la salud a través de sus dispositivos Apple.**

   Por ejemplo, firmó acuerdos con Aetna y UnitedHealthcare para facilitar rebajas a los asegurados que caminen al menos 10.000 pasos al día.

5. **Apple quiere ofrecer su propio servicio de salud a sus empleados, basado en el bienestar.**

   Apple lanzó su propio grupo de provisión de atención primaria, llamado **AC Wellness,** para ofrecer servicios a sus propios empleados. Actualmente la compañía solo tiene consultorios en el área de Santa Clara County en California, pero los planes son de crecimiento.

Tabla 48: Las cinco orientaciones de Apple en salud

Fuente: Elaboración propia, a partir de varias fuentes

Amazon

Amazon, creada por Jeff Bezos en 1994, es una compañía de comercio electrónico y servicios de computación en la nube con sede en Seattle (Estado de Washington). Empezó como un negocio de venta de libros en línea, pero ahora está muy diversificada, pudiéndose comprar en su tienda virtual casi cualquier cosa (desde un traje a un electrodoméstico, pasando por un cosmético o un kilo de arroz).

Hasta tal punto está Amazon diversificado que Sunil Gupta, el conocido profesor de la Harvard Business School, ha llegado a decir[189] que Jeff Bezos debió haber faltado a la clase de estrategia en la que se explicaba que la esencia de los negocios era el foco.

Hasta prácticamente 2018, Amazon había estado ausente del mundo de la salud. Pero en ese año lanza varias iniciativas[190]:

- En asociación con Berkshire Hataway y JP Morgan pone en marcha el proyecto de crear una ***aseguradora para sus empleados*** y coloca al frente de esta iniciativa nada menos que a Atul Gawande, el conocido médico y divulgador de la salud

188. Advisory Board, The 5 ways Apple wants to transform health care, https://www.advisory.com/daily-briefing/2019/01/22/apple, consultado 27 julio 2019
189. If the Key To Business Succes Is Focus, Why Does Amazon Work?, Harvard Business Review podcast, May 21, 2019
190. Amazon moves into healthcare. A 2018 timeline, https://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/amazon-moves-into-healthcare-a-2018-timeline.html, consultado 27 julio 2019

Es difícil entrar en el mundo de la sanidad, si no es en alianza con un operador ya conocido en el sector

- Da sus primeros pasos en la ***venta de medicamentos,*** adquiriendo la farmacia por internet PillPack
- Se introduce en el ***diagnóstico médico,*** específicamente en los tests a domicilio
- Incorpora ***cada vez más productos de salud en su catálogo de productos***
- Anuncia un ***producto para explorar el contenido de las historias clínicas a través del lenguaje natural***
- Puso en marcha la ***primera clínica para sus empleados***

No está mal para haber empezado tan tarde. No va a haber más remedio que seguir observando sus próximos pasos.

Recientemente se ha publicado un análisis de los siete sectores en los que Amazon introducirá cambios disruptivos[191]. Entre los primeros figuran las farmacias, ya que los medicamentos serán transformados, según este informe, en una *commodity* de bajo margen.

Recomendaciones a las compañías

La primera recomendación es que no pueden dejar de observar a los "nuevos entrantes", particularmente a las grandes plataformas que hacen incursiones en salud. *Pensar que los modelos de negocio tradicionales van a permanecer inalterados mientras al lado se mueven las grandes plataformas es un error.* Tienen que pensar siempre cómo puede afectar a su negocio y si hay alguna posibilidad de alianza ventajosa.

A los operadores tradicionales les puede interesar la alianza con algún "nuevo entrante", particularmente con las plataformas

Recomendaciones para los "nuevos entrantes"

- **Identificar claramente la propuesta de valor que se aporta**

Por supuesto teniendo en cuenta cómo funciona la salud en el momento actual, con sus problemas y puntos fuertes.

- **Construir confianza digital**

Debe almacenarse, transmitir y compartir datos e información, de acuerdo con el estricto marco regulatorio del mundo sanitario, cambiante en cada país.

- **Encontrar el socio adecuado**

Este tema es crítico. Es difícil entrar en el mundo de la salud, dando confianza a los distintos agentes que operan en él, incluidos los pacientes y los gobiernos, si no es de la mano de algún operador ya conocido, con prestigio y reconocimiento en el sector.

- **Hay que entender las dinámicas locales**

Lógicamente, no tiene nada que ver la situación del sector sanitario y las oportunidades en los países en desarrollo que en los desarrollados, con sistemas sanitarios consolidados.

Recomendaciones para los operadores tradicionales

- **Buscar el socio con cuidado**

Asegurar que los intereses comunes son de largo plazo y el valor añadido para los distintos agentes del mundo sanitario, especialmente para los pacientes y ciudadanos, está claramente identificado y es viable.

- **Apertura a la innovación**

Dicho lo anterior, no cabe duda de que los "nuevos entrantes" aportan formas innovadoras de hacer las cosas en el mundo sanitario. Hay que examinar cuidadosamente el *business plan* y tomar decisiones razonables más que las basadas o en el mantenimiento de la tradición a toda costa o, alternativamente, incorporar el cambio por el cambio.

191. CB Insights, The 7 Industries Amazon Could Disrupt next, https://www.cbinsights.com/research/report/amazon-disruption-industries/, consultado 27 julio, 2019

Los “nuevos entrantes” han venido para quedarse

La presencia de “nuevos entrantes” en sanidad no es una moda, sino que cada vez será una realidad más evidente. Pensar que los modelos de negocio de los jugadores tradicionales (aseguradoras, provisores, empresas farmacéuticas, etc.) van a permanecer inalterados es un error. Habrá cambios sustanciales y, en gran medida, estos cambios serán impulsados por los “nuevos entrantes”, muy en particular por las grandes plataformas.

Llegado este punto, tenemos que hacer dos reflexiones pertinentes:

- Algunos vaticinan que la transformación del modelo de negocio en salud vendrá de fuera del sector, y no de dentro. De manera similar a lo sucedido en otros sectores, como el alojamiento (AirBnB), el transporte (Uber), o la comunicación (Instagram, Facebook, Linkedin, …).
- Otros, en cambio, dicen que la mayoría de las empresas disruptivas ingresan a un mercado con un producto cuyo valor es menor que el de los operadores tradicionales, pero su coste es mucho menor. El cuidado de la salud tiende a ser diferente, porque los consumidores generalmente no quieren conformarse con un producto de menor calidad, incluso si es sustancialmente más barato.

En todo caso, un tema apasionante que habrá que seguir con atención.

Es posible que los nuevos entrantes cambien las reglas de juego y los modelos de negocio tradicionales en el sector

Implicaciones

El modelo de negocio de los jugadores tradicionales en sanidad no va a permanecer inalterado, sino será radicalmente influido por la presencia de “nuevos entrantes” en el sector.

Hay cuatro tipos de “nuevos entrantes”:

- *Empresas no sanitarias,* que se acercan al mundo de la salud, como Walmart, por ejemplo.
- *Empresas sanitarias que cambian su orientación de mercado,* como la red de farmacias americanas CVS, con su iniciativa MinuteClinic.
- *Empresas nativas en internet,* que nacen desde el primer momento como empresas de la salud, como el gran número de empresas para dar servicios de visitas virtuales en sanidad.
- *Las grandes plataformas* (Tencent, Alibaba, Google, Apple, Amazon,…) cada vez más presentes en sanidad, aunque con distintas estrategias.

Todo parece indicar que, en particular, las grandes plataformas cada vez tendrán más presencia en sanidad. Como ha sido señalado, el sector sanitario es un mundo lleno de ineficiencias y despilfarro y donde hay esto hay una gran oportunidad para las plataformas.

En general a los “nuevos entrantes” les interesa asociarse con operadores tradicionales con prestigio y reconocimiento en el sector, dando confianza a los distintos agentes que operan en él, incluidos los pacientes y los gobiernos.

Por su parte, los operadores tradicionales deben considerar si les interesa asociarse con alguno de estos “nuevos entrantes”, valorando los riesgos y oportunidades. Esto es una decisión estratégica que debe ser tomada con sumo cuidado.

¿Cómo superar las barreras a los proyectos de cambio?

10

Las reformas en sanidad son muy difíciles de introducir, lo que denota la complejidad del sector.

Hay barreras bien identificadas a cualquier propuesta de cambio.

Sin embargo, el conocer las barreras no implica que éstas queden anuladas.

Si se quieren introducir reformas hay que tener una clara propuesta de valor del cambio; identificar los obstáculos para su implantación; y, articular una "coalición para el cambio".

Si no, por muchas propuestas acertadas que se hagan, éstas no tendrán ningún impacto en el sistema.

La experiencia de los "temas candentes de la Sanidad española"

Esta iniciativa de publicar los "diez temas candentes de la Sanidad española" va ya por la sexta edición. Algunos de los participantes en las sesiones de trabajo han estado en casi todas las ediciones.

En la reunión para esta edición, febrero 2019, algunos de dichos asiduos participantes mostraron su preocupación por el hecho de que determinados temas se repitieran sin que las propuestas tuvieran eco o fueran inductoras de cambios. Parecía invocarse la parábola bíblica del predicador que clama en el desierto.

Como si las reformas en sanidad fueran fáciles, como si introducir cambios en lo que representa en torno al 9% del PIB fuera algo sencillo en un país desarrollado como España.

Sin embargo, hay que decir que presentar informes y propuestas incluso razonables – aunque una condición necesaria- por sí mismo no garantiza ningún cambio. No es tan fácil.

Tal vez se pueda establecer un símil con la Historia de España, si decimos que la situación de la sanidad actualmente es comparable a la época de los **arbitristas**[192] de los siglos XVI y XVII, en la que la proliferación de propuestas e informes, en general razonables, para arreglar los "males de la Patria", se correspondían con la parálisis de las reformas.

Para generar cambios en el sistema sanitario hay que impulsar una serie de medidas de gestión del cambio.

Volviendo a la Biblia: predicar es importante, pero no suficiente.

La dificultad de introducir cambios en los sistemas sanitarios

Las razones de esta dificultad vienen dadas por la complejidad del sistema sanitario. No hay sistema más complejo: ni la banca, ni la educación, ni el sector manufacturero, ni el ejército[193]. No hay otro sistema con tan intrincados modelos de financiación, múltiples grupos de interés, complicados clientes con diversas necesidades y multiplicidad de regulaciones.

Cuando los impulsores de mejoras tratan de introducir cambios, los sistemas sanitarios no reaccionan de manera predecible, cada parte del sistema responde de distinta manera al mismo *input*. El gran número de variables y el carácter impredecible de sus interacciones, hace difíciles los cambios.

El problema es que el conjunto de las negociaciones, acuerdos y distintas posiciones de los grupos de interés lleva en muchos casos a la inercia.

Esto nos lleva a preguntarnos qué circunstancias pueden precipitar cambios en los sistemas sanitarios, tal y como vemos en la **Tabla 49:**

No son fáciles los cambios en los sistemas sanitarios, debido a su complejidad

Realizar propuestas por sí mismo no es garantía de cambio, si no hay una "coalición para el cambio"

192. Elliott, JH, Imperial Spain 1469-1716, Penguin Books, 2002
193. Braithwaite, J, Changing how we thing about healthcare improvement, BMJ 2018; 361; k2014

Tabla 49: Elementos impulsores y obstáculos al cambio en los sistemas sanitarios

Fuente: Braithwaite, J, 2018

Impulsores y obstáculos al cambio
Los sistemas pueden aceptar los cambios cuando: • Son ***estimulados por los avances médicos,*** por ejemplo, nuevos test diagnósticos y tratamientos, tecnología de imagen, o avances quirúrgicos • ***Evidencia incontrovertible del beneficio público,*** por ejemplo la inmunización de los niños o la reducción del índice de fumadores en los países desarrollados • ***Nuevos modelos de atención emergentes, por ejemplo, la cirugía ambulatoria*** • Las ***prácticas clínicas se alteran por necesidad o por aceptación profesional,*** por ejemplo las técnicas laparoscópicas Los sistema pueden rechazar los cambios cuando: • Las ***soluciones solo vienen de arriba abajo*** • El ***cambio no es apoyado por grupos con poder*** para resistir o rechazar, por ejemplo la profesión médica • La ***iniciativa se encuentra con burocracia complicada,*** como suele pasar en hospitales públicos • ***Nuevas políticas y procedimientos tratan de introducirse sobre un conjunto de políticas y procedimientos ya existentes*** • ***Los intentos para alterar políticas establecidas o culturas arraigadas son superficiales***

Un mensaje clave es que los cambios son aceptados cuando las personas se ven implicadas en las decisiones y actividades que les afectan, pero resisten el cambio cuando se impone por otros.

Esto debe llevarnos a romper con las múltiples iniciativas, muy propias de los sistemas públicos, que consisten solo en un enfoque de arriba abajo.

Las especiales dificultades de introducir cambios en los hospitales públicos han sido más que descritas[194].

Requerimientos

Ya hemos visto que impulsar cambios en los sistemas sanitarios es algo más que proponer ideas brillantes o presentar buenos informes. Es importante disponer de un marco conceptual del cambio.

Algunas organizaciones, como el ***National Health Service británico***, se han preocupado por disponer de un marco conceptual de ese cambio[195] según vemos en la **Figura 26:**

194. Edward, N, Saltman, RB, Re-thinking barriers to organizational change in public hospitals Israel, Journal of Health Policy Research (2017) 6:8
195. The Change Model Guide, https://www.england.nhs.uk/publication/the-change-model-guide/, consultado 29 julio 2019

Figura 26: El modelo conceptual del cambio en el National Health Service

Fuente: NHS England, The Change Model Guide, 2018

(Modificado)

Otras organizaciones, como el *Institute for Healthcare Improvement*, insisten en el marco de la psicología del cambio en las organizaciones sanitarias[196], diseñando también un modelo que podemos ver en la **Figura 27:**

Figura 27: Marco de la Psicología del Cambio del Institute for Healthcare Improvement (IHI)

Fuente: Institute for Healthcare Improvement, 2018

(Modificado)

196. *Institute for Healthcare Improvement, Marco de la Psicología del Cambio del IHI para Promover y Mantener la Mejora, http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHI-Psychology-of-Change-Framework.aspx, consultado 29 julio 2019*

En nuestro sistema abundan las propuestas, pero carecemos de organismos de soporte al cambio

Un déficit de nuestro sistema: organismos de soporte del cambio

Tal vez sea un déficit de nuestro sistema el poner en marcha organizaciones de soporte al cambio, como ha hecho el *National Health Service* con la iniciativa **Horizons**[197], una escuela para agentes del cambio, un movimiento de más de 15.000 personas, que trata de fijar los límites al cambio que es posible, cómo movilizar a otros y hacer que el cambio suceda más rápido. Esta comunidad es enteramente *on line*.

En un plano más general, **Corporate Rebels**[198], con sede en Holanda, fuera del ámbito sanitario, ofrece una interesante y fresca perspectiva acerca de cómo podemos facilitar modificaciones en nuestras organizaciones.

Los cambios "desde arriba" son necesarios para impulsar ciertas transformaciones

La inaceptable dicotomía *top-down* o *down-up*

Las dificultades de impulsar cambios desde arriba en nuestro sistema sanitario lleva a veces a creer solo en los cambios desde abajo.

Pero los cambios desde arriba son necesarios. Es más, hay ciertos cambios fundamentales (financiación, política de personal, etc.) que solo van a poderse hacer desde arriba. El problema es hacerlos no a golpe de "ordeno y mando", una vía segura al fracaso, sino impulsando una visión compartida, implicando a los distintos agentes y con herramientas de cambio, entre otras teniendo en cuenta la compleja psicología del cambio.

Las barreras al cambio en España

Ya hemos visto que la simple propuesta de buenas ideas e incluso la identificación de las barreras al cambio no son suficientes para garantizar que el cambio suceda. Sin embargo, con esta perspectiva, es importante identificar las barreras al cambio de nuestro sistema sanitario en España.

Desde hace casi cuatro décadas se vienen sucediendo la elaboración y publicación de análisis y propuestas de reforma de nuestro sistema sanitario desde ámbitos profesionales, académicos, empresariales y de instituciones independientes. Todos ellos han alcanzado una creciente coincidencia en sus propuestas de cambio o reforma de nuestro sistema sanitario. Sin embargo, hay una resistencia o desinterés en su aplicación.

Desde el ***Informe Abril***[199], en 1991, no se ha intentado elaborar un trabajo oficial comparable a aquél en su ambición y planteamiento. De hecho este informe ha quedado como el referente y el intento más serio en este campo realizado en nuestro país. Su planteamiento fue modélico al ser resultado de un encargo de la Comisión de Sanidad del Congreso, que avaló su composición y recibió sus conclusiones. Resultó serlo también en la elección de su responsable (antiguo vicepresidente del Gobierno de UCD) y de sus miembros, procedentes de los estamentos profesionales del sector y de todas las sensibilidades políticas.

Sin embargo, la reacción que suscitó el Informe Abril no fue positiva. El nuevo equipo del Ministerio de Sanidad lo recibió con frialdad (el nuevo titular lo calificó de demasiado "teórico") y el gobierno no lo hizo suyo, aunque la oposición no lo criticó frontalmente. En el sector, la mayoría de las opiniones fueron hostiles, tildándolo a la vez de "liberal" y de "intervencionista" y de "demasiado detallado" y de "incompleto". Los gobiernos territoriales, recientes titulares de la gestión del antiguo INSALUD, lo consideraron "intervencionista" de sus competencias. En general todo el sector lo leyó en clave de sus intereses particulares y lo rechazó por lo que le afectaba.

197. National Health Service Horizons, http://horizonsnhs.com, consultado 29 julio, 2019
198. Corporate Rebels, https://corporate-rebels.com, consultado 29 julio 2019
199. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, Informe y Recomendaciones, Julio 1991

Con el rechazo al informe, que en los siguientes años siguió siendo un referente inspirador de las posturas reformistas, se perdió la gran oportunidad de una mejora gradual de la gobernanza y la gestión del sistema. Lo peor es que dicho rechazo, puso en marcha una actitud generalizada contraria a las reformas racionales del Sistema Nacional de Salud. A pesar de ello, se han producido cambios en la línea del informe; por ejemplo, ha desaparecido la crítica al "economicismo" en la política sanitaria, y el rechazo a la figura de los gerentes profesionales no médicos al frente de los hospitales y de las áreas de salud. También se han realizado ensayos novedosos, con éxito, de financiación y gestión de nuevos hospitales públicos. Desde hace casi treinta años, se han sucedido los diagnósticos, crecientemente coincidentes y las recomendaciones, también alineadas en los puntos principales.

Incluso hubo otra gran ocasión perdida: la ***Conferencia de Presidentes sobre Sanidad de septiembre de 2005***[200,201,202] que estuvo precedida por un buen resumen de la situación del sector, elaborado por el Instituto de Estudios Fiscales del Ministerio de Hacienda. Debido a la reticencia de la oposición (entonces del PP) y la premura de la convocatoria, el encuentro fracasó, dejando debilitado el método institucional más adecuado para proceder a las reformas acordadas al más alto nivel.

De hecho, hay un acuerdo bastante generalizado sobre las reformas que precisa nuestro sistema sanitario. ¿Cuáles son los motivos para que no se lleven a cabo? Con el tiempo, se han creado fuertes barreras a una política sanitaria reformista que podríamos clasificar de acuerdo con lo expresado en la **Tabla 50:**

Barreras al cambio en el sistema sanitario español
• Barreras sociales • Barreras ideológicas • Barreras corporativas • Barreras sindicales

Tabla 50: Barreras al cambio en el sistema sanitario español

Fuente: Elaboración propia

Barreras sociales

Las reformas en el Sistema Nacional de Salud se vienen confundiendo en la opinión pública con las reducciones del gasto público durante la crisis, lo cual no es coherente con lo sucedido durante tres décadas de subidas constantes del gasto público. Solamente a partir de 2009, se ha producido un descenso presupuestario en el campo de la asistencia sanitaria. Las cifras de gasto nominal de ese año no se han recuperado hasta el pasado año, con la consiguiente pérdida de la inflación acumulada.

El gobierno central ha perdido progresivamente el liderazgo y la capacidad de introducir cambios en la gestión y en la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, más allá de la prestación farmacéutica y los gobiernos regionales no se han sentido con fuerzas para enfrentarse a una ***opinión pública acostumbrada a la mejora continua en las prestaciones*** y que desconfía de cualquier cambio en el estatus de los pacientes. La opinión se ha ido haciendo cada vez más conservadora al mismo tiempo que más exigente, lo que es contradictorio en sí mismo.

200. Conferencia de Presidentes Ministerio de Política Territorial y Función Pública, http://www.mpttfp.es/portal/politica-territorial/autonomica/coop_autonomica/Confer_Presidentes.html, consultado 19 agosto 2019

201. Propuesta del Presidente del Gobierno a la II Conferencia de Presidentes, http://www.mpttfp.es/dam/es/portal/politica-territorial/autonomica/coop_autonomica/Confer_Presidentes/05-09-10-Medidas-Financiaci-n-Sanidad.pdf, consultado 19 agosto 2019

202. Rey del Castillo, J, Algunos comentarios sobre la Conferencia de Presidentes autonómicos y el futuro del Sistema Nacional de Salud, Rev Adm Sanit 2006; 4(2):323-39

Parte de las barreras sociales parten del principio de "todas las prestaciones para todos, en todas partes, y además gratis"

El lema que parece presidir esa actitud de nuestra sociedad es simple: ***todas las prestaciones para todos, en todas partes y además gratis.*** Podríamos añadir: ***implementadas con medios exclusivamente públicos.***

Evidentemente ese lema es imposible de seguir. Garantizar el acceso a prestaciones complejas en ciertos lugares de frecuentación reducida es un derroche de recursos que deben permanecer ociosos e incluso un riesgo, por la caída de eficacia derivada de la limitada práctica de los equipos médicos. Garantizar el acceso a todos los tratamientos a todos los ciudadanos, sin considerar su capacidad de renta, puede conducir a abusos e injusticias. La implementación con medios exclusivamente públicos supone prescindir del importante apoyo del seguro y la asistencia privada, sin los cuales, la sanidad pública española no podría sobrevivir.

No obstante, esa tradición está muy arraigada en la ciudanía, que concibe las prestaciones como una conquista inviolable y confunde reformas con empeoramiento del acceso, disminución de prestaciones o nuevos copagos. Existe una creciente desconfianza de la ciudanía ante cualquier cambio en la organización del sector, sospechando siempre que detrás se oculta una intención de controlar el gasto. El control del gasto sanitario se considera un objetivo hostil a los intereses y el bienestar de los ciudadanos, al margen de su necesidad o inevitabilidad.

Barreras ideológicas

Hay una barrera ideológica que asimila gestión pública con gestión administrativa y servicio público con gestión pública

Consisten principalmente en la oposición a cualquier reforma denunciándola como intento de privatización. Ese es el argumento definitivo: negar la legitimidad del sector privado en el sector salud por buscar un beneficio económico. Ese beneficio no se discute en la actividad empresarial en los restantes componentes del Estado de Bienestar: la educación, la atención a la dependencia e incluso las pensiones privadas.

Por esa razón, ***combate la colaboración público-privada en prácticamente todas sus modalidades,*** especialmente la que se produce a través del sistema de concesiones. Va más lejos y está en contra de figuras como las empresas públicas, utilizadas en algunos de los hospitales puestos en marcha la década pasada. Su empeño es que los hospitales públicos se administren exclusivamente como centros de gasto.

Desde la lógica anterior ***parece asimilarse gestión pública con gestión administrativa pública*** (obviando otras fórmulas, como las empresas públicas, las fundaciones, consorcios, etc.) ***y servicio público con gestión pública*** (como si no se pudiera ofrecer un servicio público con fórmulas de gestión privadas (concesiones, conciertos, modelo MUFACE, etc.).

Por esa razón, los que defienden esta visión ideológica del sistema sanitario están empeñados en derogar la Ley 15/1997 de Nuevas Formas de Gestión[203], aprobada en su momento por amplia mayoría de todos los grupos parlamentarios.

Tampoco están a favor de la ***gestión clínica*** por considerar que fragmenta la ejecución presupuestaria. Ni siquiera apoyan la racionalización de los servicios, como se ha comprobado hace unos meses en una capital de Andalucía, dónde se intentó concentrar ciertas especialidades, ahora dispersas en dos centros, en uno solo, mejor dotado.

Estas barreras ideológicas se han reforzado por la criticable aplicación de reducciones del gasto público sin reformas seguida desde 2009. En la mayoría de los casos son formuladas inicialmente por entidades de carácter profesional compuestas por personas muy militantes en el campo de la izquierda política, siendo apoyados por los representantes de esa opción.

203. Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud

Barreras corporativas

Los profesionales son los que han mantenido en perfecto funcionamiento el Sistema Nacional de Salud, a pesar de las reducciones del gasto público en sanidad, haciendo "más con menos" desde 2009. Con un presupuesto que disminuyó un 14 por cien entre ese año y 2014, aumentaron las altas hospitalarias y los actos quirúrgicos en hospitales y también las consultas de especialidades. Todo ello, debido a iniciativas de gerentes y jefes de servicio y profesionales, y gracias también a la aplicación de las Guías de Práctica Clínica elaboradas entre las sociedades científicas y el Ministerio de Sanidad en los años anteriores a la crisis.

Sin embargo, ***los profesionales sanitarios españoles están mal pagados, sufren un sistema retributivo que impide estimular a los que mejor lo hacen y dependen salarialmente de conceptos discutibles como las guardias*** y están constreñidos en su carrera profesional por un número muy limitado de categorías. Incluso, la dispersión en las comunidades autónomas les perjudica en su movilidad entre territorios.

Están muy bien formados gracias al excelente sistema MIR, pero una alta proporción de ellos tienen una situación profesional precaria de interinidad o contratos laborales. Las OPEs se eternizan en su resolución debido a los recursos.

A pesar de lo anterior no existe una presión por cambiar esa situación por falta de representación eficaz. ***Existe entre muchos de ellos una tradicional resistencia conservadora al cambio del sistema estatutario,*** demasiado igualitario y que no permite apenas recompensar retributivamente o a través de la promoción interna el esfuerzo profesional de los mejores o de los más dedicados. Incluso dificulta el establecimiento de baremos promocionales que estimulen el ejercicio profesional en áreas o zonas deprimidas poblacionalmente. En esa resistencia coincide la representación colegial y sindical.

Los profesionales, que son un colectivo muy amplio, mantienen en otros campos posturas divergentes en cuanto a las reformas desde arriba. Por ejemplo, los colegios están a favor de la recuperación de ciertas competencias por parte de Ministerio de Sanidad y de la financiación finalista de la Sanidad. Sin embargo, no hay una posición generalizada a favor de otras reformas como la competencia entre centros y libre elección de los mismos. En líneas generales, los profesionales con mayor responsabilidad y prestigio profesional están más abiertos a los cambios, como demuestra lo conseguido durante los años de reducción del presupuesto.

El escepticismo conservador de los profesionales ante las reformas propiciadas por los políticos, tiene unas consecuencias graves sobre los inevitables cambios en el sistema, ya que solo ellos disfrutan de la confianza de los ciudadanos. Por esa razón, cualquier reforma debe ser tratada previamente con ellos y si es posible, consensuada. Así se demostró en el citado caso de la capital andaluza, donde la oposición de un sector minoritario de médicos arruinó un proyecto racional.

Barreras sindicales

Los llamados sindicatos "de clase" están implantados principalmente en las categorías laborales de menor formación. Son contrarios a la externalización de los servicios que generan más empleo, como lavanderías o servicios de limpieza o alimentación, algo contrario al signo de los tiempos, que últimamente ha encontrado eco en algunos medios por defectos producidos por la contratación demasiado a la baja en precios, producto de la situación presupuestaria en sanidad. También lo son respecto a nuevas formas de gestión como concesiones o empresas públicas.

Importantes barreras corporativas al cambio del modelo estatuario del personal

Los sindicatos, partidarios en general del *status quo*, sin cambios

La falta de liderazgo de las autoridades sanitarias, fortalece las barreras al cambio

Igualmente desconfían de cambios en el funcionamiento de los centros públicos hospitalarios, habiendo puesto trabas a las unidades de Gestión Clínica. Defienden que todos esos centros funcionen como centros administrativos de gasto, con personal totalmente estatutario-funcionarial.

Esos sindicatos son muy partidarios del lema de la gratuidad de los servicios con ausencia de copagos y además prestados solo con medios públicos. Defienden las barreras ideológicas antes analizadas.

En cuanto a los sindicatos profesionales, están demasiado influidos por el conservadurismo profesional antes mencionado. Esa actitud hizo fracasar los limitados intentos de superar el sistema estatutario en un sentido de acercamiento a la legislación laboral común, llevados a cabo tras la aplicación de la Ley de Sanidad a partir de 1987 y de la culminación de las transferencia a las comunidades autónomas a partir de 2002. Tampoco se caracterizan por apoyar las reformas, respecto a las cuales mantiene una postura tibia o distante, debido a su potencial impopularidad.

La actitud contraria a los proyectos de cambio, muy arraigada

Como conclusión cabe afirmar que la actitud contraria a los grandes proyectos de cambio en el sistema sanitario está muy arraigada fuera y dentro del sector. Es una situación que se ha ido reforzando con el tiempo y que se ha dejado consolidar por la ausencia de liderazgo de las autoridades sanitarias y su incapacidad de transmitir la necesidad de adaptar el sistema a las realidades económico-presupuestarias, a las nuevas técnicas de gestión y las nuevas demandas y necesidades sociales.

No se ha trabajado con los líderes profesionales, representantes de lo mejor del sector, y no se han preparado con ellos las reformas necesarias. Esto es más grave porque en los años de crisis se han aplicado reformas en los hospitales y los centros que ahora habría que poner en común y consolidar, en una línea de reformas "desde abajo", avaladas e impulsadas por los protagonistas de las mismas, los profesionales, que son los que podrían aportar credibilidad. No es tarde si se abordan con inteligencia y premura.

Implicaciones

La simple propuesta de mejoras o elaboración de informes no es garantía de implantación de ciertos cambios en los sistemas sanitario.

Esto es debido a que los sistemas sanitarios son organizaciones muy complejas, donde los cambios son difíciles y muchas veces esta dificultad lleva a la inercia.

Se han identificado determinados impulsores así como obstáculos al cambio.

Determinadas organizaciones sanitarias, como el *National Health Service* británico, han diseñado un modelo de cambio y puesto en marcha organismos para su impulso.

En España, donde las propuestas e informes no escasean, carecemos, sin embargo de organizaciones de soporte y ayuda al cambio.

La dificultad de las iniciativas "de arriba abajo" no debe llevar a fiar todo el cambio exclusivamente a las "de abajo arriba", que sin embargo son también necesarias. Solo pueden impulsarse ciertos cambios con acciones "desde arriba". Hay que impulsar estas acciones "de arriba abajo" con un modelo maduro de gestión del cambio, garantizando la implicación y participación de los actores fundamentales.

En este sentido, las barreras para el cambio identificadas son:

- Barreras sociales
- Barreras ideológicas
- Barreras corporativas
- Barreras sindicales

Pero, insistimos, la simple identificación de las barreras no garantiza su neutralización. El Sistema Nacional de Salud debe impulsar organismos de ayuda al cambio, que trabajen sobre una metodología del cambio y los requisitos mínimos que todo cambio conlleva.

Índice de Tablas

Tabla 1: Tiempo médico dedicado a las consultas en USA en 1975 y ahora 34
Tabla 2: Espera quirúrgica 35
Tabla 3: Espera consultas 35
Tabla 4: Planteamiento de soluciones a las listas de espera 36
Tabla 5: Funcionalidades mínimas de un portal de salud 37
Tabla 6: Principios de la atención centrada en el paciente (Instituto Picker) 37
Tabla 7: Criterios de satisfacción de los pacientes hospitalizados (HCAHPS) 38
Tabla 8: Elementos de valor para el paciente con cáncer de próstata no invasivo 41
Tabla 9: Utilidad de la IA en medicina 48
Tabla 10: Evolución de las TIC en sanidad 54
Tabla 11: Retos para la implantación de la medicina personalizada de precisión 57
Tabla 12: Requerimientos de un Plan Nacional de Medicina personalizada de precisión 58
Tabla 13: Evolución del gasto sanitario público y privado, 2009-2017, en millones de euros 64
Tabla 14: Camas en funcionamiento por finalidad asistencial y dependencia funcional. Años 2010 y 2016 65
Tabla 15: Quirófanos en funcionamiento. Años 2010 y 2016 66
Tabla 16: Altas en hospitalización. Años 2010 y 2016 66
Tabla 17: Consultas totales. Años 2010 y 2016 66
Tabla 18: Urgencias. Años 2010 y 2016 66
Tabla 19: Actividad quirúrgica pública y privada, Años 2010 y 2016 67
Tabla 20: Evolución del gasto en conciertos (2010-2017) 67
Tabla 21: El manifiesto de FACME e IMAS, junio 2019 75
Tabla 22: 7 reformas para el sistema sanitario 78
Tabla 23: Cambio en la estructura del gasto por funciones. Programa de Estabilidad del Reino de España, 2019-2022 81
Tabla 24: Comparativa de vidas medias esperadas según la Asociación Americana de Hospitales y la Administración de Veteranos 92
Tabla 25: "Golden Rules" de COCIR 95
Tabla 26: Propuesta de FENIN, para la renovación en cuatro años del parque tecnológico del Sistema Nacional de Salud 96
Tabla 27: Formas de adquisición de tecnología en el Sistema Nacional de Salud 97

Tabla 28: Bases planteamiento solución obsolescencia equipamiento tecnológico 97
Tabla 29: Comparativa de ingresos médicos en España y otros países de la OCDE 106
Tabla 30: Los problemas de la política de personal médico en España 109
Tabla 31: Las singularidades del mercado farmacéutico 117
Tabla 32: Los nuevos retos en el mundo del medicamento 120
Tabla 33: Taxonomía elemental de los modelos flexibles de acceso 125
Tabla 34: Modelos flexibles de acceso en distintos países europeos 126
Tabla 35: Total ventas mercado farmacéutico en España (2017-2022). En millones de euros 127
Tabla 36: Temas clave en la introducción de terapias innovadoras 129
Tabla 37: Los 20 países con mejores niveles de salud en el mundo 136
Tabla 38: Reivindicaciones habituales de los movimientos en Atención Primaria 137
Tabla 39: Evolución gastos hospitales y Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud 137
Tabla 40: Evolución personal de Atención Primaria entre 2010 y 2018 138
Tabla 41: Informes más relevantes sobre la Atención Primaria en España 139
Tabla 42: Las cinco estrategias del documento "Atención Primaria del siglo XXI" 140
Tabla 43: Los puntos del decálogo del Foro de Médicos de Atención Primaria 141
Tabla 44. Inversiones en hospitales y Atención Primaria, 2009-2016, en millones de euros y % de variación 142
Tabla 45: Evolución del peso relativo en el gasto sanitario entre atención hospitalaria y primaria 142
Tabla 46: las seis estrategias del Marco Estratégico de la Atención Primaria 2019 del Ministerio de Sanidad 144
Tabla 47: Tipología de "nuevos entrantes" en sanidad 156
Tabla 48: Las cinco orientaciones de Apple en salud 161
Tabla 49: Elementos impulsores y obstáculos al cambio en los sistemas sanitarios 168
Tabla 50: Barreras al cambio en el sistema sanitario español 171

Índice de Figuras

Figura 1: Territorios con y sin listas de espera en Europa (azules, con listas; verdes, sin listas) 36
Figura 2: El valor en sanidad 40
Figura 3: Portada de la web del mapa de asociaciones de pacientes 42
Figura 4: Portada del artículo "Are multinationals eclipsing Nations-States?" 47
Figura 5: Portada del documento “Hacia la transformación digital del sector de la salud 53
Figura 6: El nuevo enfoque de tratamientos personalizados 56
Figura 7: Los tres ámbitos de la gestión sanitaria 77
Figura 8: Situación en cuanto a antigüedad de los equipo de electromedicina en España 89
Figura 9: Portada de la publicación de la Asociación Americana de Hospitales 91
Figura 10: Publicación canadiense sobre el ciclo de vida de las tecnologías médicas 92
Figura 11: Documento del Estado de Victoria (Australia), sobre gestión de tecnologías médicas 93
Figura 12: Portada de Managing Medical Devices, 2015 94
Figura 13: Portada del informe de COCIR 95
Figura 14: La España del Sur y la del Norte en cuanto a distribución de médicos 102
Figura 15: Uno de los carteles de la campaña "Stop Nuevas Facultades" 103
Figura 16: Peticiones de certificados de idoneidad de médicos para salir a trabajar al extranjero 105
Figura 17: Porcentaje de burnout entre los médicos en distintos países 107
Figura 18: Médicos practicantes por 1.000 habitantes, 2000 y 2016 108
Figura 19: Enfermeras practicantes por 1.000 habitantes, 2000 y 2016 109
Figura 20: Uno de los muchos titulares sobre las terapias innovadoras 126
Figura 21: Sistema de evaluación del desarrollo de la Atención Primaria 133
Figura 22: Desarrollo de la Atención Primaria en los distintos países europeos 135
Figura 23: Los nuevos entrantes en el contexto de los sistemas de salud establecidos 155
Figura 24: Medical banking 156
Figura 25: Las grandes plataformas en el mundo 159
Figura 26: El modelo conceptual del cambio en el National Health Service 169
Figura 27: Marco de la Psicología del Cambio del Institute for Healthcare Improvement (IHI) 169

Patrocinadores y contactos

En Amgen, nuestra misión es servir a los pacientes. Por eso, dedicamos todo nuestro conocimiento científico a transformar la medicina para conseguir fármacos biológicos innovadores que cambien el curso de las enfermedades graves.

Asisa es una compañía líder en asistencia sanitaria en España propiedad de la cooperativa de médicos Lavinia, de capital íntegramente español y ámbito nacional.

Celgene busca ofrecer a sus pacientes fármacos innovadores y que ayuden a cambiarles la vida. Es una compañía biofarmacéutica concentrada en el descubrimiento, desarrollo y comercialización de productos para el tratamiento del cáncer y otros enfermedades graves.

Desde su fundación en 1960, la misión de Medtronic dicta que su primera y principal prioridad es contribuir al bienestar humano. Estamos comprometidos a mejorar la vida a través de nuestras tecnologías y soluciones.

Novartis es una compañía líder en el cuidado de la salud que proporciona soluciones a las necesidades cambiantes de los pacientes. Nuestra misión es descubrir nuevas maneras de mejorar y prolongar la vida de las personas.

Siemens es una compañía en la que la innovación está en la base de su éxito. Siemens Healthcare aplica este enfoque a las tecnologías médicas, ofreciendo soluciones en las áreas de IT sanitaria e infraestructuras, diagnóstico de laboratorio, diagnóstico por imagen y sistemas terapéuticos, cubriendo una amplia gama de especialidades clínicas.

Julián García Vargas
VPR Consultores
jgvargas@vprconsul.es
617 477 774

Ignacio Riesgo
VPR Consultores
Ignacio.riesgo@vprconsul.es
629 12 86 58

Con la colaboración de

Marqués de Villamagna 3. 11º. 28001 Madrid
Teléfono (+34) 917 373 200
www.circulodeempresarios.org