

LOS 25 PUNTOS CALIENTES DEL INFORME SEDISA

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El Sistema Nacional de Salud español debe seguir manteniendo la financiación pública basada en impuestos y los principios de universalidad, igualdad y equidad. Para ello la financiación territorial debe de equilibrarse y homogeneizarse ajustándose a una cápita ajustada adecuada para mantener la equidad territorial.

2. Al gestionar dinero público la premisa de la máxima eficiencia es un imperativo ético que debe de impregnar a toda la organización sanitaria desde los directivos al personal de base.

3. Para conseguir esa eficiencia se debe ajustar la estructura (plantillas y centros) como se está haciendo en todas las CCAAs; pero además es imprescindible actuar sobre los procesos para conseguir la eficiencia de los mismos que según la evidencia disponible supone un margen de mejora importantísimo, que además de mejorar la eficiencia del sistema vía ahorro de costes, procesos innecesarios y eliminar el desperdicio, también nos aporta el valor añadido de mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

4. Para implicar a los profesionales en la mejora de los procesos y en conseguir la máxima eficiencia debe introducirse durante su formación, como uno de los valores primordiales, la eficiencia como compromiso ético con la sociedad para poder mantener la calidad, seguridad y equidad del sistema. La formación en gestión básica debería extenderse a todos los profesionales sanitarios.

5. Para incentivar a los profesionales sanitarios para que realicen las prácticas clínicas más eficientes y excelentes debe de incentivarse las mismas, monitorizarse el proceso y sus resultados de manera que una gran parte del salario, según la evidencia disponible alrededor del **40% del sueldo, debería depender del cumplimiento de objetivos.**

6. **El personal de nueva incorporación** debería regirse por el **régimen de derecho laboral** privado para poder pactar con agilidad e independencia el montante del salario variable así como los objetivos de los que dependerá. Además este régimen ofrece **la flexibilidad** necesaria para remunerar según valía y productividad y para poder ajustar la atención sanitaria a las necesidades asistenciales de la población.

7. Respecto **al personal estatutario y funcionario**, debido a que representa en la actualidad la mayoría del personal del sistema, y para poder adaptarse a las necesidades del sistema, deberían de modificarse sus estatutos para que la seguridad del puesto de trabajo no prime sobre la obligación de ofrecer un servicio público excelente y productivo a la población, y en segundo lugar que el gran parte del sueldo (de nuevo alrededor de un 40%) y la promoción del profesional, dependan de sus capacidades productivas y de la evaluación del

esfuerzo en el cumplimiento de objetivos previamente pactados. Esto significa que el personal estatutario y funcionario **claramente y objetivamente improductivo**, o que sus hechos vayan contra los principios éticos del sistema de calidad y eficiencia **pueda ser cesado de sus puesto de trabajo o en su defecto sancionado de manera rápida y ejemplarizante y, en el aspecto opuesto**, que pueda recibir un **incentivo positivo** de manera ágil por su eficiencia y buen hacer. **En definitiva se debe poder incentivar la eficiencia y penalizar la ineficiencia.**

8. Para ejercer el liderazgo dentro de las organizaciones deben de formarse equipos profesionales de gestión sanitaria que estén lo suficientemente formados para liderar el cambio desde una gestión incrementalista e inflacionista, a una gestión de máxima eficiencia y control del proceso. Además deben de tener una visión global, en la cual no miren sólo el beneficio subjetivo de la institución que dirige, sino que esté implicado en la eficiencia global del sistema regional de salud donde trabaja, estableciendo las alianzas externas necesarias para garantizar su eficiencia y sostenibilidad. Además deberían ser nombrados y evaluados según criterios de formación técnica y eficiencia gerencial y no según otros criterios externos.

9. El papel del mando intermedio es fundamental para cumplir los objetivos estratégicos de la organización y del sistema. Nuestro sistema pivota mucho alrededor de estas figuras que deben ser nombradas en función de su capacidad gestora para conseguir la mejor asistencia posible al menor coste con el mejor resultado de de salud. Debe separarse la carrera gestora de capacidad organizativa, de la carrera puramente de capacidad técnica. Los mandos intermedios deben de ser profesionales de la gestión y mantenerse en sus puestos en función del cumplimiento de objetivos estratégicos.

10. Puesto que alrededor del 60% del coste del sistema son gastos de personal las plantillas del sistema nacional de salud deben de estandarizarse en función de la población ajustada por riesgo que atienden (cápita ajustada) y la cartera de servicios que ofrecen, para promover la eficiencia y la equidad. Es realmente ineficiente que haya plantillas hinchadas intocables en muchos grandes Hospitales.

11. Para estimular de manera directa la eficiencia, de manera que pase a ser un ejercicio de autorresponsabilidad de los profesiones, es imprescindible transferir el riesgo financiero en cierta medida a los mismos. Por ello se debe seguir avanzando en la externalización basada en presupuestos per capita. De manera que aunque la administración pública garantice la financiación, la provisión debe ponerse en manos de los que sean capaces de ser más eficientes, ya sea una empresa pública, una fundación, una concesión administrativa o una cooperativa de profesionales.

12. La transferencia de riesgos y responsabilidad también puede y debe estimularse en los centros de gestión pública directa. En estos se deben estimular los cambios organizacionales necesarios para descentralizar los presupuestos de gasto a las unidades clínicas, sobre todo de personal y también de material y farmacia en función de la actividad. Parte de salario debe

estar ligada al óptimo de plantilla. En un escenario de transferencia de presupuestos cerrados de gastos de personal a un servicio, unidad o instituto clínico si la plantilla es óptima el salario será máximo, ya que la masa salarial se distribuirá entre menos, si aumenta el personal no justificadamente la masa salarial se distribuirá entre más y cobrarán menos. Igualmente deberían descentralizarse la responsabilidad de los gastos de farmacia, suministros clínicos y tecnología

13. Respecto a la política farmacéutica debe estimularse la formación en coste eficiencia y coste beneficio de los distintos tratamientos disponibles al profesional responsable de la prescripción y transferir parte del riesgo financiero al mismo a través de incentivos o de manera completa a través de presupuestos clínicos, incentivando los ahorros y la buena praxis. La prescripción pública debe ser sólo del fármaco más eficiente según la evidencia y la dispensación del equivalente más barato.

14. Seguir mejorando las centrales de compras y que revisen los precios periódicamente, paralelamente establecer por ley topes máximos en los márgenes de beneficios de los productos sanitarios por ser considerados bien de interés social.

15. Las carteras de servicios en las CCAAs deben unificarse y cualquier nueva prestación sanitaria debería ser aprobada centralmente por el Consejo Interterritorial de Salud por consenso, asesorados por las agencias de evaluación de tecnologías y con carácter vinculante.

16. Cualquier nueva tecnología ya sea un fármaco o un nuevo método diagnóstico y sus indicaciones, debería ser aprobado previamente por el Consejo Interterritorial de Salud por consenso, asesorados por las agencias de evaluación de tecnologías y con carácter vinculante.

17. Habría que estudiar la posibilidad de pagos directos del usuario consensuados en todo el Sistema Nacional de Salud; no creemos recomendable el copago, que podría quebrar el principio de igualdad puesto que a mayor carga de enfermedad deberían pagar más por necesitar más servicios; pero si creemos necesario estudiar gravar con un tique moderador, que es una filosofía absolutamente distinta del copago, la frecuentación innecesaria y el uso abusivo de los recursos (asistencia a urgencias innecesaria, consultas innecesarias...) y también el pagar por servicios que no son estrictamente sanitarios y que el paciente pagaría igualmente estando en su casa, como es la alimentación, hostelería, hiperfrecuentación.

18. Por lo anterior y para tener el consenso en medidas que pudieran ser polémicas o malentendidas por la ciudadanía, debería favorecerse la consecución de un pacto de estado por la sanidad en España de manera que está deje de ser materia electoralista y herramienta de lucimiento o desgasté político y pase a ser materia técnica. Sin embargo creemos que la situación es tan grave y es tan urgente tomar medidas que no debe esperarse a dicho pacto para hacerlo, y en segundo lugar alertamos sobre la posibilidad de que dicho pacto sea instrumentalizado por grupos de poder dentro del sistema para que

nada cambie y poder mantener los privilegios y zonas de confort que actualmente tienen algunos colectivos.

19. El Sistema nacional de Salud debe dar un giro radical hacia la cronicidad ya que nació enfocado hacia la atención de las enfermedades agudas y ahora necesita reconvertirse en gran medida para ser eficaz y eficiente en la atención a crónicos. Igualmente el sistema debe ir avanzando den el abandono progresivo del hospitalocentrismo (lo cual ya está ocurriendo) enfocando la atención en el paciente su proceso y en su mejor atención lo más cerca de su entorno, desde el momento en que entra al sistema que es en la atención primaria. El médico de atención primaria debe ser el verdadero gestor de la salud de su población y el dueño principal de los procesos asistenciales actuando los especialistas como consultores del mismo y resolutotes de los problemas que el médico de familia no pueda resolver desde su consulta. Las gerencias deben ser de área integral y los equipos directivos deben ser integrados para acabar con una segregación en niveles que sólo hace ofrecer una asistencia fragmentada y no integral.

20. Se deben seguir impulsando las alternativas a la hospitalización tradicional más eficientes: maximizar la ambulatorización quirúrgica, ampliar la capacidad de acción de la hospitalización a domicilio, etc.

21. Sería recomendable la unificación de los servicios asistenciales y sociales de dependencia para poder afrontar de manera integral la atención al crónico pruripatológico y dependiente donde sea más eficiente y mejor para el paciente sacandolo lo menos posible de sus entorno.

22. El proceso de morir debe atenderse desde la naturalidad debemos avanzar en la formación de todos los profesionales y de la población en los valores de la muerte digna, haciéndoles entender que significa la limitación ética del esfuerzo terapéutico fomentando el uso del testamento vital y que la muerte sea en un entorno familiar y amable para el paciente y su seres queridos.

23. El Sistema Sanitario también debe ir girando hacía la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como las mejores armas para reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida global de la población.

24. La TICs deben seguir impulsándose pensando en el retorno de la inversión que pueden suponer tratando de tener al paciente mejor monitorizado, atendiéndolo de la manera más eficiente optimizando los recursos humanos para lo cual es fundamental seguir avanzando en la telemedicina, (muchas de las consultas de los pacientes podrían ser resueltas a distancia) y la telemonitorización en determinados pacientes crónicos que puede salvar vidas. La historia clínica electrónica integral es un avance importantes al que no debemos de renunciar puesto que aporta un mayor control, claridad y monitorización de los procesos así como posibilidades de evaluación tanto del profesional como si del proceso y tratamiento ha sido óptimo, estableciendo las alertas oportunas cuando no es así.

25. La innovación en gestión debe avanzar en la línea de agrupación de servicios clínicos y de explorar sinergias interhospitales o intercentros para mejorar la eficiencia.

Todos estos cambios creemos que contribuirían de manera importantísima a mejorar la eficiencia de nuestro sistema y ha hacerlo sostenible a medio y largo plazo; algunos ya se están realizando y otros aún quedan lejos debido a la inercia del sistema. Es tarea de todo mejorarlo y este informe pretende poner su grano de arena para mejorar la gestión de mismo que es donde somos expertos, ya que ahora más que nunca se necesita un gobierno del Sistema Sanitario de expertos.