

El Consejo opina...

...sobre la salud de la Sanidad

EL CONSEJO EDITORIAL DE *MEDICAL ECONOMICS*, COMPUESTO POR PERSONALIDADES DE DISTINTOS SECTORES PROFESIONALES, VALORA LA SITUACIÓN DE LA SANIDAD Y SU FUTURO INMEDIATO

Cambio de rumbo



Margarita Alfonso Jaén, secretaria general de Fenin.

La industria de Tecnología Sanitaria en la situación actual sigue viendo comprometida su viabilidad, ya que aunque en 2012 se adoptaron medidas que devolvieron liquidez y saldaron gran parte de la deuda histórica contraída por las comunidades autónomas con las empresas, el problema de la morosidad no se ha resuelto y al final de año nos encontramos con un escenario

similar y con un incumplimiento de los plazos de pago.

El año 2013 puede ser una oportunidad para cambiar el rumbo de esta situación, para que el Gobierno realice los cambios estructurales necesarios y se replantee el valor que aporta nuestro sector empresarial al sistema sanitario y no lastre la capacidad de un socio estratégico que ofrece soluciones competitivas y eficientes y avances tecnológicos, favoreciendo el desarrollo social y económico.

Más que nunca todos los agentes debemos velar para que nuestro sistema sanitario preserve los valores de eficiencia, eficacia, universalidad y calidad asistencial.

La dermatología en 2012: impresión personal



Manuel Asín Llorca, presidente de la Asociación de Clínicas Privadas de Dermatología.

Probablemente, lo mejor del 2012 es que se acaba, no ha sido un buen año, creo que para nadie y tampoco para las consultas de Dermatología. En el ámbito público, el recorte de presupuestos ha llevado a un recorte de prestaciones y a un indudable aumento de la tensión en las relaciones del día a día. Si a ello le unimos los importantes esfuerzos que se han hecho desde la administración para desmotivar al personal, tendremos

una visión bastante aproximada de la situación a finales de este año.

Por otra parte y dentro del ámbito público, no parece que la línea vaya a cambiar, salvo por la tendencia generalizada hacia la gestión privada de la Sanidad Pública. Este es un tema que solo puede preocupar a quienes temen que su trabajo sea valorado en términos de rendimiento y eficacia.

En lo que respecta a la sanidad privada, hay tres parámetros que definen la situación: pérdida de poder adquisitivo, aumento de la exigencia de los pacientes, y aumento de la agresividad de la competencia.

Esto llevará sin duda a exprimir el concepto gestión y a un cambio de mentalidad hacia un concepto empresarial de la consulta privada, desconocido por muchos compañeros hasta ahora que, sí o sí, van a tener que aplicar en el día a día, por supuesto quienes deseen permanecer en activo y con las consultas abiertas.

En resumen, mal año para todos, con perspectivas medianas a medio plazo pero con la esperanza de que quienes soportemos la tempestad tendremos un futuro halagüeño en los próximos años.

La razón debe imponerse



Mariano Avilés, presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico.

Mucho se ha escrito sobre la sanidad pública y la sanidad privada y la conveniencia de que hospitales públicos sean gestionados desde parámetros de la empresa privada. Las experiencias son claras, gestiona mejor los recursos lo privado que lo público con importantes ahorros en un momento donde cada euro tiene mucho valor.

Son momentos de cambio que no darán marcha atrás por mucho que se hagan movilizaciones con mensaje confundido; son momentos en los que la razón debe primar sobre el corazón; aquí pagamos todos y lo que hay que buscar es que, sin detrimento de la calidad y seguridad de las prestaciones, se imponga la responsabilidad de administraciones, gestores, profesionales y usuarios. No hay otra.

La importancia del Ahora



Victoria Ayala, directora científica de Oximesa (Grupo Praxair).

Es tendencia natural nuestra preocupación por el futuro, la añoranza por el pasado “siempre mejor”, el temor al cambio y la incompreensión ante la complejidad de la vida, que nos hace rechazar la realidad en lugar de reaccionar positivamente ante ella.

Nuestra sociedad vive un cambio inevitable que nos influye a todos los niveles y como piedra angular al Estado de Bienestar. Es imposible pretender avanzar en positivo ante el cambio forzando solo a algunas de las partes implicadas por imposición.

La Sanidad española vive un presente complejo e intenso que requiere de todo nuestro esfuerzo y motivación para garantizar su supervivencia. De no ser así, de nada servirá preocuparse por el futuro.

El avance en nuevos modelos de gestión es lento y dificultoso, lleno de trabas para políticos, gestores y proveedores. Desde la visión global del Sistema Sanitario se hace necesaria una estructura de modelos de gestión compartida, con otras reglas de relación y responsabilidad donde se compartan riesgos y beneficios en salud y economía. La buena economía ahora más que nunca es sinónimo de salud para todos. No existe separación posible entre salud, economía, bienestar, desarrollo y sostenibilidad. Es evidente que no podemos seguir como hasta ahora y que desde todos los sectores existe una posición de acercamiento, disponibilidad y pro actividad. En este escenario, la visión del proveedor debe ser la de un aliado cuya experiencia y esfuerzo suma ayuda para la consecución de los objetivos en salud de la población.

Innovación e investigación biomédica, frente a la crisis



Honorio Bando Casado, consejero de dirección del Instituto de Salud Carlos III.

Según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística, en el 2011 descendió el 2,8 % la I+D+i, lo que supuso un 1,33% del PIB frente al 1,39% del año anterior. Pero a pesar de la grave crisis económica globalizada que atravesamos, hay que continuar con acciones estratégicas y desburocratizar la investigación biomédica dado los escasos recursos económicos disponibles.

En estos momentos hay que promover los cambios estructurales necesarios y no aferrarse al "status quo", que señalaba Foster. Cambios que tienen que llevar implícitas unas mejoras buscando coste efectividad en las patologías más prevalentes. De no ser así, caeremos en un abismo poco sostenible y sin ningún futuro.

El Instituto de Salud Carlos III, a través de las acciones estratégicas de salud (AES), que tienen como objetivo básico ampliar la producción científica biomédica y acrecentar la transferencia de conocimientos, viene desarrollando programas de investigación e innovación para generar nuevos conocimientos destinados a preservar la salud y en definitiva el bienestar de la ciudadanía. El organismo público de investigación (OPI) Instituto de Salud Carlos III con más de 25 años de trayectoria en investigación en ciencias de la salud y de la vida, financia, gestiona y ejecuta, con excelencia la I+D+i sanitaria en España.

Real Decreto 16/2012



Josep Basora, presidente de la SemFYC.

Lo más relevante en el ámbito de la Sanidad Española durante este año 2012 tiene un nombre: Real Decreto 16/2012, por el cambio del concepto de atención al ciudadano a atención al asegurado.

Esta norma ha propiciado apartar a nuestros pacientes de la atención sanitaria, y les hablo de las personas inmigrantes en situación irregular en España. Por suerte, la reacción profesional ha conseguido que se les pueda atender en casi todas las Comunidades Autónomas, y recordamos aquí el movimiento de los objetores de conciencia a esta norma. No se puede gobernar de espaldas a los profesionales y al profesionalismo. La reacción suscitada por los anuncios de privatización del Servicio Madrileño de la Salud es una prueba de ello.

Este 2012, los profesionales hemos sido claros: queremos que se nos tenga en cuenta y queramos ser responsables y copartícipes de los cambios que vengan. Este es un momento crítico. El Sistema Nacional de Salud debe evolucionar y, en positivo, podemos señalar la presentación de la Estrategia para las Enfermedades Crónicas del Ministerio de Sanidad, que es la iniciativa que debe reproducirse en todos los Servicios de Salud para afrontar el reto del envejecimiento y la comorbilidad.

La Atención Primaria tiene en esta estrategia una nueva oportunidad para erigirse de una vez por todas en el eje del sistema. Esperemos que la clase política y los gestores sanitarios apuesten por ello.

Información: herramienta básica para la gestión



Vicente Bertomeu Martínez, presidente de la Sociedad Española de Cardiología.

Nos enfrentamos a un periodo de importantes cambios en la gestión sanitaria de nuestro país. La Cardiología es una especialidad que ha experimentado importantes avances en las últimas décadas, como consecuencia del desarrollo tecnológico y la innovación. Ha cambiado sustancialmente el pronóstico de las enfermedades cardiovasculares en el sentido de una significativa reducción de la mortalidad; sin embargo, recientemente se ha publicado en la

Revista Española de Cardiología que esta reducción es claramente inferior a la experimentada en USA. Las razones habría que buscarlas en las políticas de prevención, en medidas legislativas específicas y en el propio tratamiento de los procesos; por tanto, hay un amplio margen de mejora. Es imprescindible que los profesionales, a través de las Sociedades Científicas, se impliquen en obtener información fiable, independiente y objetiva, para que utilizada con transparencia se puedan valorar los diferentes sistemas de gestión sanitaria. Es la mejor forma de defender nuestra sanidad de una gestión interesada y torpe basada en ideas preconcebidas y equivocadas, ya que la ausencia de datos y la utilización de los existentes de forma tendenciosa es una de las mayores amenazas del sistema. Asimismo hemos de implicarnos de forma activa en la gestión sanitaria proporcionando nuevos modelos regidos por la eficiencia, pero también por la aplicación del conocimiento científico para obtener el mayor beneficio clínico posible de los pacientes.

La colaboración público privada es trending topic



Fidel Campoy Domenech, director general de Salud en DKV Seguros.

La colaboración público privada en la gestión de los servicios sanitarios públicos es un terreno complejo, actualmente campo de batalla política, mediática, profesional y social. Por esto, ahora más que nunca, es necesaria una evaluación de las experiencias existentes en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) –concesiones sanitarias, mutualidades administrativas, PFI's, conciertos, etcétera– que aporte información objetiva sobre la aportación que

hacen al conjunto del sistema sanitario.

Este conocimiento sería muy útil y valioso en este momento. No es bueno que se analice un tema de este calado sobre la base de una fuerte presión mediática, porque la inmediatez, el

sesgo y el trazo grueso que imponen los medios de comunicación puede ser una coartada para zanjar el tema desde una posición ideológica. Creo en este caso, como en cualquier otro que aporte solvencia y sostenibilidad a nuestro sistema de salud, debe ser analizado profesionalmente y con transparencia.

Hay evidencias de que la colaboración entre sector público y privado en sanidad aporta valor al conjunto del sistema. Básicamente en ahorro de costes, flexibilidad organizativa y en calidad percibida por el usuario. La clave está en cómo se gestiona la integración de la colaboración público privada en un SNS con diversidad de formas organizativas y cómo se aplica el seguimiento y control del mismo.

El conjunto de nuestro sistema de bienestar social necesita una reforma en la que la colaboración público-privada puede ser un elemento importante. Por eso es necesario que todos intentemos hacer una aproximación profesional a esta cuestión, sobre la base de conocimiento, con mentalidad abierta y pensando en lo mejor para el sistema sanitario. Es una obligación de los profesionales no caer en el fanatismo de uno u otro signo, cuando se plantean cuestiones que inciden en la salud de la población.

La sanidad, en peligro



Miguel Carrero, presidente de PSN.

La sanidad, uno de los principales pilares del estado de bienestar o estado social de bienestar, como prefieran llamarle, justificada por la justa y necesaria protección de los ciudadanos más débiles y desprotegidos, incapaces de llevar a cabo una autoprotección, o de aquellos otros que, en determinado momento y circunstancias, se vean desbordados y a su vez incapaces de afrontar

determinadas vicisitudes de salud, se ha transformado en una protección obligatoria de todos los individuos con prestaciones no siempre necesarias e imprescindibles. Hasta el punto de que la sanidad se ha convertido en un producto de consumo a la carta, al que se invita en una especie de barra libre a la que últimamente acceden, sin más, todos aquellos que pasan por aquí.

Y ello sucede en un contexto de grave crisis económica y financiera en la que, entre otras causas, la Administración Pública nos ha endeudado hasta las cejas, gastando en AVES sin pasajeros, en aeropuertos sin aviones, en polideportivos para octogenarios, en palacios de congresos en pequeños y despoblados núcleos de población, ..., lo nuestro, lo de nuestros hijos, lo de nuestro nietos y biznietos, etc. ... y, a cambio, le dejamos paro, le subimos los impuestos y aplicamos severos recortes, que, si es cierto que en muchos casos son absolutamente necesarios, en otros no lo son tanto o al menos no serían tan graves si se hicieran bien las cosas y se administrara con rigor y en pos del verdadero interés de los ciudadanos y de la sociedad.

La sanidad estaba y está desmadrada, bajo la autocomplacencia y la gran disculpa de que se trata de una sanidad de los mejores del mundo, si no la mejor, instalados en la pereza, la irresponsabilidad y la demagogia. Se han hecho oídos sordos a advertencias, reclamos e informes que pedían y proponían actuaciones sobre un deterioro progresivo y evidente que lejos de preservar o mejorar nuestra Sanidad nos estaba conduciendo a esta triste realidad: una sanidad insostenible e ineficiente, en grave peligro.

En estos días en los que la sanidad está en la calle, se evidencia una insatisfacción y un descontento general por múltiples razones. Muchas vienen de tiempo atrás; los recortes, unas veces justificados y otras profundamente injustos, son el detonante. La provocada desmotivación profesional, el menoscabo del papel y de la autoridad del profesional en la actividad sanitaria, con escasez o ausencia en ocasiones de medios que conlleva riesgo y dificultad para una actuación correcta y acorde con las exigencias éticas y clínicamente correctas, la falta de reconocimiento e incentivos del trabajo bien hecho, de la responsabilidad y compromiso individual son causas de más peso que los actuales recortes, de si la gestión es pública, privada o mixta. Lo de la privatización suena más a trasnochadas y fracasadas consignas estalinistas con el fin de obnubilar y manipular a las masas con demagógicas y manipulantes utopías.

Cultura de austeridad y del esfuerzo es lo que nos hace falta, rigor de gastar bien, lo necesario en lo necesario es imprescindible, pero no basta, es obligado acompañarlo de las reformas estructurales inaplazables, de la exigencia de la mayor eficiencia y calidad, de la transparencia imprescindible con información real y verídica y de la educación precisa de los ciudadanos que fomente la corresponsabilidad, la libertad y el fomento de hábitos saludables y de promoción de la salud. En fin, trasladar a la población la verdadera dimensión del problema y la necesaria colaboración y compromiso de todos a fin de preservar y mantener, dentro de nuestras posibilidades, un auténtico, justo y necesario sistema sanitario.

La estrategia para el abordaje de la cronicidad



Guillermo Castillo Acero, director de la Fundación Grunenthal

En el intento de hacer frente a la delicada situación económica de nuestro país, la sanidad ha sido uno de los sectores que en mayor parte han sufrido las decisiones acordadas por los gobiernos. Con ella, la industria farmacéutica innovadora, ha sido uno de los sectores más drásticamente afectados.

Entre las medidas adoptadas para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud encontramos soluciones casi siempre cortoplacistas, de nuevo centradas en el medicamento, como con el recorte en los precios, la limitación de las prestaciones farmacéuticas y sanitarias en general, el cambio del sistema de copago, la cre-

ciente evaluación de las tecnologías y la priorización de tratamientos innovadores. Medidas que han ocasionado malestar entre profesionales, médicos y pacientes.

Pero parece que ha llegado la hora de encontrar nuevas fórmulas, más allá del medicamento, que permitan un entorno sostenible. Un entorno que tiene que hacer frente a la demanda de una población cada vez más envejecida, que en unos años superará a la tasa media de envejecimiento en el resto de la Unión Europea, y que tiene que responder a un elevado número de enfermos crónicos, pluripatológicos, que demandan grandes costes.

Ante esta situación, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha publicado recientemente la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad. Se hace necesario un cambio radical en la gestión de la sanidad, más basada en las personas que en la enfermedad en sí misma, centrada en la gestión de la cronicidad. Para mantener el sistema sanitario hay que situar al paciente crónico como eje fundamental del mismo, haciéndole formar parte activa de su enfermedad, estratificar y centrarse en la población más afectada, y hacer frente a las demás enfermedades. Todo ello, haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información, de los recursos profesionales existentes, y potenciando la prevención de la enfermedad y el autocuidado por parte de los propios pacientes y sus familiares.

Se trata de cambiar la visión y de dar un enfoque nuevo al uso de los elementos existentes en la organización. Sin duda, estamos ante el comienzo de una nueva era en la asistencia sanitaria, que mejorará la salud de nuestro sistema y de nuestros pacientes.

Colaboración público-privada



Enrique Catalán López, asesor del Grupo empresarial de la ONCE.

Con calidad asistencial, incremento de la competencia, análisis coste-eficiencia y primacía del bien común, podemos llegar muy lejos.

La rentabilidad no es el fin de la sanidad pero tampoco un pozo sin fondo. Como todo en la vida, se requiere equilibrio. La colaboración público/privada está suficientemente probada en España y en algunos otros países Europeos, tanto por la vía de los conciertos público/privados como por las concesiones administrativas. Aquí no hay que rasgarse las vestiduras ideológicas. ¿Podríamos imaginar un sector público empresarial con un 80% en manos del Estado/Gobiernos?

La sanidad privada supone aproximadamente el 2,5 del PIB y si agregamos el gasto sanitario público analizado por la provisión privada, la cifra sube hasta el 3,2. El gasto sanitario gestionado por el sector privado es más de la cuarta parte del gasto total.

El colectivo MUFACE puede elegir entre la sanidad por la vía de la seguridad social y las compañías privadas que for-

man parte del convenio. Aproximadamente el 70 por ciento escogen la vía privada. Esta es la prueba del algodón... quien la demoniza, o no sabe y no entiende, o es que me pierdo "algo".

La sanidad privada, en general, es más eficiente en el uso de los equipos de alta tecnología dada su mayor flexibilidad. El mayor tamaño de las cadenas hospitalarias privadas que poco a poco se van concentrando, facilita la colaboración público-privada y la negociación con las compañías de seguros, logrando con ello una mayor eficiencia.

Si seguimos siendo cautos e intentamos trabajar juntos con nuestro objetivo puesto en los clientes/pacientes, no hay duda de que este país seguirá manteniendo y progresando en calidad, eficiencia y satisfacción.

La sanidad en España desde el Derecho Sanitario



Ricardo de Lorenzo y Montero, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

Dejamos un año en el que hemos conmemorado dos hitos fundamentales para el Derecho Sanitario, la Constitución de Cádiz de 1812 fue el cimiento del actual Tribunal Supremo, habiendo sido sus paredes testigo de hitos en la Historia de esta especialidad jurídica especialmente en lo que respecta a la Responsabilidad. E

igualmente se cumplen diez años de la aprobación y entrada en vigor de la Ley 41/2002 Básica de la Autonomía del Paciente y de Derechos en materia de

Información y Documentación Clínica, norma esencial hoy ya perfectamente interiorizada tanto por los médicos como por los pacientes, siendo cada uno de ellos conscientes de sus derechos y obligaciones en esta materia, a lo que el Tribunal Supremo definitivamente ha contribuido a través de una jurisprudencia estable que ha marcado unas líneas doctrinales que garantizan la seguridad jurídica en su aplicación y su perfecta adaptabilidad a las múltiples circunstancias que pueden concurrir en caso del incorrecto reconocimiento del derecho a la información y del consentimiento.

Y posiblemente muchas de las nuevas normas que se han incorporado al ámbito sanitario buscarán su respaldo o rechazo por el alto Tribunal en un próximo futuro, señaladamente el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, igualmente el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. El Real Decreto 1483/2012, de 29 de octubre, por el que se ha aprobado al Reglamento de los procedimientos de despido colectivo y de suspensión de contratos y reducción de jornada, y en el que se establecen las peculiaridades del procedimiento del despido en el sector público y específicamente en el ámbito de las Administraciones Públicas, entre muchas otras más.

SNS: cambiar para sobrevivir



Jaime del Barrio, director general del Instituto Roche.

Tal y como vamos, el Sistema Nacional de Salud (SNS) según está concebido en estos momentos y ante la coyuntura económica es insostenible actualmente. Es necesario un cambio, que no debe ser revolucionario ni dramático, pero sí bien calculado y meditado, en el que la gestión profesionalizada cobre el protagonismo perdido. Las soluciones pasan, básicamente, por optimizar y mejorar la gestión del SNS.

Así, por ejemplo, la principal medida para abaratar los costes no está solo en reducir el gasto farmacéutico. Este supone únicamente el 15% del total de cualquier proceso; sin embargo, es la parte más intervenida en todo su desarrollo: en la aprobación, fijación de precio, inclusión en la cartera de servicios, financiación, acceso diferente en cada una de las diecisiete comunidades autónomas, etcétera. La Industria Farmacéutica, la que más invierte en I+D (15-20 % de sus ventas), tiene interés en que esto deje de estar sujeto a tanta atomización y entre en un marco más predecible y alejado de la incertidumbre actual.

Con la nueva generación de medicamentos que estamos desarrollando, vamos a reducir la mortalidad y a optimizar los costes. Con la Medicina Personalizada ayudamos a este cambio de modelo en el Sistema Nacional de Salud, que ya había empezado a "hacer aguas" antes de la crisis. Y es que algunas enfermedades van a dejar de ser mortales para convertirse en crónicas, y todo eso va a necesitar de nuevos modelos de gestión más flexibles.

Crisis económica y crisis sanitaria



Joaquín Estevez Lucas, Fundación AD Qualitatem.

Acabamos de pasar el quinto año consecutivo de esta gravísima crisis económica, y parece que no será el último, y una de sus consecuencias puede ser el desmantelamiento de parte de los beneficios que nos aporta el "Estado de Bienestar" y que este va a ser sustituido por la "Sociedad pluralista del Bienestar", en la que gran parte del actual papel que desempeñaba "papá-Estado" va a ser llevado a cabo por unos ciudadanos más conscientes,

más formados y más implicados –económica y socialmente– en la defensa de los pilares sociales –sanidad, educación, pensiones, dependencia– que mejoran nuestra calidad de vida, que prolongan nuestros años de vida saludables.

Pero no es suficiente este nuevo rol ciudadano, la Administración –estatal, autonómica y local– debe poner en marcha una serie de medidas que garanticen la sostenibilidad de nuestro sistema de salud, del sistema educativo y del de previsión social.



SALUD

DKV
SEGUROS MÉDICOS

DKV Seguros Médicos ha sido galardonada con el premio a la Aseguradora de Servicios Sanitarios de la IX Edición de los Premios Medical Economics.

902 499 350
www.dkvseguros.com

Es la aseguradora de salud mejor valorada y con más clientes satisfechos. El 91% de nuestros clientes está satisfecho o muy satisfecho con las visitas médicas en consultas y clínicas concertadas, y están dispuestos a recomendarnos. Nuestros seguros médicos son los que más confianza y nivel de compromiso generan en los consumidores.*

*Fuente: Informe de Reputación RepTrack 2010, del Reputation Institute, Estudio STIGA 2010 y Estudio de Satisfacción de Clientes DKV 2010.

¡Vive la Salud!

LÍDER EUROPEO EN SALUD

a member of **MUNICH HEALTH**

En el plano de la salud, ya se han puesto en marcha reformas estructurales en pos de la eficiencia, pero echamos en falta un Pacto Global del Estado por la sostenibilidad del Sistema Sanitario y un “cuaderno de ruta” que modifique las reglas de juego de las organizaciones sanitarias.

Es preciso “empresarizar” nuestros centros sanitarios, desarrollar la gestión clínica, la gestión por procesos e incrementar la productividad y la eficiencia y, sobre todo, modificar la política de recursos humanos (provisión, contratación, carrera profesional, incentivos, etcétera).

En ese necesario nuevo escenario de mayor participación e implicación de los profesionales clínicos en la gestión, y con un nuevo perfil de los directivos sanitarios, que conlleve la profesionalización de éstos, garantizando un sistema sanitario más eficiente, eficaz, productivo y de calidad.

Hasta que los políticos no se den cuenta de este cambio tan imprescindible, nuestro Sistema Sanitario seguirá en riesgo de sostenibilidad. Esperamos que 2013 sea el final de la crisis sanitaria y el principio de un nuevo Sistema Nacional de Salud.

Objetivo de la sostenibilidad: el sistema público



Julio Fernández-Llamazares Herrera, director de Comunicación de Capiro Sanidad.

El debate actual de la sanidad en España se está convirtiendo en un aspecto clave del debate social y político. Y creo firmemente que ha llegado el momento de que las empresas que prestan servicios sanitarios y que colaboran con la Administración aporten su experiencia, su compromiso y su responsabilidad de explicar la importancia y validez del modelo. El objetivo final no puede ser otro que la sostenibilidad del sistema sanitario público.

La gestión hospitalaria en España es buena, porque los resultados son satisfactorios en función del porcentaje del PIB destinado al presupuesto sanitario. Lo que cuesta la sanidad no es dinero gastado, sino invertido. Pero que sea bueno no quiere decir que no sea mejorable y existen ineficiencias que se pueden y deben mejorar.

Me considero un defensor de la sanidad pública. Creo que la colaboración público privada permite dar una respuesta eficiente y de calidad. Modelos de gestión como el de Alcira han demostrado que dan igual o más a menor precio y siguen siendo hospitales públicos. Lo que marca la diferencia entre sanidad pública y no pública no es el modelo de gestión ni la prestación, sino la planificación y el control. Las ineficiencias suelen derivar de la prestación. Es más importante que la prestación sea eficiente a que sea pública. Si perdemos eficiencia perdemos sostenibilidad.

También debemos apostar por la calidad, que en el caso de la asistencia sanitaria y a diferencia de otros sectores, es hacer las cosas bien y a la primera, no es posible equivocarse. Por eso es esencial contar con buenas prácticas, protocolos, planificación y buenos profesionales.

Por favor, que alguien me lo explique



José Fernández-Vigo, catedrático de oftalmología de la Universidad de Extremadura.

Un sistema perverso. La crisis reduce la actividad. Hay menos trabajo. Recortas gastos todo lo que puedes hasta llegar a lo último, el despido. Cuando llega pagas la indemnización. El trabajador cobra la “prestación por desempleo” (menudo eufemismo). Que en realidad le estoy pagando yo mismo vía impuestos, tasas, cuotas. Es decir, ahora le sigo pagando pero por no trabajar. Él acepta su nuevo status, al principio con sufrimiento y vergüenza, pero se acostumbra a no trabajar. Esa situación

sostenida acaba deprimiéndole, ha perdido la ilusión. Está muerto. ¿Quién es el mayor perjudicado, a quién hace daño este sistema? ¿Y a esto le llamamos protección social y Estado del Bienestar?

¡Salvad al soldado CR7! El modelo Real Madrid está roto. El modelo Barça sigue imparabile. El modelo “COMPRO” fracasa estrepitosamente frente al modelo “EDUCO”. El modelo “mercenario oftalmológico” frente al modelo “Barraquer” de oftalmología (ver año 2010). En el año 2009 el valor de la oftalmología parecía haber tocado fondo tras haber caído en bolsa de 26 a 8 euros. ¡Y nos llevábamos las manos a la cabeza! (ver año 2009). Ahora vale menos de 4 euros. Otros, que antes compraban todo a base de talonario, se encuentran actualmente en concurso de acreedores (otro eufemismo). La histeria en el Real Madrid se dispara. Matan al mensajero, al periodista. Se enfadan, les castigan sin jugar por chivatos, como colegiales. Sálvese el que pueda. Ya no hay barco. Todos huyen. CR7 está triste, como la oftalmología. Mientras tanto en el Barça siguen su transición con paz y sosiego, sin traumas, siguen instalados en la excelencia. En una mesa redonda del congreso de Faco-Elche 2013 se va a hablar de las miserias de la oftalmología, se titula “oftalmólogos en crisis”: residentes en paro, contratos basura, sin peonadas, sufridores de mutuas y compañías... Por favor, salvad al soldado CR7, salvad la oftalmología.

Expectación y esperanza de la Medicina del Trabajo



Francisco Vicente Fornés Übeda, expresidente de SEMST.

Los profesionales de la Medicina del Trabajo y la Prevención de Riesgos Laborales, estamos expectantes por el rumbo que pueda tomar la Sanidad Española, con la esperanza de que convenza a una gran mayoría de los profesionales que desarrollamos nuestra actividad en este campo de la actividad sanitaria, un ejercicio profesional tan en contacto con los trabajadores, tanto enfermos como sanos, como lo están los compañeros

de la Atención Primaria con los ciudadanos enfermos. Desde que se aprobó el Real Decreto 843/2011, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención, al que las sociedades científicas presentaron diversas alegaciones, que no fueron admitidas, hemos estado en una situación de incertidumbre a la espera de la Guía que desarrollara este Real Decreto. Se ha elaborado ya el borrador de la Guía básica y general de orientación de las actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores para la prevención de riesgos laborales, se ha pasado el documento a las sociedades científicas, que han presentado las alegaciones que han considerado necesarias para que no disminuya la calidad de la atención a los trabajadores. Esperemos que en esta ocasión sean admitidas y así se confirme nuestra esperanza en el cambio de rumbo que esperamos.

2013: el peligro que se avecina



Antoni M. Fuster Miró, gerente de la Unión Balear de Entidades Sanitarias.

Cuando aparezca este artículo ya habremos sobrepasado la fatídica fecha de 21 de diciembre de 2012, apocalíptica efeméride anunciada por el calendario maya que según cuentan, aboca el mundo a su final. Los medios nos han inundado, durante largo tiempo sobre tan sorprendente cuestión. Incluso algunos se han preocupado en tomar medidas preventivas al respecto. Sin embargo, con toda probabilidad, ocurra como en otras ocasiones, que el asunto, se quede como una profecía más y para todos siga saliendo el sol.

Para el sector sanitario el próximo 2013 probablemente sea un año calificable de apocalíptico, todavía inmersos en el tsunami económico; se vaticina, para este ejercicio, la proximidad de su final. En diciembre, previsiblemente conoceremos el pronunciamiento del Tribunal de Justicia Europeo sobre el recurso interpuesto por la Comisión Europea referido a la aplicación del tipo reducido de IVA para ciertos bienes y servicios sanitarios. Enunciar que el Reino de España hizo de la Directiva 2006/112/CE una interpretación mucho menos restrictiva que la efectuada por nuestros colegas, aplicando un tipo reducido a muchos productos y servicios que en el resto de países están sujetos a un tipo general. Por las repercusiones que ha tenido el informe elaborado, para la Comisión Europea, por el abogado Niilo Jääskinen, la posible sentencia del Tribunal se vislumbra que nos podría abocar, de nuevo, a incrementos de IVA, y por tanto a sufrir directamente sustanciales subidas que afectarían a la viabilidad de muchas empresas.

El peligro que se avecina es tremendo, esperemos que, como en otras ocasiones, la profecía no se cumpla y para muchas empresas sanitarias siga saliendo el sol.

Edad e ingreso en la UCI: ¿hay límites?



Abelardo García de Lorenzo y Mateos, jefe de sección de Medicina Intensiva, H. U. La Paz (Madrid).

La proporción de pacientes mayores (> 65 años) o verdaderamente mayores (> 80 años) sobre el total de ingresos en UCI es elevada. Conocemos que a medida que avanza la edad, el número de comorbilidades pre-existentes y la razón primaria de ingreso en UCI se modifica.

El efecto *per se* de la edad avanzada vs. la gravedad de enfermedades agudas y crónicas sobre la supervivencia —a largo o corto plazo— de los pacientes mayores ingresados en UCI no está lo suficientemente aclarada.

A la luz de las más recientes y amplias publicaciones podemos encontrar dos corrientes de opinión:

- Restringir el ingreso a los mayores (especialmente a los mayores de 75 años) debido a que una edad avanzada debe de ser considerada como un factor independiente y significativo de mortalidad.
- Considerar que a pesar del hecho de que los pacientes mayores son rechazados con más frecuencia y presentan mayor mortalidad si ingresan en UCI, los beneficios del ingreso en términos de mortalidad son más altos en este especial subgrupo. Además, el 80% de los mayores que ingresan en la UCI sobreviven al alta hospitalaria.

Nuestra opinión va en esta última línea y nuestra recomendación es que los intensivistas deben de cambiar sus prácticas de *triage* en relación con los pacientes mayores.

Hacia dónde vamos...



José Antonio Gutiérrez Fuentes, consejero honorario de la Fundación Lilly.

Hay quienes mantienen que los tiempos de crisis pueden y deben serlo también de análisis y catarsis (RAE: Purificación, liberación o transformación interior suscitados por una experiencia vital profunda), y que de ello, bien planteado y gestionado, pueden resultar oportunas rectificaciones, correcciones de rumbo y, a la postre, realismo y un futuro mejor para todos.

Pero para que esto sea así, el análisis debe ser certero y basado en el conocimiento; la catarsis debe ser sincera, transparente y generosa, única manera de facilitar el correcto análisis; y los planteamientos o lo que está tan de moda, las estrategias, deben ser planteadas por/con aquellos que además de los conocimientos poseen la experiencia y son capaces de tener una visión de conjunto de los problemas y las oportunidades de mejora.

Ante la situación que asola nuestro otrora ejemplar Sistema Sanitario, no solo desde el punto de vista de la economía, la

demanda de reformas conceptuales y estructurales (no solo de recortes) y la necesidad/oportunidad de acometerlas es evidente. No obstante, parecen faltar la capacidad de catarsis, el análisis fundamentado en el conocimiento y la experiencia. Y, lo que es peor, la decisión para acometerlas.

Las autoridades deben demostrar que no es así y movilizar a todos hacia una meta común y necesaria. Dependerá de ello la sostenibilidad de nuestra tan alabada Sanidad. La responsabilidad es de enorme magnitud y será exigida por una sociedad acostumbrada a no hacerse preguntas, al todo gratis y sin límites.

Los profesionales sanitarios, con los médicos a la cabeza, debemos tener claro hacia dónde vamos y hacia adonde debemos ir. Y convencer a los ciudadanos y a las autoridades de que efectivamente las reformas tenemos que acometerlas, ¡sin dilación!

Somos más fuertes



Abraham Herrera Lima, socio director de Fillingthegap.

El año 2012 nos ha hecho fuertes. Cuatro años consecutivos de la mayor crisis que se recuerda ha conseguido que todos, administración, gestores, proveedores, hayamos hecho durante el año pasado un esfuerzo de análisis sin precedentes para salvaguardar lo que nos hace excelentes en cada una de nuestras actividades, eliminando o desplazando aquellas otras actividades que no contribuyen, de forma más o menos directa, a generar el valor que

necesitamos para sobrevivir. Las alianzas estratégicas cobran más relevancia que nunca, confiar en aquellos que destacan en un área para permitirnos centrar nuestros recursos en nuestro *core business*. Como decía Albert Einstein: "En la crisis nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias. Quien supera la crisis, se supera a sí mismo sin quedar superado". De las crisis surgen nuevas ideas, nuevas iniciativas, nuevas formas de hacer las cosas. Propuestas que en bonanza nadie se atrevería a hacer ya que salir de la "zona de confort" no es fácil. Volviendo a Einstein: "La verdadera crisis, es la crisis de la incompetencia".

Los ciclos de nuestra profesión



Gabriel Herrero-Beaumont, jefe del servicio de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz.

Las últimas propuestas sanitarias en Madrid culminan en la nueva figura del médico que la sociedad española del siglo XXI parece que quiere y que se ha ido gestando en los últimos 40 años. Durante este tiempo, al médico se le ha ido restando la capacidad de ejercer su actividad profesional con independencia, con un control y regulación por parte del Estado cada vez mayores. Al mismo tiempo, ha ido desapareciendo el reconocimiento a la excelencia, propulsor de las grandes figuras médicas, y en su

lugar, se ha ido imponiendo el igualitarismo, filosofía completamente ajena a méritos y logros. Sobre esta base, en los últimos 10 años, se está implantando un modelo capitalista radical, pero intervenido, "de Estado". Así, los médicos se han transformado en trabajadores por cuenta ajena sin los incentivos, ni sistema de méritos que se ofrecen a profesionales de nivel similar. Una reflexión sobre estas transformaciones nos permite anticipar los límites de la futura profesión médica. De profesional independiente, primero pasó a ser funcionario para llegar finalmente a convertirse en mero trabajador por cuenta ajena, de nivel intermedio y responsabilidad máxima. No obstante, el ciclo continuará y podríamos volver a una situación de neo-independencia profesional basada en las nuevas tecnologías. Pero...habrá que lucharlo.

Inseguridad jurídica en el sector farmacéutico



Héctor Jausás Farré, socio director de Jausás Abogados.

La actual situación de crisis económica ha puesto de nuevo a la Sanidad en el punto de mira del Gobierno que, desde que se originara la crisis actual, no ha cesado de adoptar multitud de normas que han afectado gravemente a la industria farmacéutica y a las oficinas de farmacia. De esta manera, el Gobierno ha puesto en marcha una reforma sanitaria con el objetivo de contener el constante incremento de la factura farmacéutica a fin de garantizar

la sostenibilidad futura de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. No obstante, dicha reforma se ha llevado a cabo por parte de los últimos gobiernos a través de mecanismos normativos excepcionales y de urgencia, hecho que ha sido ampliamente cuestionado desde distintos sectores por limitar los derechos de los afectados y cuyas implicaciones a medio y largo plazo entendemos no han sido suficientemente valoradas. De esta manera, el sector ha sido objeto de sucesivos cambios en las reglas de juego en un breve espacio de tiempo, lo que evidentemente provoca una incertidumbre e inseguridad jurídica que no beneficia a nadie. La última modificación sustancial ha tenido lugar con la publicación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, sin que hubiera transcurrido apenas un año desde que se publicara el Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, para la reducción del déficit público a través de la racionalización del gasto sanitario, modificando una vez más las reglas de juego.

En este escenario, resulta fundamental que el Gobierno dote a la industria farmacéutica de un marco regulador que proporcione estabilidad y certidumbre normativa al sector, poniendo fin a las sucesivas y rápidas modificaciones que han tenido lugar en los últimos años y que equilibre los intereses de los distintos agentes implicados, velando en todo momento por la protección del dere-

cho a la salud y la libertad de empresa de las compañías farmacéuticas, ambos derechos reconocidos en nuestra Constitución.

Medicina rural, en peligro de extinción



José Manuel Lopez-Abuin, presidente de la Asociación Europea de Médicos Rurales (EURIPA).

Seguramente una gran parte de los comentarios de mis compañeros en estas páginas harán mención a la profunda crisis que nos ha tocado vivir. Quisiera desde estas líneas incidir en el futuro que le espera a la comunidad en la cual la figura de un profesional sanitario de referencia es más necesitada, que no es más que aquella que reside en lugares poco accesibles y que no dispone de servicios secundarios o terciarios. Las medidas de austeridad, de falso coste-eficacia, de privatización, y el

creciente *gap* presupuestario entre primaria y especializada, medidas que paulatinamente se están imponiendo y que muchos nos tememos no serán meramente transitorias, añadidas a la probada falta de relevo generacional conducirán indefectiblemente a una escasez de profesionales sanitarios en el medio rural. Si el planificador no es corto de vista, debería –desde ya– ir implantando medidas para que esto no llegue a ocurrir.

Hasta ahora, ninguna de las medidas preventivas reconocidas internacionalmente han sido consideradas en nuestro país. La promoción de estudios de medicina y enfermería para estudiantes rurales (la medida que por sí sola ha demostrado más eficacia), junto a otras no solo de carácter formativo sino normativas, de incentiación económica o de apoyo profesional y social no podrán esperar a ser instauradas cuando la situación sea irremediable. Urge no solo lidiar con la crisis actual, sino con las consecuencias que nos deparará en un futuro no muy lejano.

¿Qué podemos esperar?



Diego López Llorente, presidente de Club Médico.

Quizás deberíamos preguntarnos ¿qué esperanza tenemos? ¿o qué hacemos para no perderla? Sobre todo no leer lo que pronostican los expertos que dividen sus opiniones entre los que dicen que la sanidad es insostenible en los términos actuales y los que opinan que si no hay más ingresos y menos gastos tampoco funcionará.

En la actualidad la cobertura universal del sistema sanitario español es muy eficiente y la realidad mejor alcanzada del estado de bienestar, pero no es sostenible. El sistema arrastra un permanente desfase entre ingresos y gastos. Además en los últimos años hay menos ingresos y los gastos siguen aumentando. Aun así, la asistencia sanitaria es más barata que la media europea ya que con 1.900 € anuales *per capita* proporciona una

atención integral a toda la población. Esto es en parte porque los profesionales no están bien pagados y este gasto supone alrededor de la mitad del costo del sistema. Por contra el gasto farmacéutico es más alto que la media europea, 32% en lugar del 25%.

El aumento de las cuotas de la sanidad privada, muy superior al aumento de los ingresos de sueldo y jubilaciones, puede forzar a darse de baja a los asegurados de las sociedades médicas que están pagando por una sanidad privada y no usan la pública. Nos podríamos imaginar el desbordamiento de la sanidad pública cuando el 30% de la sanidad privada tuviera que ser atendido en la pública. ¿No se podría incentivar al que paga sanidad privada?

Nuevas tecnologías: más seguridad para el paciente



Manuel Martín Cortés, consultor independiente.

Profundos cambios en el entorno asistencial en el cual viene desarrollándose el ejercicio del profesional médico, están modificando el sistema de prestación de servicios sanitarios y la forma de gestionar la clínica en los últimos tiempos.

Nueva normativa en materia de prescripción, nuevas exigencias y responsabilidades en cuanto al seguimiento farmacoterapéutico del paciente y la progresiva implantación de un sistema inequívoco e integrador de tramitación de recetas para toda España, exigen a la clínica privada disponer de nuevas soluciones que permitan y agilicen esos procesos, permitiendo a su vez reducir las inseguridades y riesgos del profesional médico, en la toma de decisiones y práctica de su ejercicio.

El nuevo Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, tanto públicas como privadas, entró en vigor en enero de 2011 y se daba un plazo de dos años para su adaptación a este Real Decreto, por lo que desde el 21 de enero de 2013 es de obligado cumplimiento.

Esta nueva normativa afectará sustancialmente la manera de trabajar de los diferentes profesionales de la salud que están en el proceso de la prescripción privada, como son los médicos, podólogos, odontólogos y en el de la dispensación para las oficinas de farmacia, por lo que es muy importante que se vayan adaptando a los nuevos cambios que conlleva la aplicación de esta norma y cumplir con ella desde enero.

Este nuevo Real Decreto introduce importantes medidas antifraude en la receta tradicional en papel para el ejercicio asistencial privado. Ya no será válida la receta privada en una cuartilla en blanco, con un sello de caucho y la firma del médico que prescribe. La ley exige un formato de receta elaborado con una serie de normas y con unas medidas antifraude y de trazabilidad parecidas a las empleadas en la sanidad pública.

Se ha desarrollado un sistema de Receta Médica Privada (EVIDENCE CLOUD), que proporcionará seguridad, calidad, y eficiencia a la hora de la toma de decisiones farmacoterapéuticas en el ejercicio profesional.

Esta nueva herramienta permitirá que los médicos, odontólogos, podólogos y las clínicas privadas españolas dispongan de una solución segura, profesional, ágil, científica, y reglada, en la toma de sus decisiones, para la prescripción asistida de las recetas médicas privadas, en cualquier soporte.

Turismo sanitario y picaresca



Santiago Martínez-Fornés Hernández, Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Perder la firmeza -infirmetas, enfermedad- fuera de su tierra y de los suyos resulta especialmente penoso. Entre los motivos importantes por los que tantos extranjeros eligen España para disfrutar de sus vacaciones o los años de jubilado, es saber que dispondrán -si lo precisan- de la mejor y más generosa seguridad sanitaria del mundo.

El turismo estacional y la larga permanencia de los jubilados extranjeros se han convertido en nuestra primera empresa nacional y segunda del turismo mundial.

Médicos, diplomados en medicina y celadores colaboramos con competencia y amabilidad, sin parangón alguno. Aun sabiendo que en un reducido número de pacientes recurren al turismo sanitario, que es una forma de picaresca para asegurarse competencias excepcionales y prótesis gratis. Alentada incluso por algunas Embajadas, como la del Reino Unido. Pero esto es "otra historia" que corresponde tratar a las Autoridades Sanitarias y Asuntos Exteriores.

Trasplantes: el sistema resiste



Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes.

Se cumplen ya 4 ó 5 años del comienzo de la crisis y son patentes en mayor o menor grado los problemas por los que atraviesa toda la sociedad española y por supuesto el sector sanitario. Sin embargo, el sistema español de donación y trasplante está resistiendo de una manera más que digna e incluso el año 2012, es más que probable que finalice con cifras históricas en algunos tipos de trasplante y en general con unos signos de fortaleza

que desgraciadamente no se perciben en otros sectores.

No quiere decir eso que el trasplante viva ajeno a los problemas de la sanidad, pues no es sino una parte integrante de la misma sujeta a los mismos envites. Sucede, sin embargo, que se trata de algo muy consolidado y arraigado tanto entre la población española como entre los profesionales, que lo consideran como algo propio, y que tiene una enorme

capacidad de adaptación a las circunstancias con una de sus características definitorias: una excelente organización que no deja nada a la improvisación. Seguiremos trabajando para que siga siendo así. Las vidas de muchos de nuestros ciudadanos dependen de ello.

Una situación extremadamente difícil



Lluís Monset i Castells, director general de ACES.

Catalunya ha sido pionera de gran parte de las innovaciones más exitosas en el ámbito de la gestión de recursos públicos en el ámbito de la salud de toda España.

Las bases de la reforma de la Atención Primaria; la definición de un modelo socio-sanitario que diera respuesta a los retos del envejecimiento, la cronicidad o las curas paliativas; la inclusión de hospitales de diferentes procedencias en la propiedad y la gestión como recursos integrados en el sistema público; la prevalencia del régimen abierto de recursos para la salud mental; el tratamiento específico de las adicciones; la atención destacada y especializada de "nuevas" enfermedades como la infección por VIH y un largo etcétera son ejemplos de ello.

Una mirada objetiva sobre la realidad actual nos lleva a ver que, como seguramente era lógico, la crisis ha impuesto su calendario, el consenso político es hoy mucho más débil y la sociedad reclama cambios pero desde diferentes y antagónicas direcciones.

Es sin duda el momento de replantear estrategias y de fijarnos en los aciertos y los errores del pasado, así como conocer e implantar los instrumentos y conocimientos que han ido surgiendo en estos últimos 30 años de nuestra historia.

A mi juicio, el modelo sanitario catalán fue un gran éxito no solo porque se cimentaba en el consenso político, sino sobre todo porque apostaba por la preeminencia de la sociedad sobre el estado a la hora de producir servicios con eficiencia, facilitando a la vez la implantación de una gestión pública eficaz en aquellos ámbitos donde la iniciativa privada no llegaba.

Este es el profundo debate que hoy hemos de resolver y que empieza en Catalunya a tomar carta de naturaleza pública más allá de los encuentros de café. Para ello deberíamos empezar por identificar si, como algunos creemos, el estado ha ido arrinconando la verdadera acción empresarial y que ésta, en su acepción esencial como verdadero motor de innovación y creación de riqueza, sólo puede fundamentarse en el esfuerzo propio y continuo, la competencia y el riesgo, y que la concesión de monopolios temporales o territoriales devalúa seriamente sus valores más determinantes.

O por el contrario han sido otras causas a las que yo he expuesto, las que nos han llevado hasta aquí. O un poco de todo.

Pero lo grave es que todos sabemos que la situación es hoy extremadamente difícil y sin embargo no somos capaces de encontrar no solo la solución sino tan solo la vía de diálogo. Sería tan asombroso como triste que no supiéramos finalmente encontrarlo en el momento más decisivo de nuestra historia reciente.

La estatura como indicador del estado nutricional



Basilio Moreno Esteban, jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Hay muchos artículos en la literatura científica en los que se objetiva que el estado nutricional y de salud se reflejan en la talla y en la tendencia secular de los individuos. Así, una dieta más equilibrada condiciona una mejora en la calidad de vida y un incremento de la talla.

Si consultamos las tallas de los reclutas en Europa en los años 60 del siglo anterior, la estatura media era de 166 cm, y en los años 90 ésta se había incrementado hasta 176 cm. Este aumento de la talla está en función del

medio ambiente, de la salud y de la disminución de la morbilidad y podría hacer suponer que habíamos llegado al tope de la talla de los individuos. Lo que no sabemos hoy es que en función de las crisis económicas internacionales que nos asolan, éstas se manifiestan con una peor alimentación y nutrición, pudiendo condicionar una regresión de la talla en los próximos años en virtud de una alimentación deficiente.

Las expectativas económicas en Europa no son buenas y podremos preguntarnos si una alimentación insuficiente y una deficiente nutrición pueden condicionar en el futuro una disminución en la talla de nuestros menores. Solo en los próximos años se podrá contestar a esta pregunta, habida cuenta de su repercusión en parámetros tan trascendentes como son la salud o las expectativas auxológicas de nuestros hijos.

9 años sin desarrollo de la LOPS



Alfonso Moreno González, presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

Finaliza 2012 y es otro año más sin nuevos avances prácticos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que supuso, hace ya 9 años, un salto cualitativo importante a la vez que sentó las bases para la mejora de los aspectos formativos de los profesionales sanitarios que el avance del conocimiento científico y tecnológico exigen.

Aunque bien es verdad que en algún aspecto sí se está dando un empuje importante para que pueda

verse pronto reflejado en el BOE un desarrollo parcial de la señalada Ley.

Me estoy refiriendo a algunos cambios en el sistema formativo para hacerlo menos rígido y con un horizonte más amplio en lo que a compartir conocimientos tendría lugar.

La troncalidad trata de corregir esas situaciones a las que habría de añadir además una mayor elasticidad en la oferta de las distintas especialidades y una mejora del proceso de formación especializada y de la competencia profesional más acorde con los nuevos procedimientos asistenciales y tecnológicos. Que en el año que ahora comienza se cumplan todas estas esperanzas.

Tiempos convulsos



Regina Muzquiz Vicente-Arche, directora de Relaciones Institucionales de Pharmamar.

Vivimos tiempos convulsos en la sanidad española. Las medidas destinadas a la contención del gasto sanitario, adoptadas tanto por el gobierno central como por los gobiernos autonómicos, están generando una diferencia cada vez mayor en las condiciones de acceso de los ciudadanos a los servicios y prestaciones del SNS.

La equidad, pilar básico de nuestro estado de bienestar, está en riesgo.

Ahora más que nunca, es necesario que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ejerza en toda su dimensión su papel como garante de la cohesión y coordinación del SNS, y que las CCAA, en su obligada lealtad con la Administración General del Estado, estén dispuestas a contribuir al consenso, sin el que no sería posible mantener este principio, esencial para el adecuado funcionamiento del Sistema Sanitario.

Sin embargo, no parece que los partidos políticos, en un gesto de generosidad con la ciudadanía, sus votantes al fin y al cabo, estén dispuestos a dejar de un lado, al menos durante algún tiempo, sus diferencias y rencillas y ponerse a trabajar conjuntamente para evitar esta deriva hacia la inequidad.

Tasas por receta, restricciones en el acceso a los medicamentos, por diferentes vías de todos conocidas en algunas CCAA, están haciendo que la prestación farmacéutica, hasta hace tan solo unos pocos años modelo de servicio equitativo para todos los españoles, se esté convirtiendo en una de las áreas asistenciales que mayor incertidumbre y desigualdad está generando entre los ciudadanos, en función de su lugar de residencia.

La crisis económica no debería servir de excusa. Las medidas de austeridad, sin duda necesarias en estos momentos, no deberían justificar que algunas CCAA se extralimiten en el ejercicio de sus legítimas competencias. Corresponde al Ministerio velar para que esto no ocurra, liderando las actuaciones y arbitrando una política común, buscando sinergias y evitando desigualdades.

Aun estamos a tiempo. El nuevo año 2013 puede traernos, si todos somos capaces de realizar un esfuerzo, un SNS más armónico, coherente y solidario, preservando este patrimonio que es de todos los españoles y del que nos sentimos orgullosos.

Reformas estructurales: el camino necesario



Silvia Ondategui-Parra, directora de la Unidad de Salud y Farmacia de Ernst&Young.

Entre 1999 y 2009 el gasto sanitario público real por persona creció algo más de un 49%, cuatro veces más deprisa que el PIB.

El contexto actual de crisis económica, hace insostenible mantener los mismos niveles de gasto que antaño. En este sentido, el Gobierno Central se ha visto obligado a impulsar medidas para conseguir una reducción del gasto hasta conseguir situarlo en el objetivo fijado de un 3% en 2013.

A corto plazo seguiremos viendo medidas de efecto inmediato; sin embargo, los “recortes” no pueden ser la única solución para impulsar la sostenibilidad del sistema; simultáneamente, es necesario plantear reformas. Estas han de ser profundas y no necesariamente tendrán un impacto a corto plazo, pero han de marcar el camino en el medio y largo plazo.

Los objetivos a futuro deberán centrarse en intensificar la colaboración público-privada, intensificar la vigilancia sobre los enfermos crónicos en un sistema pensado básicamente para enfermedades agudas, la introducción y la priorización de la medicina preventiva, la concienciación a la población sobre la necesidad de la prevención y el uso intensivo de las TIC en el ámbito de la sanidad.

La Sanidad tiene dos vertientes



José Palacios Carvajal, servicio de Traumatología del Hospital Sanitas La Zarzuela (Madrid).

Bajo dos puntos de vista se puede opinar sobre la Sanidad en España; uno, el científico y profesional médico, y otro, el organizativo y de gestión en la Medicina de nuestro país. Todo ello bajo la niebla de la crisis actual, que no solamente es económica, sino también de valores espirituales. Nuestra defensa, como médicos ante esta situación, tiene que ser el encajar los dos problemas, para que su crecimiento sea eficaz, ya que no vale mucho dinero para inyectar vocación y entrega sin estudio ni

colaboración; y al revés, de nada valen ideas innovadoras científicas si no son apoyadas por una economía suficiente.

El análisis de cada uno de los conceptos nos exigirá mucho más espacio, pero solamente como definición, creo

que la lucha por la economía está fundamentalmente en las posibilidades de privatización de los hospitales, con los cientos de facetas que exige el tema, lleno de complejos matices de gestión y exigencia que pertenecen fundamentalmente a los políticos preparados y bien informados sin olvidar a los Colegios de Médicos.

El segundo es el que llamamos crisis de valores, siendo el primero de todos el de la vocación, la ilusión de conocer profunda y científicamente nuestra área de desarrollo, donde al final está, como siempre, el motivo de nuestro existir, la vida y el bienestar de nuestros enfermos y de la sociedad a la que pertenecemos.

Adaptación ante la crisis



Santiago Palacios Gil-Antuña, director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer.

La ginecología en España durante este año 2012 ha tenido adaptaciones debido a la crisis. Por una parte la natalidad ha disminuido mucho en nuestro país; por otra, nuestros ginecólogos jóvenes ya no contemplan a la sanidad pública como la solución laboral, sino que buscan en la medicina privada. Es época de solidaridad y generosidad, pero también de oportunidades y renovación de ideas. De todas ellas destacaría cómo los ginecólogos

hemos sabido introducirnos en las redes sociales y cómo estamos intentando adaptarnos y que nos sirvan como herramienta de apoyo todos los avances tecnológicos. Fruto de ello, ha sido la primera reunión que hemos tenido este año en Toledo “GINEP”, en la que el protagonista principal han sido los avances de internet y su adaptación en las consultas de ginecología. El gran éxito ha motivado el que el próximo año volveremos a reunirnos en un GINEP 2 en Córdoba.

La ciencia, por otra parte, no para. Quizás los dos grandes protagonistas este año han sido los probióticos vaginales y los moduladores selectivos de los receptores de progesterona. Los primeros para poder prevenir infecciones por hongos vaginales, en casos de toma de antibióticos o en vaginitis monilíasicas recurrentes. Por otra parte está el acetato de ulipristal, un modulador selectivo de los receptores de progesterona comercializado ya para la anticoncepción de emergencia, pero que también ha demostrado ser un fármaco eficaz en miomas. Las pacientes no precisan tratamiento añadido adicional ni antirresortivos, porque el nivel de estradiol se mantiene en niveles de fase folicular y no hay pérdida de densidad mineral ósea con este fármaco. Las pacientes ven restaurada su calidad de vida. Este fármaco ha sido ya comercializado en algunos países europeos con la indicación de uso de tres meses previo a cirugía en mujeres con miomas sintomáticos.

Otro año más: las TIC y la sostenibilidad



Enrique Palau Beato, director de Estrategia y Portafolio en Salud de Atos Origin.

Hace ahora un año, en estas mismas páginas reflexionábamos y ofrecíamos datos sobre la necesidad ineludible de seguir avanzando en la utilización extensa e intensa de los Sistemas y Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en las organizaciones sanitarias, como herramientas imprescindibles para la modernización y la sostenibilidad de los servicios de salud. Señalábamos también la dificultad que para los sistemas públicos (y también para los proveedores privados de salud) supone mantener el esfuerzo inversor necesario para este fin, en la actual situación de déficit financiero y opinábamos sobre la necesidad de encontrar soluciones, diferentes a las tradicionales de compra de productos y servicios, que ya se han ido configurando como modelos de compartición de riesgo, pago por uso, o formas de colaboración público-privada.

Un año después, las reflexiones sobre la necesidad de avanzar en la informatización pueden ser las mismas (e incluso podríamos constatar algunos retrocesos y observados en este tiempo), y el debate entre esta necesidad evidente y la falta de recursos sigue pendiente.

No obstante me gustaría buscar algún punto de optimismo en el entorno de las TIC para la sanidad, y en estos días encontramos algunos datos procedentes del NHS en el Reino Unido, que prometen priorizar, en este próximo año, inversiones en nuevas infraestructuras y sistemas TI para sus centros sanitarios, incluso en el marco de las reducciones presupuestarias que, también allí, se están produciendo. Esas inversiones estarán focalizadas, eso sí, en sistemas que añadan valor a la asistencia al paciente y en poder disponer de información de alta calidad para la toma de decisiones y para una mejor asistencia a los pacientes.

Así, el NHS Commissioning Board, en su Plan para 2013-14, recientemente publicado, incluye, entre otros objetivos, la oferta de “mejores datos que hagan posible mejores resultados en salud” asegurando que, para ello, se mejorarán e integrarán los sistemas de información como sea necesario, construyendo un moderno servicio de datos “care.data” para los profesionales y gestores de sus servicios sanitarios y sociales.

Naturalmente, esa necesidad de información y resultados en salud, es igualmente demandada por los profesionales y gestores en nuestro Sistema Nacional de Salud y, dadas las semejanzas y cercanía de las políticas sanitarias actuales con el NHS británico, nos gustaría pensar que esa priorización de las inversiones hacia explotación analítica de la gran “masa digital” de datos sanitarios disponible, también puede ser posible en nuestras organizaciones sanitarias, en aras de la mejora de la calidad, seguridad y eficiencia de la atención sanitaria y a la sostenibilidad de nuestro SNS.

Tres cosas a no perder de vista



Eduard Portella, presidente de Antares Consulting.

La importancia del proceso. Hace unos años, durante un viaje de estudios a Suecia para conocer las diversas reformas que se estaban llevando a cabo en distintas regiones del país, nuestros anfitriones nos trasladaban que lo importante para asegurar el éxito de una iniciativa no era la reforma realizada en sí, sino el volumen de interacción (de negociación) que se había producido previamente entre los actores clave del sistema. Nos decían, en

definitiva, que más que modelos buenos o malos, los resultados se consiguen si los procesos están bien gestionados. Creo que esto se puede aplicar muy bien al confuso debate al que estamos asistiendo en nuestro país sobre lo público y lo privado.

Coherencia entre el corto y el largo plazo. Nuestro modelo asistencial requiere una actualización para adecuarse a los nuevos retos sociodemográficos y epidemiológicos. También nuestra sociedad dispone hoy de nuevas capacidades e instrumentos de intervención técnica, humana, organizativa, etcétera. En el contexto en el que estamos, y aunque las urgencias sean muchas, no deberíamos perder de vista esta necesidad de reformar el modelo asistencial, que puede quedar ahogado por las reformas puntuales que se están abordando. Repetimos hasta la saciedad que de las grandes crisis surgen las grandes oportunidades, pero después nos olvidamos de reflexionar sobre las necesidades para desarrollar las grandes oportunidades y nos quedamos con las acciones puntuales, aunque incluso sean contraproducentes.

Reformar la regulación. El contexto es muy complejo y es tiempo de nuevos actores y de nuevas estrategias. Pero todo esto también obliga a repensar el modelo de regulación sobre el sistema sanitario que debe realizarse desde la administración pública. Desarrollar estas nuevas formas de regulación es indispensable, aunque sea muy complejo. Transparencia en los resultados debe ser una de las palabras clave.

Responsabilidad social corporativa



Regina Revilla, directora de Relaciones Externas de Merck Sharp&Dohme España

La innovación y la responsabilidad social corporativa son las principales señas de identidad de MSD, una compañía líder dedicada a contribuir a la salud mundial. Por ello, mantiene el firme compromiso de colaboración con los agentes sanitarios implicados en lograr mejorar la calidad de vida de las personas y pacientes, y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

2012 ha sido un año positivo en términos de innovación. Por un lado, MSD

avanza en el campo del Alzheimer donde la compañía está teniendo resultados alentadores con un compuesto en fase II/III de investigación. Además ha recibido el premio Panorama que otorga el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos al Medicamento del Año por su fármaco para la hepatitis C.

Estos son algunos de los ejemplos del compromiso de la compañía por seguir proporcionando soluciones de salud que marquen la diferencia en la vida de las personas. De la misma forma, esta compañía pone el énfasis en cómo desarrolla su labor intentando aportar valor añadido en las comunidades en las que opera. El programa MSD para las madres, puesto en marcha en el 2011, contribuye a combatir la mortalidad materna en los países del Tercer Mundo y a lograr el objetivo número 5 del Milenio de Naciones Unidas, que pide una reducción del 75 por ciento en la mortalidad materna y un acceso universal a la salud reproductiva para 2015. Durante el 2012, a través de esta iniciativa MSD ha abierto un programa de solicitud de ayuda a proyectos que sigan este mismo objetivo. Así la ONG española ONAY (Organización Navarra para Ayuda entre los Pueblos) y su programa de salvar la vida de las mujeres en la República Democrática del Congo ha obtenido dicha ayuda para poder convertir su proyecto en realidad y que muchas personas puedan beneficiarse de su puesta en marcha.

Por estas y otras muchas acciones, MSD es una compañía especialmente comprometida con sus empleados, que se caracteriza por potenciar la diversidad, la inclusión y la igualdad de todos ellos. Así ha sido reconocida con el distintivo "Igualdad en la Empresa", que concede el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, por fomentar el avance en la equidad entre mujeres y hombres en el trabajo.

Por último, la contribución de MSD a la sostenibilidad del sistema sanitario y mejora de la atención al paciente crónico es ya una constante. Buena muestra de ello durante 2012 han sido actividades como la creación y difusión del Documento de Consenso en adherencia terapéutica, en colaboración con un equipo multidisciplinar de expertos compuesto por médicos, enfermeros, farmacéuticos y pacientes.

Año nuevo, mensaje viejo



José Manuel Ribera Casado, catedrático emérito de Geriatria (UCM).

Una vez más *Medical Economics* solicita amablemente un comentario para su número especial. Agradezco la invitación y aprovecho para insistir en el mismo clavo. La necesidad de abolir la discriminación por edad en nuestra sociedad y, en lo que nos es más próximo, hacerlo en el ámbito de la salud. Lo malo del problema es que, aparentemente, no existe. Hay poca conciencia de que exista discriminación por edad en

medicina. Me limitaré a recoger algunos ejemplos recientes que están en ánimo de todos. Junto a ellos, recordaré algunas frases de uso común altamente significativas a este respecto.

Discriminar es pretender hacer hospitales mono-gráficos para viejos. Lo es por un doble motivo: se les constituye en gueto, separándolos del resto de la sociedad y, en la medida en la que para hacerlo se argumenta con el tema de los costes, se oficializa la limitación para su acceso a determinado tipo de servicios. Discriminar es utilizar el criterio de edad para cualquier tipo de decisión médica. Es evidente que, a mayor edad, mayores pueden ser las contraindicaciones para aplicar diferentes procedimientos diagnósticos o terapéuticos, pero la fecha de nacimiento nunca puede ser en sí mismo el criterio decisivo para desaconsejar esos procedimientos. Discriminar es cobrar un plus de un euro por receta. Los viejos son los mayores consumidores de fármacos y esa medida supone una especie de impuesto revolucionario que recae sobre uno de los sectores con economía más débil. Por lo mismo supone discriminación y marcha atrás cualquier forma de copago asociada al fármaco o la imposición de trabas administrativas –tipo visados– para poder acceder a los mismos. La lista de discriminación por edad puede ser enorme como periódicamente ponen en evidencia las revistas científicas más prestigiosas de cada especialidad cuando analizan cómo se aplican de mayor parte de los protocolos diagnósticos o terapéuticos en función de la edad.

Un apunte final. Discriminamos y ofendemos dando por bueno en el día a día frases de uso habitual como: “bastante bien está usted para los años que tiene”, ó “a su edad que querrá”, o, peor aún porque suele traducir ignorancia, cuando el profesional interpreta como “cosas de la edad” determinados problemas médicos cuya causa desconoce, muchas veces incluso sin haberse tomado siquiera la molestia de indagar su origen.

Tecnología sanitaria nacional y competitiva



Germán Rodríguez Somolinos, director de Evaluación de Ciencias de la Vida y de los Materiales. CDTI - Ministerio de Economía y Competitividad.

Hace un año comentaba en este mismo espacio el auge registrado en la transferencia de conocimiento desde el sector público al privado en el ámbito de la salud. Aun siendo cierto todavía, el contexto económico actual ha reducido notablemente este perfil de crecimiento, especialmente en el sector de tecnologías sanitarias. Es éste un sector todavía muy atomizado en España, anclado en muchos casos en estructuras rígidas y tradicionales que van en

contra de la innovación y encorsetado a veces por normativas y criterios de decisión de compra que dificultan el acceso al mercado de las pymes. Es necesario promover un mayor desarrollo de unidades de innovación en el ámbito hospitalario dirigidas a dar soporte a los procesos de innovación y transferencia de tecnología a las empresas desde la propia fuente generadora de las necesidades. También es deseable un mayor desarrollo de los procesos de compra pública de tecnología innovadora, fundamental en el ámbito sanitario. Iniciativas como la Red ITEMAS, la Alianza por la Investigación e Innovación en Salud ALINNSA o el programa INNODEMANDA que gestiona el CDTI contribuyen sin duda a este objetivo.

Madrid, una ocasión perdida



Julián Ruiz Ferrán, director general de la Confederación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (CNCHP).

No existe en el mundo ninguna otra área geográfica tan circunscrita y homogénea en cuanto a población y dispersión geográfica como el de la Comunidad Autónoma de Madrid, en donde exista tal concentración de hospitales de primera línea, universitarios y no universitarios, cuya gestión obedezca a cinco modelos bien diferenciados:

- Hospitales públicos de gestión pública.
- Hospitales públicos de gestión privada.
- Hospitales públicos de gestión mixta público-privada.
- Hospitales privados de finalidad lucrativa.
- Hospitales privados sin ánimo de lucro.

Madrid hubiera podido convertirse, por tanto, en el laboratorio internacional de la gestión hospitalaria y donde se hubiera podido dirimir de acuerdo con una metodología transparente y contrastada, qué modelo de hospital es más eficiente económicamente, costo/efectivo asistencialmente, cuál produce los mejores resultados en salud, cuál es el más productivo en producción investigadora, cuál es el que ofrece más seguridad al paciente, cuál forma los alumnos de medicina y enfermería más destacados, cuál promueve una mayor satisfacción de pacientes, en dónde prefieren formarse y desarrollarse los profesionales, etcétera.

En cambio, a día de hoy, no hay datos objetivos fehacientes que avalen la superioridad de un modelo de gestión hospitalaria sobre otro, y las opiniones y juicios de valor que se vierten al respecto a diario a través de los medios de comunicación están sesgadas por ideología, pasión, intereses creados o ignorancia. Todavía se está a tiempo de rectificar. Hagámoslo, no es tan difícil.

Reforma estructural o parches de mercado



Guillermo Sierra, ex presidente de la Organización Médica Colegial.

Hasta que los gobernantes no se conviertan en filósofos, es decir, en personas movidas por el sentido de la justicia y con la suficiente sabiduría para solucionar los asuntos prácticos, no se pondrá fin a los males de los hombres. Esta fue una de las reflexiones a las que llegó Platón.

El diario oficial de la Unión Europea publicó el Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre "Los derechos de los pacientes" aprobado por 108 votos a favor, ninguno en contra y dos abstenciones.

Podemos leer textualmente en el dictamen que los derechos de los pacientes dependen de la calidad del sistema sanitario y de la organización de la asistencia al paciente, así como del comportamiento y cooperación de los profesionales de la salud y de los propios pacientes.

Estos derechos, basados en la Carta Europea (artículo 35), fueron investigados por organizaciones de ciudadanos en catorce países de la Unión Europea y llegaron a la conclusión de que varían considerablemente de unos países a otros, lo que cuestiona el compromiso de la Comisión Europea de garantizar a los ciudadanos europeos un acceso efectivo a los servicios sanitarios sustentado en el principio de solidaridad.

El Comité Económico y Social Europeo llama la atención sobre la importancia de respetar los derechos de los pacientes —con especial consideración a la igualdad de oportunidades a la hora de beneficiarse de una asistencia de calidad—, para lo que es fundamental la estructuración del sistema político y social de cada país y en nuestro caso de cada autonomía. De ahí la importancia de no dar saltos en el vacío ni hacer experimentos sin abordar previamente una reflexión profunda y mucho menos tomar decisiones sin considerar el criterio de los agentes implicados. Esta es la sabiduría que reclama Platón para resolver asuntos prácticos.

Se ha pasado de una confianza ciega a una confianza construida. Se ha pasado a una situación que exige un ambiente idóneo para la información y para el consentimiento, un ambiente idóneo para respetar el derecho a la dignidad del paciente, cuyo mayor enemigo es la masificación. Para ir construyendo esta confianza es imprescindible disponer de tiempo y rechazar de forma contundente la burocracia que impide la disponibilidad para comunicarse con sosiego, pues dicho sosiego no existe en un ambiente de sobrecarga asistencial.

Ante esta situación se saca el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, pudiéndose leer en la exposición de motivos lo siguiente:

“Las comunidades autónomas, en el marco de sus respectivas competencias, han extendido el derecho de cobertura sanitaria de forma muy diversa sin tener en cuenta la legislación europea en materia de aseguramiento, poniendo en riesgo la solvencia del propio Sistema Nacional y abocándolo a procedimientos de infracción por parte de la Comisión Europea que reclama la aplicación efectiva del principio de igualdad de trato”.

Reconociendo el Gobierno que la mala gestión está en las Autonomías y reconociendo algunos consejeros su incapacidad, al tener que recurrir a la gestión privada ¿no sería preceptivo la dimisión de estos consejeros antes de recortar los recursos humanos, materiales y técnicos, lo que va a incidir en una disminución de la calidad asistencial, quebrando los derechos de los pacientes? ¿no sería más conveniente hacer una reforma estructural respetando lo que funciona bien y negociándola con los profesionales, antes de hacer elucubraciones sin demostración científica?

Posiblemente, en estos momentos difíciles en los que todos tenemos que arrimar el hombro, la sociedad prefiera revisar la financiación de los partidos políticos, de los sindicatos, de la banca, las pensiones de los parlamentarios, las funciones y costes del Senado, el número de políticos, las prebendas de estos y de sus asesores etcétera, antes que la gestión pública de los hospitales. Es decir, una reforma estructural sería, consensuada antes que parches ideológicos mercantiles, olvidando que la sanidad debe ser sostenible y no debe ser rentable.

La unión hace la fuerza



Javier Subiza Garrido-Lestache, director del Centro de Asma y Alergia Subiza (Madrid).

Todos hemos oído alguna vez la frase “la unión hace la fuerza”, la cual demuestra la gran importancia de estar unidos para ser más fuertes y competitivos. Esta frase ahora más que nunca cobra importancia en un momento de crisis, donde los dirigentes europeos son conscientes de que una Europa desunida no podría hacer frente al resto de sus macrocompetidores en el resto del mundo. Sin embargo, a veces tengo la impresión de que en España seguimos sin enterarnos de la importancia que tiene la unión de todos y no estoy pensando solo en la locura independentista que prima ahora en Cataluña, sino en la absurda descentralización de la Sanidad que ha supuesto un inevitable incremento de su coste a todos los niveles; un claro ejemplo sería en la compra de aparataje y fungibles a sus proveedores.

La descentralización, la universalidad sin control (aquí hemos estado operando gratis a todo el mundo), el envejecimiento de la población, los avances tecnológicos que implican técnicas mejores pero también más caras y, por si fuera poco, una crisis económica sin precedentes hacen que nuestro Sistema Nacional de Salud tal como lo tenemos ahora sea inasumible.

Hay que ahorrar y el ahorro puede venir no bajando la calidad sino aumentando la rentabilidad. ¿Cómo?

- Volviendo a un Sistema Nacional de Salud que realmente sea Nacional y unido y no regional y desunido como es ahora.
- Con una unión de esfuerzos entre la medicina pública y la medicina privada.
- Favoreciendo fiscalmente a los ciudadanos que deciden usar su seguro privado médico en lugar de su tarjeta sanitaria, pues ello supone un ahorro al Estado.
- Evitando la duplicidad de estudios. ¿Si un paciente ha sido ya estudiado en un centro privado competente, por qué hay que repetir por sistema el mismo estudio en un centro público?
- Permitiendo que las recetas de los médicos privados sean válidas en el SNS, ello evitaría el peregrinaje de los enfermos privados a la seguridad Social, repitiendo costosos estudios (que ahora sí pagamos todos).

En definitiva, colaboración y no rivalidad, unión y no unión entre ambas medicinas, pública y privada.

Go West, young man!



Luis Truchado, socio director de Voyer Iberoamérica.

Go West, young man! Esta fue una consigna de emigración en Estados Unidos en el siglo XIX, cuando la acumulación de europeos en la costa este hacía recomendable repoblar California y los estados del *midwest*. Aquellas imágenes resultan evocadoras, pero el fenómeno migratorio actual en España es muy diferente. Si los que se iban entonces lo hacían por no tener alternativas y contaban con poca información sobre

su destino, nuestros *white collar* actuales no se parecen socio-laboralmente. Son ejecutivos con experiencia directiva; médicos, licenciados/as en Ciencias de la Salud, con máster y estudios de postgrado, y además, dominando idiomas. Se va lo mejor de cada casa.

Están acostumbrados a manejar alternativas: han cambiado de trabajo varias veces, quizá de sector (público/privado), han viajado, etcétera. Han podido elegir entre varias posibilidades socio-laborales y buscan algo similar a aquellos tatarabuelos y que en nuestro país escasea: trabajo. Trabajo estable, de calidad y a ser posible, con reconocimiento.

La reciente partida el pasado septiembre del Dr. Josep Baselga para dirigir el Sloan-Kettering Centre de Nueva York ha sido la más mediática –y quizá paradigmática– de bastantes traslados en dirección Oeste. La industria privada está ofreciendo también otro modelo: la expatriación como recompensa tras una carrera ascendente. Aceptando que España siga siendo el quinto mercado de Biotecnología/Farma de Europa, es relativamente frecuente que tras un desempeño destacado, a

nuestros directivos brillantes se les “quede pequeña” Iberia y les reclamen de internacional, para asumir retos mayores.

Desde hace tiempo, desde España se mantiene un goteo constante de 40.000 españoles que se dirigen anualmente hacia el norte: al Reino Unido, Francia, Alemania, etcétera. donde la cercanía de encontrarse a un par de horas de avión hace que no se perciba la estancia profesional como emigración. Paradójicamente, en América Latina se mantiene un alto desempleo en mano de obra poco cualificada con una endémica escasez de directivos y expertos cualificados. Probablemente, catalizado por la crisis, Iberoamérica ha entrado en el circuito de la expatriación, que antes se restringía a EEUU y Europa.

En los últimos años, directivos españoles del sector de la Salud (Farmacéuticas, Electromedicina, Gestión Hospitalaria y Biotecnología) han asumido responsabilidades con base en Miami, Ecuador, México DF, Sao Paulo, Buenos Aires, Santiago, etcétera. Y la mayoría de ellos refieren esa estancia como enriquecedora y profesionalmente fascinante.

Desde nuestra perspectiva de más de 20 años como Consultores de Búsqueda de Directivos (*headhunters*) especializados en el Sector Salud, nuestro trabajo se puede definir como “llevar el talento allí donde se necesita”. En estos tiempos que estamos viviendo, nuestra recomendación a muchos directivos españoles de éxito es que miren hacia el otro lado del Atlántico como destino preferente para esta década.

La salud de nuestros hijos está en juego



Gabriel Uguet Adrover, presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas.

Un año atrás en este mismo medio pedía que los políticos apostasen de manera clara por la colaboración del sector privado para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario español. Por desgracia, un año más tarde, la mayoría de Comunidades Autónomas han hecho muy poco en este sentido y solo unos pocos políticos han sido lo suficientemente valientes para realizar cambios significativos en el sistema sanitario que apuesten por la eficiencia y por el ahorro. En toda regla

hay excepciones y en este caso como ciudadano doy las gracias y la enhorabuena a las Comunidades Autónomas de Madrid y Castilla La Mancha, ya que ambas comunidades en un acto de valentía y honradez han anunciado su apuesta por un cambio de modelo que garantizará que sus ciudadanos puedan seguir disfrutando de una sanidad pública universal y gratuita.

Ambas comunidades, gracias al liderazgo de políticos de la talla de Cospedal y González, acompañados por unos grandes Consejeros de Salud como Echaniz y Lasquetty, en un acto de responsabilidad han dado un paso al frente aceptando ser el blanco de críticas poco fundamentadas y partidistas de políticos y sindicatos que buscan el rédito político a corto plazo y no el bienestar de los ciudadanos de este país.

No pierdo la esperanza en que durante el año 2013 otras Comunidades sigan su camino, ya que solo la potenciación de la colaboración entre el sector sanitario privado y público puede garantizar la sostenibilidad del sistema. Esta colaboración no solo debe basarse en cambios de gestión en algunos hospitales de titularidad pública sino que debe potenciarse la concertación con los centros sanitarios privados, la extensión del modelo Muface a otros colectivos y la desgravación fiscal del gasto sanitario privado. Estas tres formas de colaboración son fundamentales para la sostenibilidad del sistema y por ello la Administración Pública debe hacer una apuesta clara por la misma. Del mismo modo, la desgravación del gasto sanitario privado ayudaría a una mayor transparencia fiscal de ciertos profesionales, a pesar de que sin ningún tipo de dudas el sector es uno de los sectores con mayor transparencia fiscal del país. La obligada transposición de la Directiva Transfronteriza durante este año 2013 será una gran oportunidad para el sector y debería ayudar para que el Estado apueste de manera clara por la desgravación fiscal de los gastos sanitarios privados.

Por todo lo anterior espero y deseo que los políticos de este país aparquen la demagogia barata y apuesten por una mayor colaboración sanitaria pública-privada ya que mis hijos, vuestros hijos y sus hijos se merecen seguir disfrutando de una sistema sanitario gratuito y universal.

Un cambio necesario



Mario Utrilla Trinidad, secretario general de la Sociedad Española de Gerencia y Gestión Odontológica (SEGGO).

La actual crisis económica también ha hecho mella en el sector de la odontología. Los pacientes, acuciados por la presión fiscal y los recortes económicos, han comenzado a dejar de acudir a las clínicas dentales a realizar la periódica revisión necesaria de su salud bucodental o posponen sus tratamientos más allá de los límites acertadamente recomendados por su dentista.

Pero no debemos conformarnos con echar la culpa a la grave situación económica mundial. Tenemos que realizar un ejercicio de autocrítica y reflexionar sobre cómo no hemos sido capaces de fomentar en la opinión pública una mejor valoración de la importancia de acudir regularmente al dentista durante la época de bonanza previa a la actual situación.

Hay que mirar hacia delante y orientar nuestro ejercicio profesional hacia el paciente, satisfaciendo sus necesidades tanto de cuidados médicos como de prestación de servicios. Debemos proyectar nuestras consultas hacia el exterior, y no hacia el interior, para así motivar a la población a valorar la importancia de su salud bucodental y estimular su demanda. En definitiva, centrarnos en nuestros pacientes, verdaderos protagonistas de nuestro ejercicio profesional.