



Foro

de la **Profesión Médica**

PROPUESTAS PARA LA SOSTENIBILIDAD
Y MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

<http://forumprofessiomedica.comb.cat>

FORO DE LA PROFESIÓN MÉDICA

PROPUESTAS PARA LA SOSTENIBILIDAD
Y MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Índice

1. Preámbulo	5
2. Metodología	9
3. Síntesis	15
4. Conclusiones por ámbitos	19
4.1. Hospitales	19
4.2. Atención primaria	25
4.3. Sociosanitaria	30
4.4. Salud mental	35
4.5. Docencia y formación	38
4.6. Investigación e innovación	40
5. Participantes en los grupos de trabajo	44
6. Documentos con las propuestas de los grupos de trabajo: http://forumprofessiomedica.comb.cat	

Edita: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Coordinación: Elvira Bisbe Vives
Lurdes Alonso Vallès
Dolors Quera Aymà
Lluís Albaigès Sans
Antònia Sans Boix
Xavier Bonfill Cosp

Jaume Padrós Selma
Marc Soler Fàbregas
Anna Mitjans Garcés

Informe editado en noviembre de 2011

1. Preámbulo

PARA LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO

La sanidad es uno de los elementos básicos de lo que se ha denominado el estado del bienestar y, en los países desarrollados, una parte muy importante, si no la que más, del presupuesto público (en Cataluña supone el 38%).

Ya desde hace unas décadas nace, en los países más previsoros, la preocupación por la situación económica y financiera de los sistemas de salud, debido al aumento continuado de los gastos, atribuible a varios factores, esencialmente demográficos, tecnológicos y sociológicos. Esta preocupación conduce a intentos de racionalización del gasto e investigación de la eficiencia (Oregón, Nueva Zelanda, Suecia, Holanda, Noruega, etc.), la mayoría en la década de los noventa, basados en la revisión de las carteras de servicios, la priorización y en algunos casos el copago, iniciativas que no siempre han contado con la participación de los profesionales de la salud.

El estallido de la grave crisis económica actual que, con la caída de las actividades económicas, ha introducido mayor presión en las instituciones y los estados, ha colocado los sistemas de salud, especialmente en los países menos previsoros como el nuestro, en una situación más delicada, dado que el sistema estaba ya infrafinanciado. Esta situación conduce forzosamente a tomar medidas de emergencia con objeto de hacer el sistema sostenible mediante políticas de austeridad.

Pero el problema de nuestro sistema sanitario es más profundo, viene de más lejos. La crisis económica ha sido el desencadenante de lo que hace tiempo se veía venir, la gota de agua que llena el vaso y lo hace derramar. Y esto ha sido, en diferentes proporciones, responsabilidad de todos. Sabemos que se ha gastado más allá del presupuesto público: los gobernantes han ofrecido unas expectativas sin límites, los profesionales de la sanidad a menudo desatendiendo las consecuencias económicas de nuestras decisiones y los usuarios con frecuencia haciendo un uso inadecuado y excesivo de las prestaciones. Unos más que otros, pero todos responsables, cada cual en su ámbito, de hacer esfuerzos para enderezar la situación.

De aquí, pues, esta iniciativa de la Junta de Gobierno del COMB de elaborar un informe de las medidas para gastar mejor en los diferentes ámbitos de nuestra actividad asistencial, así como en docencia y formación e investigación e innovación. Por un lado, es obvio que los profesionales sanitarios, y en este caso los médicos, sabemos que hay oportunidades para la mejora de la eficiencia y, por otro lado, entendemos que las autoridades sanitarias harían bien en confiar a los profesionales y a sus instituciones, cuando adquieren un compromiso en pro de la calidad y del sostenimiento del sistema.

Toda crisis, sin embargo, comporta una oportunidad, tanto por el hecho que obliga a analizar como se hacen las cosas, como por el hecho de que el análisis hace descubrir posibilidades de mejora en ámbitos complementarios o no directamente relacionados con el motivo del análisis. Al tomar, pues, la crisis como una oportunidad, es muy probable que tengamos ocasión no sólo de mejorar los indicadores económicos sino también de enderezar algunas carencias del sistema; por ejemplo, la participación de los médicos en la gestión de las instituciones.

Existe un consenso académico internacional según el cual es del todo necesaria la participación e implicación de los médicos para conseguir la sostenibilidad del sistema sanitario. Para que esto sea posible es necesario que la Administración, gestores y profesionales pongan en marcha un proceso de trabajo en común, basado imprescindiblemente en la confianza mutua, que no se detenga en el objetivo inmediato del ahorro ahora imprescindible, sino que apunte a fórmulas imaginativas de gestión compartida, garantía de un buen funcionamiento a largo plazo. Implicados en la gestión de nuestras instituciones, el papel del médico debe ser capital para garantizar la sostenibilidad y la calidad del sistema, a la vez que, con o sin crisis económica, para definir y defender aquello que es irrenunciable.

Y, ¿qué es irrenunciable? En primer lugar, la financiación del sistema público de salud. Este es un bien conseguido y construido entre todos, implantado en nuestra sociedad sin marcha atrás y enmarcado en el concepto más elemental de justicia social. El modelo podrá ser objeto de análisis, de reformas para mejorar su eficiencia, de definición de la cartera de servicios, de establecimiento de prioridades y, si conviene, de introducción de mecanismos para favorecer la utilización responsable y la corresponsabilización de la población, pero las características de sistema público, equitativo y universal, son irrenunciables.

En segundo lugar, tampoco podemos renunciar al mantenimiento y mejora de la relación médico-enfermo, tanto desde el punto de vista de la efectividad como de la afectividad. Cualquier recorte presupuestario no debe poder afectar las condiciones idóneas para que el médico pueda desarrollar su tarea de manera eficaz (efectividad) y humanista (afectividad: altruismo, compasión, diálogo, información), que genere aquello que es imprescindible en la relación médico-enfermo: la confianza. Estas son las dos variables que definen la calidad asistencial, tanto la calidad objetiva como la percibida. Al faltar una de las dos, el acto médico no será completo. Se dice, y con razón, que la cordial relación paciente-médico es uno de los más eficaces "fármacos" del cual no deberíamos prescindir.

En tercer lugar, también son irrenunciables, sobre todo de cara al futuro, aquellas características del sistema que, pese a todas las dificultades, lo hacen atractivo para lo mejor de nuestra juventud. Nuestras instituciones están llenas de especialistas jóvenes y médicos y médicas en formación, que han sido estudiantes brillantes, que han escogido la carrera de Medicina cuando, con su nota de selectividad, hubieran podido optar por otras profesiones menos sacrificadas e incluso mejor retribuidas.

El sistema, con los salarios más bajos de los países de nuestro entorno, les ha ofrecido, sin embargo, otros atractivos, como una buena red de hospitales y de centros de asistencia primaria donde llevar a

cabo su actividad asistencial de forma satisfactoria, un buen sistema de formación de especialistas, siempre susceptible de ser mejorado, y la posibilidad de ejercer actividades académicas a través de la docencia y la investigación. Los jóvenes médicos y médicas son el futuro de nuestra Medicina y de nuestro sistema de salud. Los ajustes presupuestarios no deben malograr la calidad de la formación de los médicos jóvenes ni sus posibilidades de desarrollo profesional. Sería derrochar lo que se ha conseguido y, peor todavía, enterrar el futuro.

Por lo tanto, cualquier recorte que pudiera malograr gravemente algunos de los puntos anteriores sería inaceptable. Es necesario insistir, sin embargo, en la responsabilidad de todos los colectivos que intervienen en el sistema (políticos, gestores, profesionales y usuarios), más exigible sin duda de arriba abajo, para asegurar su continuidad y mejora. Para aprovechar la oportunidad, serán necesarias, sin duda, imaginación y voluntad política y por parte de los médicos potenciar el profesionalismo, en definitiva: compromiso, liderazgo y adaptación a los cambios.

2. Metodología

Este trabajo ha sido el resultado de la colaboración e implicación de más de 300 médicos de la red pública, que han participado presencialmente y/o como consultores online en los 26 grupos de trabajo que se han puesto en funcionamiento para conseguir los objetivos del Foro de la Profesión Médica.

2.1. Participantes

Se ha invitado a participar a compañeros de los siguientes colectivos:

- compromisarios del COMB,
- médicos que participan en el Observatorio de la Profesión del COMB,
- médicos a quienes el COMB ha otorgado el Premio de Excelencia,
- miembros de la sección de hospitales,
- miembros de la sección de atención primaria,
- miembros de la sección de sociosanitarios,
- miembros de la sección de psiquiatría,
- sociedades científicas,
- profesionales de relieve a propuesta de los miembros de la Junta de Gobierno, coordinadores de los grupos de trabajo u otros participantes.

También comunicamos la iniciativa a través de la web del COMB y se hizo un llamamiento a todo aquel que quisiera participar.

Como resultado de esta amplia difusión, hemos conseguido la participación de 325 médicos de todos los perfiles:

- de hospitales de todos los niveles,
- de centros de primaria,

- de centros sociosanitarios,
- de centros de salud mental,
- con y sin responsabilidad organizativa o de gestión,
- de áreas médicas, quirúrgicas o de servicios centrales,
- de las coordinaciones de docencia,
- de institutos de investigación,
- de centros urbanos y rurales,
- de diferentes organizaciones y centros proveedores.

2.2. Ámbitos y grupos de trabajo

A continuación señalamos los grupos de trabajo de los diferentes ámbitos. En el apartado 5, se relacionan todos los participantes:

Ámbito de hospitales

Coordinadora: Dra. Elvira Bisbe

Grupo de trabajo	Coordinador
1 Gasto farmacéutico	Dr. Xavier Carné
2A Exploraciones complementarias: diagnóstico por la imagen	Dr. Lluís Donoso
2B Exploraciones complementarias: laboratorio	Dr. Josep Lluís Bedini
3 Material fungible y prótesis	Dr. Enric Cáceres Dr. Enric Roche
4 Indicaciones terapéuticas	Dr. Màrius Morlans
5A Organización/estructura: relación entre hospitales (terciarismo, sinergias, cartera de servicios)	Dr. Jaume Roigé Dr. Felip Bory
5B Organización/estructura: el hospital en el modelo sanitario catalán (desburocratización, recursos humanos, modelo de guardia, roles profesionales)	Dra. Carmen Gomar Dra. Roser Garcia Guasch

Ámbito de atención primaria

Coordinadora: Dra. Lurdes Alonso

Grupo de trabajo	Coordinador
1AB Prescripción: farmacia y pruebas complementarias	Dr. Jaume Sellarès Dr. Manel Borrell Dr. August Anguita
1C Prescripción: incapacidad transitoria (IT)	Dr. Jaume Sellarès Dra. Àngels López
2 Gestión de equipos y autonomía de gestión	Dra. Mireia Sans
3 Coordinación con otros niveles	Dr. Josep M. Benet Dra. Roser Marquet
4A Medicalización: prevención y hábitos saludables	Dra. Lurdes Alonso Dr. Ramon Ciurana
4B Medicalización: obstinación terapéutica	Dra. Lurdes Alonso Dra. Yolanda Herreros
4C Medicalización: desburocratización	Dra. Lurdes Alonso Dr. Roger Badia
5 Pediatría	Dra. Lurdes Alonso Dra. M. Carmen Monzón

Ámbito sociosanitario

Coordinadora: Dra. Dolors Quera

Grupo de trabajo	Coordinador
1 Coordinación entre niveles/transiciones: hospitales, media y larga estancia, residencias, atención primaria	Dr. Pau Sánchez
2 Indicaciones terapéuticas: adecuación del esfuerzo terapéutico, final de la vida	Dr. Benito Fontecha
3 Prescripción farmacéutica: polifarmacia	Dr. Ramon Cristòfol
4 TIC: impacto en el gasto	Dr. Antonio Yuste Marco
5 Servicios sociales y dependencia	Dr. Joan Cunill

Ámbito de salud mental

Coordinador: Dr. Lluís Albaigès

Grupo de trabajo	Coordinador
A Gestión integral, territorialización y liderazgo	Dr. Pep Fàbregas Dr. Diego Palao
B Prescripción, fármacos, psicoterapias, cartera de servicios	Dr. Lluís Mauri Dr. Víctor Pérez
C Coordinación y programas asistenciales	Dr. Lluís Lalucat Dr. Lluís Albaigès
D Modelo asistencial, formación y gestión global	Dr. Lluís Albaigès Dr. Lluís Isern

También se crearon dos grupos transversales de todos los ámbitos:

Grupo de trabajo	Coordinador
25 Docencia y formación	Dra. Antònia Sans
26 Investigación e innovación	Dr. Xavier Bonfill

2.3. Elaboración de los documentos de propuestas

2.3.1. Documentos de los grupos de trabajo

Cada grupo de trabajo ha llevado a cabo las reuniones que ha creído oportunas para desarrollar el encargo en el área asignada y consensuar las propuestas. También se ha promovido el trabajo online para implicar a más profesionales relacionados con el ámbito y tema del grupo de trabajo.

A cada grupo de trabajo se le pidió que desarrollara sus propuestas de mejora del sistema sanitario siguiendo el siguiente esquema para cada una de ellas:

- Enunciado.
- Argumentación:
 - Procedimientos para llevarla a cabo.
 - Ventajas.
 - Inconvenientes.

- Valoración¹:
 - Impacto en el gasto.
 - Facilidad de implementación.
 - Tiempo necesario.

En <http://forumprofessiomedica.comb.cat> se encuentran las propuestas de todos los grupos de trabajo.

2.3.2. Documento de conclusiones de ámbito

Por otro lado, el coordinador de cada ámbito ha elaborado unas conclusiones de todos sus grupos de trabajo, consensuadas por todos los participantes y haciendo un esfuerzo de síntesis en las siguientes líneas:

- Introducción sobre la situación de crisis en el ámbito correspondiente.
- Propuestas:
 - ¿Qué podemos hacer los profesionales?
 - ¿En qué necesitaríamos que cambiaran las organizaciones sanitarias? ¿Cómo debería de ser la gestión en estas organizaciones?
 - ¿Y el sistema sanitario? ¿Qué cambios políticos serían necesarios?
 - Otras

Se han puesto en contacto grupos de trabajo intra y entre ámbitos para ajustar, si era posible, las propuestas en los puntos donde había diversidad de pareceres. Aun así, hay algunas (pocas) propuestas en las cuales debido a la diversidad de intereses esto no se ha conseguido.

¹ Valoración ponderada en 3 grados sobre el que supone en:

- reducción del gasto (mucho (A), medio (B), poco (C))
- facilidad de implementación (fácil (A), regular (B), difícil (C))
- tiempo (corto (A), medio (B), largo plazo (C))

3. Síntesis

El trabajo que ha elaborado el Foro de la Profesión Médica está realizado por los médicos que prestan servicios asistenciales en el sistema sanitario público. Es decir, por médicos y médicas que trabajan en la práctica clínica. Desde esta perspectiva pretende, cómo podréis comprobar en el enlace a la web del COMB (<http://forumprofessiomedica.comb.cat>) con los documentos de los 26 grupos de trabajo, aportar diferentes experiencias sobre el terreno de lo que se puede hacer para racionalizar el gasto y utilizar mejor los recursos de que disponemos. En este documento trataremos de hacer una síntesis de los temas que creemos que son más relevantes y que aparecen en la mayoría de los documentos aportados por los grupos de trabajo.

Hemos trabajado para identificar cuáles son los problemas más importantes, huyendo de la anécdota y tratando de aportar posibles soluciones. En este análisis, a lo largo del documento, hemos ordenado los temas según sobre quien recae la mayor responsabilidad de proponer soluciones, aunque como podréis comprobar los problemas y las propuestas de soluciones no son exclusivas de ningún grupo profesional y afectan tanto a los médicos, los gestores, los responsables políticos y los ciudadanos. En cualquier caso los médicos, con más o menos responsabilidades, queremos participar y comprometernos en la búsqueda de soluciones, entendiendo que estamos en un entorno cambiante y que hará falta flexibilidad para poder avanzar.

En un entorno de envejecimiento de la población con pluripatología, de cronificación de la enfermedad, de necesidad de innovación constante e incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, será muy difícil disminuir los recursos que se destinan a sanidad. En este contexto entendemos que hará falta redistribuir los recursos y priorizar allí donde vemos que podemos aportar el máximo beneficio al menor coste posible. Para hacerlo hará falta un esfuerzo por parte de todos y romper los compartimentos estancos de la organización de nuestro sistema sanitario.

En este marco, los diferentes grupos han trabajado en:

1- Gestión eficiente de los recursos en el equipo asistencial

- Se basa en la gestión clínica y la mejora de la información, de forma que permita conocer a los médicos el nivel de gasto de su actividad y puedan actuar con criterios de coste-eficiencia.
- Revisar algunas prestaciones sanitarias en función de la evidencia científica disponible y el mejor coste-efectividad.

- La redefinición de los roles de los componentes del equipo asistencial, médicos, enfermeras y personal no sanitario, ajustando las actividades a las competencias de los diferentes profesionales y estableciendo mecanismos explícitos de delegación de actividades dentro de cada equipo asistencial.
- En los diferentes niveles asistenciales, potenciar la atención domiciliaria.
- Un aspecto fundamental es el manejo del paciente crónico y su coordinación en los diferentes niveles asistenciales con especial incidencia en el gasto diagnóstico y de tratamiento. Es importante que, en función de la patología y del pronóstico del paciente, el sistema sanitario incentive el nivel asistencial donde debe ser atendido mediante un nuevo sistema de pago que permita a las organizaciones y a los profesionales colaborar y ser más eficientes.

2- Cómo mejorar la motivación y promover el profesionalismo

- Incentivar el profesionalismo, es decir, el compromiso con el paciente y con la organización, la autonomía profesional, la excelencia, el liderazgo, la flexibilidad y adaptación a las necesidades sociales y la capacidad de gestión.
- Fomentar la autonomía de gestión para llegar a los máximos niveles de autogestión cuando las condiciones del equipo y la organización lo permitan en los diferentes ámbitos asistenciales.
- Promover cambios en el sistema de retribución de los médicos en relación con sus resultados cuantitativos y cualitativos. No retribuir por quien se es, sino por lo que se hace y los resultados. Facilitar la capacidad resolutoria de los médicos y retribuir en consecuencia. Es imprescindible mejorar los sistemas de información.
- Facilitar la presencia de profesionales reconocidos en los órganos de gobierno de las empresas sanitarias.

3- La evaluación coste-efectividad en la práctica clínica

- Es necesario elaborar guías de práctica clínica basadas en la evidencia y coste-efectividad y llegar a acuerdos entre niveles asistenciales por grupos de pacientes y patologías.
- Es necesario desarrollar e instaurar comisiones de evaluación de resultados clínicos que sean independientes. Es necesario promover agencias de evaluación técnicas y de carácter independiente y vinculante con especial incidencia en el ámbito del medicamento y de las nuevas tecnologías que velen por criterios de efectividad, utilidad y oportunidad.

4- Formación médica, eje de la calidad del sistema sanitario

- Es imprescindible planificar las necesidades de especialistas a formar en el sistema público de salud en función de las necesidades de salud de la población.
- Es necesario incorporar a la formación especializada y continuada elementos de gestión clínica y utilización eficiente de los recursos con criterios éticos. También es necesario fomentar el espíritu innovador y de "rendir cuentas".
- Los responsables de formación de los centros deben participar activamente en la dirección del centro y deben ser evaluados por sus resultados.

- Es necesario aumentar el reconocimiento del valor del formador y recompensar el esfuerzo de acuerdo con los resultados.
- Es necesario redefinir la formación especializada con la incorporación de la troncalidad, un nuevo sistema de organización de los residentes en los centros y que amplíe el acceso formativo del residente fuera de su centro. La planificación formativa se debe realizar en el ámbito de la unidad docente que agrupa diferentes centros y niveles asistenciales.
- Es necesario incorporar nuevas tecnologías docentes que permitan una ampliación de horizontes formativos.

5- Investigación e innovación, presente y futuro

- No se puede dejar de impulsar la investigación y la innovación en tiempos de crisis económica, pero ésta nos obliga a ser más objetivos, explícitos, eficientes y comprometidos éticamente en la utilización de los recursos disponibles.
- Es necesario establecer objetivos de investigación e innovación del sistema sanitario, en los cuales será necesario priorizar los posibles proyectos a partir de las necesidades de salud de los ciudadanos y pacientes y la posible contribución complementaria de la financiación privada.
- Es necesario crear o potenciar las redes de investigación y de innovación biomédica que permitan la canalización de las mejores propuestas, la suma de esfuerzos y la participación integrada de centros y profesionales.
- Es necesario priorizar la investigación sobre la eficacia, efectividad y coste-efectividad tanto de los fármacos como de los otros procedimientos terapéuticos o diagnósticos y a la vez promover la incorporación de aquellas innovaciones que hayan demostrado su valor añadido.
- Es necesario que exista una evaluación continuada de las actividades de investigación e innovación que tenga en cuenta los resultados logrados y las nuevas necesidades u oportunidades.

6- Coordinación entre niveles asistenciales

- Las TIC tienen que facilitar el acceso a la libre elección del paciente tanto del médico de familia como del especialista.
- Uno de los temas de más consenso entre los diferentes grupos de trabajo es la necesidad de mejorar la coordinación entre los profesionales y entre las organizaciones. Es imprescindible compartir un sistema compatible de información en todo el sistema sanitario que incorpore la historia clínica única y la carpeta de salud del paciente.
- En el caso de pacientes con multimorbilidad es necesario abordar de manera decidida y conjunta los diferentes dispositivos asistenciales y sociales.
- En pacientes terminales es necesaria la integración de todos los equipos a fin y efecto de optimizar los ingresos en los hospitales y mejorar la respuesta efectiva en el domicilio.
- En el caso concreto del proceso terapéutico del paciente crónico, es necesario continuar insistiendo en la coordinación de todos los actores para promover la seguridad clínica y evitar medicación innecesaria.

7- Nuevas formas de organización del sistema

- Incorporamos las ideas relacionadas con la organización territorial de los centros sanitarios que permita un circuito por enfermo con acceso, en tiempo real, a la información clínica y de costes del paciente. En concreto, en el caso de pruebas complementarias, este esfuerzo repercutirá en la mejor gestión de los recursos.
- Es necesario cambiar el sistema de pago de los centros para fomentar la coordinación y la evaluación de resultados. Sistemas como el pago per cápita (base poblacional) y la responsabilidad económica en la compra de servicios en la atención primaria deben servir para clarificar las responsabilidades de los centros y de los profesionales.

8- Concretar las prestaciones sanitarias de acuerdo con el coste-efectividad

- Es fundamental definir públicamente una cartera de servicios que permita que los ciudadanos/pacientes se muevan por el sistema conociendo cuáles son sus derechos y sus deberes. Con unas reglas de juego previamente definidas, que prevean que los recursos son limitados, es imprescindible que los profesionales apoyados por sistemas de evaluación independientes puedan decidir qué prestaciones son coste-efectivas y cuáles no.
- Con respecto a la incorporación de nuevas tecnologías, innovaciones clínicas..., es necesario establecer mecanismos independientes de evaluación con los cuales se pueda medir su eficiencia teniendo en cuenta todo el proceso asistencial.
- Es necesario reordenar la actividad de alta complejidad, tecnificación y alto coste de acuerdo con criterios territoriales, de excelencia y de eficiencia. Los profesionales de los diferentes centros tendrán que ponerse de acuerdo en coordinarse y planificar los recursos pensando en la red territorial y no en su centro en concreto.

9- La participación del ciudadano

- Cualquier cambio debe contar con la participación del ciudadano y de los pacientes de forma que todos podamos participar en la definición de derechos y deberes.
- Es necesario fomentar medidas para que el ciudadano, con información, tenga un papel a la hora de gestionar su enfermedad y el mantenimiento de la salud, y la decisión sobre su corresponsabilización.
- En la actividad de la prevención es necesario evaluar qué programas, exploraciones, fármacos y actividades son prescindibles según la mejor evidencia científica y el análisis coste-beneficio.

10- Pacto de Estado para la sanidad. La política sanitaria como prioridad de las políticas públicas

- Es necesario que, igual que se hizo en el Pacto de Toledo para garantizar el sistema de pensiones, se produzca un gran pacto entre todas las fuerzas políticas, los agentes sociales, los profesionales y los ciudadanos, con el fin de preservar los principios de nuestro sistema sanitario y promover aquellos cambios que hagan viable su sostenibilidad.
- Hay que evitar utilizar de forma partidista los problemas actuales del sistema sanitario. El sistema sanitario ha sido uno de los ejes vertebradores de nuestro modelo social y de cohesión y, si se le somete a presiones ajenas al interés general, se puede hacer perder la confianza de los ciudadanos y de sus profesionales.

4. Conclusiones por ámbitos

4.1. Hospitales

4.1.1. Introducción

El ámbito hospitalario supone el 56%² del gasto sanitario en Cataluña. Podemos destacar que dentro del presupuesto de los hospitales, los recursos destinados a personal representan el 57% del total, la farmacia hospitalaria representa el 14% y el otro material sanitario el 8% (prótesis o implantes, por ejemplo).

Los profesionales sanitarios, sobre todo los médicos, son los gestores directos de los recursos que el sistema sanitario pone a su alcance, entre otras, las pruebas diagnósticas y las intervenciones terapéuticas. Por lo tanto, junto con los técnicos económicos, somos el colectivo que puede contribuir más a diseñar y ejecutar las medidas destinadas a la mejora de la eficiencia de los recursos limitados que se destinen a sanidad.

La grave crisis económica ha empeorado una situación ya conocida y advertida por los expertos, que es la falta de sostenibilidad del actual sistema público de salud. Son necesarias medidas urgentes pero también revisar el modelo y empezar a trabajar en aquellas medidas que pueden ayudar, en un futuro próximo, a la sostenibilidad y mantenimiento de la calidad del sistema público de salud en Cataluña.

La actual coyuntura de reducción del presupuesto sanitario con medidas de emergencia no siempre bien explicadas, pese a que han tenido un impacto muy importante en los profesionales -y no sólo salarial sino en cargas de trabajo, en puestos de trabajo y en condiciones de trabajo-, no han desanimado a los médicos de hospital a colaborar en la elaboración de un informe de las medidas de ahorro que creemos que se tendrían que aplicar en el ámbito hospitalario. Cada medida propuesta se analiza, se argumenta, se hace una breve descripción de cómo aplicarla y una evaluación ponderada sobre su impacto en el gasto y su facilidad o dificultad de implementación.

² Según "Salud en cifras 2009"; la atención hospitalaria representa el 56,1% del presupuesto del CatSalut/ICS el año 2009.

4.1.2. Propuestas

¿Qué podemos hacer los profesionales?

- Participar tanto en la gestión clínica como en definir el modelo sanitario futuro y la cartera de servicios. Es el momento de priorizar en aquellos tratamientos o exploraciones que aporten más valor para la salud y, para ello, hace falta un análisis técnico y profesional. Tendremos que definir los criterios de priorización clínica, reducir el exceso de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas que no mejoren la salud o el sufrimiento. También será necesario hacer pactos territoriales para concentrar la actividad compleja y establecer nuevos modelos de relación con la industria y otras entidades para mantener la innovación y la investigación.
- Elaborar guías clínicas basadas en la evidencia y en el coste-efectividad que incluyan el tiempo de espera razonable por procedimiento. Mejor promoverlas desde las mismas sociedades científicas para evitar trabajo duplicado y ayudar a un más amplio cumplimiento por parte de los centros y profesionales. Para que el impacto en el gasto sea significativo sería necesario que las conclusiones sirvieran para ayudar a redefinir la cartera de servicios.
- Tendremos que definir claramente los niveles de complejidad asistencial y los criterios de ingreso en cada nivel. Favorecer la coordinación entre niveles asistenciales para que el paciente tenga un único circuito.
- En algunos casos haría falta redefinir el rol del médico, de la enfermera y del gestor. El personal sanitario debe realizar sus tareas en función de su formación y responsabilidad. No es eficiente tener especialistas haciendo trabajos que no corresponden a su grado de experiencia o a su nivel profesional y capacidad de resolución.
- Debemos trabajar para utilizar los recursos terapéuticos de forma adecuada. Cada paciente es diferente, las medidas terapéuticas más adecuadas para un paciente determinado pueden no ser las habituales para la patología que presenta, según los protocolos o guías de práctica clínica. Hay que seguir trabajando en evitar actuaciones fútiles, sobre todo en enfermedades orgánicas crónicas en estado avanzado o neoplasias avanzadas.

¿En qué necesitaríamos que cambiaran las organizaciones?

- Fomentar la autonomía de gestión de los servicios y unidades multidisciplinares.
La gestión por procesos (vías clínicas) y la contabilidad analítica han demostrado ser clave para la gestión eficiente.
Favorecer la creación de equipos de trabajo asistencial autogestionados.
En el caso de los equipos quirúrgicos, permitir la capacidad de gestión de material fungible con precios máximos para decidir la casa comercial y los implantes más adecuados al mejor precio. También es importante la protocolización del uso de ciertos implantes, sobre todo en los procedimientos más prevalentes, para reducir la estancia hospitalaria y mejorar la calidad.

- Información del coste.
Tomar conciencia del valor de lo que hacemos es el primer paso en la mejora de uso de los recursos públicos. Una medida lógica y rápida es proporcionar información a los profesionales y también a los usuarios sobre el coste del tratamiento, procedimiento o de las pruebas diagnósticas.
- Con respecto a la evaluación de los resultados, es necesario desarrollar e implantar instrumentos de medición y evaluación que permitan comparar servicios, centros y regiones para detectar ineficiencias o iniquidades y poder corregir aquello que haga falta. Es imprescindible que el médico participe en la elaboración de la operativa y los resultados.

¿En qué debería cambiar el sistema sanitario?

- Redefinición del mapa sanitario catalán que integre diferentes niveles asistenciales.
Este es un punto común en muchos de los grupos de trabajo que considera esta la primera medida a proponer, puesto que la falta de conocimiento y comunicación entre profesionales hace que a menudo se inicie un proceso nuevo cada vez, con diferentes criterios de tratamiento, ingreso, etc., que no sólo afecta el coste sino también la calidad. Hace falta coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para un mismo enfermo (circuito único) con acceso a la misma información a tiempo real.
También esta medida es de aplicación en los servicios de exploraciones complementarias donde, por ejemplo, la ordenación y consolidación de los laboratorios de Cataluña con la integración de los diferentes niveles asistenciales tendría un importante impacto en el gasto. En este caso, una ventaja adicional sería que permitiría hacer estudios de eficiencia reales entre laboratorios o servicios de radiología que facilitarían optimizar la gestión y hacer Benchmarking.
- Sistemas de información compartida (historia clínica única).
Este punto va íntimamente ligado al anterior, es capital compartir información del paciente del territorio asignado. Un sistema de información integrado único que incluya la imagen médica. Esto puede evitar duplicidades de pruebas y procedimientos. Sería importante que las TIC se orienten a la gestión de la salud y no sólo a los costes de la asistencia. Esta medida puede aportar coherencia entre el conjunto de indicadores de la prescripción farmacológica, por ejemplo.
- Redefinir la cartera de servicios que puede ofrecer el sistema y cada centro (prestaciones del sistema público).
Existe un amplio consenso entre los diferentes grupos de trabajo que sería necesario revisar la actual cartera de servicios, no sólo en la priorización, sino también redefiniendo las indicaciones a financiar por el servicio público de salud. Se tendría que ajustar, en lo posible, a aquellos procedimientos (diagnósticos y terapéuticos) con suficiente evidencia científica y con mejor relación coste-efectividad.
Por eso hace falta, como hemos dicho en el primer punto y está ampliamente desarrollado en el grupo de "Investigación e Innovación," disponer de guías clínicas basadas en la evidencia, y

comenzar a desarrollar e implementar aquellas guías para las enfermedades más prevalentes y costosas.

- Agencias o comisiones de evaluación independientes (algunas ya existentes como la tecnológica o la de farmacia y terapéutica) pero, es importante que estén formadas sobre todo por personal de carácter técnico con participación de las sociedades científicas y que los análisis que hagan sean transparentes y objetivos. Lo más importante, sin embargo, es que las decisiones que se tomen sean vinculantes.
- Concentración del terciarismo.

Es necesaria la reordenación de la actividad de alta complejidad, tecnificación y elevado coste, y concentrarla en aquellos centros con mejor equipamiento y experiencia. Este es un punto capital, pero es necesario estudiar la demanda real en función de su población de referencia y hacer grupos de expertos de hospitales y sociedades científicas con el Catsalut, para definir la cartera de servicios de terciarismo para cada región sanitaria y/o hospital. Esto necesariamente nos obligará a redefinir las rotaciones de los médicos residentes para poder garantizar la formación. También sería interesante promover y facilitar alianzas estratégicas entre centros.

Este punto no sólo está relacionado con los procedimientos terapéuticos, sino también con las pruebas diagnósticas de alta complejidad (radiología intervencionista y pruebas de laboratorio de alta complejidad y baja frecuencia).

Para avanzar en este tema es imprescindible establecer nexos de colaboración y coordinación entre centros.

¿Qué cambios políticos serían necesarios?

- Buscar nuevas fuentes de financiación del sistema de salud.
- Cambios en las formas de retribución o incentivación de los profesionales. La mayor autonomía de gestión de los médicos, el aumento de productividad y su participación en mejorar la eficiencia del sistema debe ser valorada e incentivada. Siempre bajo los criterios de calidad del servicio prestado.
- Promover más autonomía en relación con el Gobierno del Estado en la definición de cartera de servicios públicos a financiar por el Catsalut basados en informes técnicos.
- Cambios necesarios para que las agencias de evaluación sean técnicas y con carácter vinculante.
- Favorecer la participación del ciudadano tanto en la toma de decisiones como en la redefinición de la cartera de servicios y en la corresponsabilidad del uso de los recursos sanitarios. También favorecer la formación para que tenga un papel más activo en la gestión de su enfermedad y en el mantenimiento de la salud.
- Evitar el uso de la sanidad con fines políticos. Es imprescindible evitar hacer política sanitaria para la obtención de la rentabilidad política de cada momento.

Otras medidas específicas de cada grupo

GRUPO 1 (gasto farmacéutico):

- Podría tener un importante impacto en el gasto farmacéutico disponer de una agencia técnica que de forma pública, transparente y con la participación, entre otras, del colectivo médico haga un análisis de coste-efectividad de los nuevos medicamentos y que tenga en cuenta su valor incremental respecto a las alternativas, para decidir el precio y si se financia por el sistema público de salud.

GRUPO 2A (diagnóstico por la imagen):

- Sería necesario que el radiólogo actuara de "gatekeeper" para evitar estudios innecesarios, colaborando de forma eficaz con los clínicos.
- Potenciar el uso de tecnologías híbridas para mejorar la eficiencia diagnóstica y disminuir la duplicidad de pruebas.
- Revisar la función del médico puesto que hay cosas que podría hacer el técnico o la enfermera. Esto hace necesario delimitar formalmente las competencias y ajustar la formación. En el marco de trabajo en equipo, también es necesario establecer criterios para delegar ciertas actividades.

GRUPO 2B (pruebas de laboratorio):

- Ordenación y consolidación de los laboratorios de Cataluña con la integración de diferentes niveles asistenciales.
- Aparte de la mencionada historia clínica compartida que permitiría a los profesionales de todos los niveles compartir y acceder a la información clínica de los pacientes, se propone compartir la información entre los profesionales de laboratorio. La base de datos común y accesible puede facilitar la modulación de las pruebas solicitadas, la asesoría diagnóstica o simplificar los circuitos de gestión de pruebas especiales.
- Gestión analítica de la demanda de pruebas de laboratorio (revisión crítica de los perfiles, consensuar intervalos mínimos de tiempo para solicitudes consecutivas de una misma prueba con sistemas de aviso al clínico, revisar las guías clínicas).

GRUPO 3 (prótesis y fungibles):

- La adquisición de tecnología basada en criterios de coste-eficacia y estudios de amortización.
- Determinados procedimientos se deben realizar en servicios con experiencia contrastada. Cuando son muy prevalentes (por ejemplo algunos tipos de prótesis en traumatología y oftalmología) los centros monográficos o especializados medianos pueden tener resultados equiparables a los terciarios, pero a más bajo coste.
- Adecuar los stocks a las necesidades reales.

GRUPO 4 (indicaciones terapéuticas):

- Nuevo modelo terapéutico que tenga más en cuenta los diferentes fines de la medicina. Estos no son sólo curar o sanar sino preservar la salud, aligerar el padecimiento tanto doloroso como emocional y cuidar de los incurables, esto quiere decir que los enfermos crónicos necesitan tanto los cuidados como los servicios sociales para los problemas no médicos. Evitar la muerte prematura, pero también, propiciar una muerte tranquila (retirada de medicamento de apoyo vital siguiendo criterios médicos y morales pensando que el tipo de vida sea aceptable para el paciente). Siempre teniendo en cuenta la participación del paciente y/o familiares.
- Garantizar la individualización de los tratamientos y la autonomía de los pacientes sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas en estado avanzado o neoplasias avanzadas, por ejemplo en neoplasias avanzadas la restricción de marcadores tumorales y pruebas de imagen para el seguimiento, aplicar la monoterapia secuencial, limitar la quimioterapia a los pacientes con buen estado funcional, excepto aquellos con enfermedad muy quimiosensible, etc.

GRUPO 5A (modelos de organización):

- Facilitar las sinergias entre centros. Es necesario incorporar nuevos sistemas de pago que permitan e incentiven la cooperación entre centros. A la vez, es necesario retribuir a los profesionales según sus resultados.

GRUPO 5B (estructura y organización: Recursos humanos, organización UCIES y guardias)

- Potenciar las alternativas a la hospitalización convencional como es el caso de la hospitalización a domicilio.
- Definición de la cartera de servicios de urgencia de cada institución o dispositivo, sobre todo de las unidades de asistencia al enfermo grave. Esto definirá el personal de guardia necesario.
- Reorganización de las guardias.
- Estrecha colaboración entre diferentes niveles asistenciales.

4.2. Atención primaria

4.2.1. Introducción

La atención primaria y especialmente sus profesionales tenemos un compromiso con el mantenimiento y mejora de la solvencia y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario público y lo queremos seguir ejerciendo especialmente en los momentos de dificultades económicas.

Partimos de una situación con buenos resultados de salud, una alta accesibilidad y un excelente nivel de resolución, que ha sido trabajo de muchos médicos y médicas y de un amplio grupo de profesionales de la salud, pero también del apoyo y la confianza de los usuarios que año tras año, pese a los cambios y las crisis, mantienen una muy alta valoración de la atención primaria. También ha contribuido al éxito de nuestra atención primaria el trabajo conjunto y multidisciplinar en centros de salud, situación organizativa inmejorable que ha sido una ventaja competitiva respecto a otros sistemas de nuestro entorno.

Conscientes de la necesidad de adaptarnos rápidamente al entorno cambiante, un amplio grupo de médicos y médicas de atención primaria, siguiendo el llamamiento del COMB, hemos analizado, con rigor y con amplitud de miras, qué podíamos hacer nosotros para contribuir a los esfuerzos de contención que el presente nos pide y para consolidar y hacer todavía más eficiente y sostenible la atención primaria.

Y lo hemos hecho mirando también al futuro de un sistema sanitario que deberá dar más responsabilidad y más recursos a la atención primaria. Otros países ya lo han hecho y han tenido resultados muy positivos.

La sostenibilidad del sistema es tarea de todos, cada uno de nosotros puede participar activamente en su ámbito de responsabilidad, desde la consulta del médico de familia y de pediatría, en la ciudad o en el ámbito rural, en centros docentes o consultorios locales, desde responsabilidades de gestión o desde las unidades de apoyo a la AP.

El abanico de la AP es muy amplio y en el futuro todavía lo será más, con más profesionales, más interdisciplinar, más tecnología, más participación y más compromiso con los resultados.

La sostenibilidad implica cambios y asumir más compromisos. Lo haremos desde los valores del profesionalismo, con más autonomía, asumiendo riesgos, manteniéndonos competentes, velando por la formación de las nuevas generaciones con calidad y junto a la universidad y preservando y mejorando la confianza de los pacientes como el valor más importante en la relación médico paciente.

La actual asignación de recursos en AP es baja y no crece, más bien disminuye en porcentaje. Es necesario replantear la nueva financiación, en especial la asignación en AP, a partir de un gran pacto político y social, esto quiere decir más recursos, sistemas de pago objetivos, claros y de base capi-

tativa, pero se deben gestionar con más rigor, con transparencia, orientados a resultados y basados en las mejores evidencias.

Todos tenemos parte de responsabilidad, la Administración, los profesionales y los ciudadanos. En este documento, hemos definido y priorizado con detalle las medidas que los profesionales ponemos encima de la mesa y a las cuales nos podemos comprometer. Entendemos que la solución no es única y que está en manos de todos, por eso pedimos un gran pacto. Los médicos y médicas de atención primaria ponemos nuestro compromiso, nos gustaría compartir responsabilidades con el resto, por este motivo también hemos analizado medidas que nos afectan en nuestro trabajo pero que no están en nuestro ámbito de decisión más directo.

Es nuestra esperanza que estas ideas se lleven a cabo y no queden sólo en un libro de consulta. A todos los que han participado, nuestro agradecimiento.

4.2.2. Propuestas

¿Qué podemos hacer los profesionales?

- Participar en la redefinición de la cartera de servicios de atención primaria de forma clara, concretando qué programas, exploraciones, fármacos y actividades son necesarios y cuáles prescindibles según la eficacia, eficiencia y la mejor evidencia científica.
- Apostar por la autogestión, la corresponsabilización y la autonomía profesional dentro de la atención primaria, entendiéndolas tanto desde el manejo de los recursos como de la organización del equipo, de las decisiones clínicas en el proceso de atención de los problemas y necesidades de salud, que implican un traspaso de riesgo, con incentivación y penalización, directamente a los profesionales asistenciales. La diversidad, la participación y la transparencia tienen que ser los tres principios básicos de la organización.
- Responsabilizarnos de la prescripción, disponiendo de las atribuciones y de los elementos necesarios para prescribir bajo nuestra responsabilidad. La buena indicación tiene que estar basada en las mejores evidencias de efectividad, seguridad, racionalidad, eficiencia y respeto a los derechos del paciente. Es necesario seguir trabajando en evitar los tratamientos farmacológicos de las no enfermedades, la yatrogenia y la inercia terapéutica cuando los tratamientos no consiguen los objetivos. Es necesario dar instrumentos y habilitar al médico de familia para el tratamiento y seguimiento de las enfermedades crónicas de alta prevalencia y leve o mediana complejidad. Es necesario revisar el cumplimiento de la medicación y hacer un esfuerzo desde las consultas para responsabilizar y motivar al paciente.
- Evitar la sobreutilización de herramientas terapéuticas en el paciente con enfermedad orgánica avanzada, revisando los fármacos que toma en función de su eficacia en morbilidad, experiencia de uso, seguridad y coste económico. Seguir revisando la adecuación de fármacos específicos para las demencias y valorar su retirada en pacientes cuando corresponda. Ante

pacientes terminales, proponer medidas para evitar actuaciones médicas fútiles y retirar las que han devenido prescindibles.

- Reforzar la adopción de hábitos de vida saludable en la población y la comunidad, potenciando las actividades preventivas contrastadas, fiables, factibles y prudentes y evitando aquellas poco documentadas o incluso peligrosas para la salud de las personas. Es necesario plantear límites a la prevención en las personas mayores en función de la edad, comorbilidad, expectativas y calidad de vida.
- Elaborar y utilizar protocolos y guías de práctica clínica basadas en la evidencia y el coste-efectividad para acordar procesos de actuación en los diferentes grupos de pacientes o de patologías. En la solicitud de pruebas complementarias, evitar la duplicidad a través de la unificación de los sistemas de información y/o disponer de éstos en webs acreditadas.
- Potenciar las interconsultas entre profesionales para evitar desplazamientos de los pacientes. Es necesario sustituir el concepto “ derivar el paciente al especialista ” por “ consultar con el especialista ”.
- Potenciar y aplicar todas aquellas medidas para desburocratizar la atención (gestión de la demanda, gestión de la incapacidad temporal, recetas, transporte sanitario, pruebas, informes...) y dar a conocer las diferentes normativas existentes sobre la desburocratización.
- Adecuar la indicación terapéutica de la incapacidad temporal a los criterios clínicos.

¿En qué necesitaríamos que cambiaran las organizaciones?

- Favorecer la creación de equipos autogestionados. La autogestión y la corresponsabilización son la fórmula de gestión más próxima al profesionalismo como elemento de progreso de la sanidad.
- Incorporar profesionales asistenciales de prestigio en los órganos de gobierno de las empresas. Acordar o pactar con el colectivo de profesionales cualquier aspecto sustantivo relacionado con su tarea y responsabilidad profesional: aspectos organizativos, recursos sanitarios, retribuciones...
- Facilitar e incentivar la capacidad resolutoria de los profesionales en la consecución de la mejora de los niveles de salud y de la mejor utilización de los recursos disponibles.
- Facilitar la comunicación entre la AP y el resto de dispositivos asistenciales.
- Potenciar nuevos modelos de contrataciones en AP.
- Establecer contratos vinculantes relacionados con la prescripción farmacéutica que estimulen la eficiencia sin disminuir la calidad.
- Potenciar el profesionalismo maximizando el desarrollo competencial para cada estamento profesional; posibilitando así que ningún profesional realice tareas y asuma responsabilidades que pueda realizar otro profesional, en el nivel competencial más eficiente. Exigir la profesionalización de los cargos de gestión y establecer un sistema meritocrático de acceso.
- Promover y potenciar el uso de las nuevas tecnologías y sistemas de información compartidos (historia clínica compartida, carpeta de salud del paciente), con el objetivo de promover una relación más eficiente entre los profesionales y los ciudadanos.

- Velar para la formación continuada de los profesionales dentro y fuera de la entidad para mantener el nivel de excelencia.
- Potenciar la participación de todas las entidades implicadas en el proceso de IT.

¿Qué cambios hacen falta en el sistema sanitario?

- Apostar por el modelo capitativo como instrumento primordial para la integración de servicios y prever incentivos dirigidos a propiciar la gestión coordinada y la continuidad asistencial a partir de las alianzas establecidas entre las diferentes entidades proveedoras en el marco de los objetivos de accesibilidad y resolución y de la compra y la contratación de servicios. Los resultados deben medirse en mejoras de salud ajustadas por riesgo y en términos de costes.
- Definir un contrato de compra que sitúe la AP como centro del sistema sanitario. Dotar la AP de los recursos suficientes para poder comprar las diferentes pruebas complementarias, los servicios de la atención especializada, laboratorios y centros de diagnóstico bajo criterios de eficiencia, proximidad, rapidez y calidad.
- Redefinir la cartera de servicios que puede ofrecer el sistema explicitando públicamente las prestaciones que se pueden ofrecer y recibir, priorizándolas en función de su eficiencia y estableciendo criterios de homologación de calidad.
- La revisión de los criterios de medicamentos nuevos o de bajo valor terapéutico, de acuerdo con criterios de efectividad, utilidad y oportunidad, promocionando agencias de evaluación independientes. Adecuar la presentación y número de dosis de los envases de los medicamentos a las pautas posológicas habituales. Reevaluar la prescripción según la indicación y añadir la información clínica a la de coste. Aplicación del decreto de prescripción por principio activo. Homogeneizar la apariencia y presentación de productos de igual contenido. Expandir la receta electrónica a todos los niveles asistenciales y exigirles las mismas responsabilidades sobre la prescripción y el gasto. Valorar la compra centralizada de medicamentos y otros productos farmacéuticos en el caso de pacientes institucionalizados.
- Potenciar sistemas de información compartidos, fomentando el uso de las nuevas tecnologías. Las TIC son instrumentos esenciales para garantizar la viabilidad de la estrategia de integración de servicios y continuidad asistencial. Se tiene que garantizar un portal seguro de comunicación interactivo, que facilite un cambio en la gestión de la demanda y en el intercambio de información con los pacientes.
- Facilitar la libre elección de especialista y centro por parte de todos los médicos, de acuerdo con el paciente, tanto desde la AP a la AE como de la AE entre sí.
- Racionalizar la red con diferentes proveedores de atención primaria y evitar duplicidades de gestión.
- Evitar todo aquello que pueda contribuir a la medicalización de la vida cotidiana.
- Racionalizar la red con diferentes proveedores de atención primaria.

¿Qué cambios políticos son necesarios?

- Fomentar un pacto de estado de sanidad, que evite utilizaciones partidistas.
- Asegurar un mapa sanitario que asegure una justa y equitativa provisión de servicios a toda la población de Cataluña, sin desequilibrios injustificados.
- Establecer nuevas fuentes de financiación, como por ejemplo a través de tasas (carburantes, tabaco, alcohol, IRPF, etc.). Es necesario que se recauden fondos por otras vías que deben revertir directamente en el sistema sanitario, sin que esté vinculado a la utilización de los servicios.
- Los políticos deben comprometerse y apoyar las medidas adoptadas de forma transparente, clara y públicamente, explicándolo a la población.

Y los pacientes, ¿qué cambios tienen que hacer?

- Asumir el autocuidado y la corresponsabilización en la toma de decisiones.
- Exigir información clara sobre las prestaciones existentes, los derechos y deberes de los ciudadanos y a disponer de acceso a educación sanitaria.

4.3. Sociosanitario

4.3.1. Introducción

Cataluña dispone de un modelo de atención sociosanitaria con una concepción global de la persona, un enfoque integral y basado en la multidisciplinariedad. El modelo actual es el resultado de las actuaciones realizadas a lo largo de veinte años, iniciadas para hacer frente al envejecimiento de la población y en el marco del proceso de actualización y renovación de la red tradicional de atención hospitalaria.

La red sociosanitaria se configura como la más desarrollada y descentralizada del conjunto del Estado, con reconocimiento internacional en algunas líneas de servicios, como la de cuidados paliativos, que se ha convertido en referente de la OMS.

Las cuatro grandes áreas de actividad de los servicios sociosanitarios son:

- la atención geriátrica,
- la atención a las personas con demencia,
- la atención a personas con otras enfermedades neurodegenerativas,
- la atención al enfermo terminal.

El aumento del número de personas de edad avanzada con pluripatología y aumento de patologías crónicas causan una importante presión sobre el sistema sanitario y un aumento del gasto sanitario. También sabemos que el gasto sanitario se ve fuertemente incrementado en el último año de vida de las personas, independientemente de la edad. En este último año de vida se incrementa el consumo de fármacos y la utilización de recursos sanitarios. Con los adelantos tecnológicos hay un mayor número de tratamientos y exploraciones costosas que se realizan en este periodo de la vida.

El sector sociosanitario aisladamente no puede aportar medidas de ahorro que afecten únicamente a sus recursos puesto que sus actuaciones afectan a todo el sector. Las diferentes intervenciones que los equipos específicos pueden realizar en otros niveles asistenciales tienen que aportar beneficios en el sistema sanitario.

4.3.2. Propuestas

¿Qué podemos hacer los profesionales?

- **Coordinación entre niveles asistenciales.**

Para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario es necesario adaptar los servicios para dar respuesta a las necesidades que van surgiendo en la población.

Es necesario evitar la fragmentación de la asistencia entre los servicios y hacer más difusas las fronteras entre los niveles asistenciales para favorecer la atención integral y la continuidad asistencial:

- Es necesario promover la integración de los equipos de atención al final de la vida no solamente en el paciente oncológico sino también en demencias y otros procesos de enfermedad avanzada y terminal.
- Es necesario desarrollar proyectos transversales para la atención de este tipo de pacientes.
- Insistir en optimizar los ingresos de media estancia evitando estancias inadecuadas en hospital de agudos y dando respuesta rápida a las situaciones de crisis en el domicilio.
- Debemos facilitar la transición a recurso social promoviendo y desarrollando proyectos demostrativos por territorio concreto que demuestren la viabilidad y el valor añadido de la atención sanitaria y social conjuntas.

- **Guías clínicas basadas en la evidencia**

Es necesario promover la utilización de guías fármaco-terapéuticas aplicables a todos los centros, que tendrían que adaptarse al contexto del paciente frágil o muy mayor, de forma que se promueva la utilización de medicamento con relación coste-beneficio favorable.

Se tienen que implementar acciones concretas encaminadas a evitar la futilidad desde los ámbitos tanto del diagnóstico (realización de pruebas) como terapéutico (medicación) y asistencial (hospitalización inadecuada).

- **Eficiencia terapéutica**

Es necesario definir la situación de enfermedad avanzada y de final de vida especialmente en situaciones no oncológicas para poder establecer objetivos terapéuticos razonables en la instauración de tratamientos farmacológicos y adecuar la medicación a la etapa final de la vida.

Hay que insistir en fomentar la planificación avanzada y la toma de decisiones previas (documento de voluntades anticipadas) desde los diferentes ámbitos y niveles asistenciales.

- **Profesionalismo**

Hay que continuar potenciando los equipos de apoyo tanto en el ámbito domiciliario como residencial, por el papel que pueden tener como equipo especializado en la intervención en situaciones de crisis, así como en la atención al final de la vida en la comunidad.

También es necesario potenciar el papel de los equipos de apoyo hospitalarios como equipo especializado (geriatría o paliativos) para valoraciones de pacientes seleccionados en UCIES.

Los programas de intervención geriátrica en residencias con responsabilidad en la toma de decisiones terapéuticas han demostrado buenos resultados en experiencias de nuestro entorno.

¿Cómo tendría que ser la gestión en las organizaciones?

- **Autonomía de gestión**

Es necesario incorporar de forma sistemática a los profesionales en la toma de decisiones de las organizaciones, especialmente en cuestiones que afectan a la práctica clínica y su interacción con los pacientes.

- **Sistemas de retribución**

El reconocimiento de la complejidad se tendría que hacer con la evaluación de la actividad tanto desde el punto de vista cuantitativo como de aquello que es evaluable pero que requiere otros procedimientos y sistemas de juicio más cualitativos.

Es necesario adecuar el pago a la actividad realizada y complejidad atendida y ajustar las plantillas a la complejidad que atienden los centros.

- **Cambios organizativos**

Hace falta una coordinación más eficaz e incluso integración de la salud y los sistemas de asistencia social en la atención al paciente mayor con multimorbilidad (enfoque long term care (LTC)). Es necesario abordar de manera decidida y conjunta con los dispositivos de atención primaria el servicio prestado en residencias para garantizar una adecuada calidad de atención y evitar duplicidades y conflicto de competencias.

Se tendrían que traspasar al ámbito de la dependencia la mayoría de camas de larga estancia actuales con modificación clara del copago del usuario.

¿En qué necesitaríamos que cambiara el sistema sanitario?

- **Sistemas de información**

Hay que hacer una apuesta clara por las nuevas tecnologías y el trabajo en red. Se tienen que aprovechar las nuevas tecnologías para hacer más eficiente el proceso de atención y la comunicación entre los profesionales y los servicios: intercambio de mensajería, compartir procesos asistenciales, "prealt"; pacientes hiperingresadores, interconsultas no presenciales, apoyo telefónico, especialistas, acceso a pruebas on line e historia clínica compartida.

Los sistemas de información compatibles permitirían la suspensión de medicación crónica cuando el paciente está ingresado o el apoyo telefónico y seguimiento del enfermo frágil al alta hospitalaria.

También mejoraría las listas de espera de recurso sociosanitario con actualizaciones más rápidas.

- **Cartera de servicios. Actualización del mapa sanitario catalán**

El aumento de las necesidades asistenciales en el sector sociosanitario no se ha visto acompañado del aumento de los recursos sino al contrario. Es necesario, por lo tanto, una adaptación de

los recursos existentes para atender las necesidades sociosanitarias de la población, de acuerdo con el resto de profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

Actualmente la cartera de servicios sociosanitarios no incluye ni residencias ni centros de día, que son competencia del Departamento de Bienestar y Familia.

Servicios hospitalización	Servicios de atención diurna	Equipos de valoración y apoyo
Unidades larga estancia	Hospital de Día	En el domicilio
Geriatrica	Geriatrico	PADES (Programas de atención domiciliaria-equipos de apoyo)
Enfermedad Alzheimer y otras demencias	Enfermedad Alzheimer y otras demencias	ETODA (Equipos de terapia en observación directa ambulatoria)
Psicogeriatrica	Paliativo	
Psiquiatrica	Enfermedades neurodegenerativas	
Grandes discapacitados		
TBC		
Unidades de media estancia	Equipos de evaluación integral ambulatoria (EAIA)	En el hospital UFISS (Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias)
Convalecencia	Geriatrica	Geriatrica
Cuidados paliativos	EA y otras demencias	Paliativa
Polivalente	Cuidados paliativos	Mixta
Enfermedad Alzheimer y otras demencias		Respiratoria

Es necesario replantear los centros sociosanitarios y residencias en función de la capacidad de ingresar pacientes complejos y adecuar las ratios de personal.

Se debe optimizar el recurso de media estancia y adaptarlo para intervención en situaciones de crisis con facilidad de acceso rápido a la red social y transformación de una parte de la media estancia polivalente en camas de subagudos con la provisión y pago de acuerdo con el grado de complejidad atendido.

¿Qué cambios políticos serían necesarios?

- **Nuevas fuentes de financiación**

Hay que plantear cambios en el copago en plazas de larga estancia desde el inicio de la asistencia y en convalecencia a partir de un determinado momento (2 meses).

Otras

En cuanto a la Ley de dependencia, se aplicarán las prestaciones de la dependencia y elaboración ágil del PIA priorizando los servicios frente a la prestación económica siempre que se pueda. Individualización de las prestaciones y establecer claramente las incompatibilidades entre ellas.

Por otra parte, en las transiciones entre niveles asistenciales, hay que insistir en mejorar la gestión para evitar la duplicidad de prestaciones.

4.4. Salud mental

4.4.1. Introducción

Aunque el coste total referido a los diagnósticos de trastornos mentales (cap 5 CIE 9) se sitúa en el 10,8% del gasto sanitario, la compra de servicios de salud mental y adicciones sólo representa un 4% de la compra de todo el CatSalut, lo que significa 49 €/habitante/año, antes de la rebaja presupuestaria.

A pesar de este bajo peso y el retraso histórico que la atención a la salud mental todavía arrastra en nuestro país, el recorte de 2011 creemos que ha sido superior a otras líneas del sistema. Esto es una inversión en la tendencia de discriminación positiva y un paso hacia la negativa.

El contexto de crisis provoca que aumenten las necesidades de atención a la salud mental de la población y, consecuentemente, se incremente la carga de trabajo de los profesionales. Por ello, es necesario:

- Realismo y liderazgo de la Administración en la definición de las limitaciones de la cartera de servicios: adecuar la cartera de servicios a las necesidades de la población.
- Participación de los profesionales en los ámbitos clínicos y organizativos de decisión.
- Mejora de la evaluación de la carga emocional de los equipos de salud y vigilancia de la salud de los profesionales.
- Definición estructural y organizativa de los dispositivos asistenciales para minimizar los riesgos de sufrir agresiones y clarificar los mecanismos de denuncia, apoyo y soporte a los profesionales.
- Favorecer los espacios de reflexión y formación en los equipos.

Por tanto, en este contexto de crisis, pensamos que se hace necesaria la participación de los diferentes agentes y grupos de interés en establecer un pacto por la salud mental.

4.4.2. Propuestas

¿Qué podemos hacer los profesionales?

- Mejorar la alianza terapéutica (relación médico-paciente) a partir de potenciar la empatía y la escucha, la transparencia informativa, la seguridad, la coparticipación del paciente en el plan de tratamiento, priorizando calidad de vida, continuidad y coherencia de cuidados.
- Corresponsabilización en la gestión del gasto generado (fármacos, bajas laborales, pruebas, intervenciones terapéuticas coste-eficientes), asumiendo riesgos en la gestión asistencial. Participación en ámbitos clínicos y organizativos de decisión.

- Corresponsabilización en educación sanitaria y uso racional de los psicofármacos.
- Trabajo en equipo multidisciplinar y en red. Trabajo coordinado con delimitación clara de roles en función de la experiencia y complementariedad de las unidades productivas.
- Trabajo por programas y procesos en los equipos y entre niveles asistenciales.
- Participación en definición y aplicación de guías clínicas garantizando la individualización en la aplicación de tratamientos según sujeto y contexto.

¿Cómo debería ser la gestión en las organizaciones?

- Incentivar a los profesionales en una gestión clínica y de recursos responsable. Descentralizar y potenciar la autonomía de gestión.
- Incentivar la buena praxis en interconsulta, coordinación y aplicación de guías clínicas.
- Promover la formación en servicio adecuada a los roles de cada profesional. Favorecer espacios de reflexión y formación continuada de los equipos.
- Evaluar la carga asistencial de los profesionales, estableciendo ratios consensuadas y adecuar la organización a la sostenibilidad de las prestaciones.
- Asumir la gestión que les corresponde y promover activamente las alianzas necesarias en la nueva organización de servicios capítativa y de planes territoriales de base comunitaria.
- Favorecer el funcionamiento integral de las redes incorporando las coordinaciones con servicios sociales, educativos, justicia, laborales, etc., necesarios para la gestión integral del subsistema de salud mental.
- Impulsar los planes preventivos y de educación sanitaria en los territorios y desarrollar previsiones de los planes director e integral de salud mental.
- Desarrollar los programas asistenciales troncales comunitarios y los complementarios esenciales en la cartera de servicios: primaria, TMS, psicoterapias, primeros episodios, etc.
- Adecuar los sistemas informáticos para las necesidades de la TIC y la historia clínica única en todo el territorio.

¿En qué necesitaríamos que cambiara el sistema sanitario?

- Impulsar los planes territoriales de asistencia integral de base comunitaria con liderazgo integrado a través de alianzas funcionales entre proveedores. Introducir el pago de base capítativa en todo el territorio.
- Reordenación de los servicios en una red única para salud mental de adultos, infantil y drogodependencias, fusionando servicios y evitando duplicidades.
- Desplegar los programas troncales a todo el territorio, especialmente el programa de apoyo a la atención primaria de salud. Despliegue de programas especializados de ámbito supraterritorial.

- Creación de los comités fármaco-terapéuticos que puedan arbitrar las situaciones de conflicto y regulen en términos de coste-eficiencia los fármacos a financiar.
- Establecimiento de sistemas de evaluación sistemática de los programas asistenciales orientada a la efectividad. Impulsar el benchmarking en todas las áreas.
- Elaborar un plan específico de desarrollo de las TIC, historia clínica única...
- Basar el despliegue de servicios a partir de las necesidades detectadas epidemiológicamente en la población.
- Garantizar la formación adecuada de los profesionales a través de los programas de la especialidad y de los convenios con los proveedores.
- Adecuar las carteras de servicios y guías clínicas con la participación de los profesionales del sector a las necesidades poblacionales y disponibilidad de recursos.

¿Qué cambios políticos serían necesarios?

- Adecuar el peso específico del gasto en salud mental dentro de la sanidad a su importancia. No hay salud sin salud mental. Discriminación positiva en este ámbito infradotado tal como se recomienda en los foros europeos.
- Incremento de las fuentes de financiación, vía impuestos. En caso de aportación complementaria de los usuarios, hay que contemplar exenciones a los de menor renta y escuchar a los profesionales con respecto a los criterios técnicos de repercusión en la relación médico-paciente.
- Garantizar que la salud mental sea un foco esencial en el despliegue de la Agencia Catalana de Salud Pública.
- Incentivar políticas de promoción de la salud mental en todos los ámbitos de la sociedad y especialmente en infancia y adolescencia, también intervenciones contrastadas en prevención de patología mental, consumo de sustancias y suicidio.
- Promover planes específicos de desarrollo de la salud mental dentro del propio sistema sanitario (psicoprofilaxis, mejora de relación médico-enfermo, mejora de trabajo en equipo...).
- Invertir en formación en salud mental tanto en pregrado como en posgrado, y evitar la intervención interesada de la industria farmacéutica.

4.5. Docencia y formación

4.5.1. Introducción

La docencia (formación de especialistas y formación continuada) es un eje estratégico del sistema sanitario para mantener la competencia de los profesionales en el ejercicio y garantizar el recambio de recursos humanos necesarios para ofrecer uno de los servicios fundamentales del estado del bienestar a las próximas generaciones.

Los cambios estructurales que se pueden producir para hacer una atención sanitaria sostenible no tienen que ser excusa de una menor calidad docente.

La formación de especialistas produce beneficios a corto plazo mediante el trabajo asistencial de los médicos residentes y a medio y largo plazo proporciona especialistas competentes.

La formación continuada es fundamental para mantener una asistencia sanitaria de calidad.

Mantener un alto nivel de calidad de la docencia debe considerarse como una inversión esencial para alcanzar la sostenibilidad del sistema.

4.5.2. Propuestas

¿Qué podemos hacer los profesionales?

- Garantizar el cumplimiento de los programas formativos de todas las especialidades.
Estos programas incluyen:
 - Competencias específicas de cada especialidad.
 - Competencias transversales y comunes a todas las especialidades.
 - Competencias propias de la atención continuada.
 - Competencias docentes.
 - Competencias de investigación.
- Garantizar la supervisión del residente facilitando la consecución de responsabilidad clínica progresiva a lo largo de la residencia.
- Garantizar el mantenimiento de la formación continuada de todos los profesionales, que incluye sesiones clínicas y planes de formación específica.
- Formar sistemáticamente a los residentes y al personal en gestión clínica y utilización eficiente de recursos como objetivo estratégico para contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Innovar en formación potenciando nuevas metodologías docentes (entornos virtuales de aprendizaje, videoconferencias, simulación...).

¿Y las organizaciones? ¿Cómo debería ser la gestión en estas organizaciones?

- Gestionar la docencia con criterios estratégicos: que cada organización en su política, plan estratégico, incluya la docencia y que explícitamente defina acciones para conseguir unos objetivos referidos a la docencia.
- Establecer planes de formación continuada de todos los profesionales.
- Reorganizar las unidades docentes utilizando todos los recursos disponibles (sinergias, colaboraciones, unidades territoriales...).
- Garantizar el tiempo necesario de los profesionales para hacer y recibir docencia.
- Establecer sistemas de reconocimiento de la actividad docente especializada y continuada en los baremos de acceso a plazas y a la carrera profesional.

¿En qué necesitaríamos que cambiara el sistema sanitario?

- Reordenar el mapa de unidades docentes de formación sanitaria especializada.
- Planificar las necesidades de especialistas a medio y largo plazo, en virtud de las variables demográficas, del registro de profesionales y de los posibles escenarios de futuro en la organización del sistema sanitario.
- Convocar las plazas anuales según las necesidades establecidas y de acuerdo con unos criterios estables previamente definidos.
- Reconocer y promover la formación continuada de los profesionales.

¿Qué cambios políticos serían necesarios?

- Establecer una financiación finalista de la docencia (residentes, tutores y recursos).
- Definir el modelo de asistencia sanitaria y los ámbitos de actuación de las diferentes profesiones y especialidades.
- Aprobar y desarrollar el decreto catalán de formación sanitaria especializada.
- Legislar, aprobar y desarrollar el reconocimiento del desarrollo profesional continuo individual.

4.6. Investigación e innovación

4.6.1. Introducción

En Cataluña el desarrollo de la investigación y la innovación en salud ha sido notable, y ocupa los primeros puestos del Estado en términos bibliométricos y también en patentes registradas. Asimismo, el sector sanitario es uno de los que más ha dinamizado la economía y que mejor posicionado está en el ámbito internacional para ser competitivos en el futuro: a corto plazo, la financiación pública y privada de la investigación biomédica puede contribuir directa e indirectamente a la sostenibilidad del sistema público de salud. A largo plazo y bajo criterios de eficiencia y excelencia, el retorno económico de la inversión realizada en investigación e innovación puede superar con creces la aportación inicial.

El grado de desarrollo en nuestro país se explica en buena parte porque la investigación y la innovación son actividades íntimamente relacionadas con el ejercicio de la profesión médica y, por tanto, comparten recursos humanos y materiales con los dedicados a las tareas asistenciales. Esta falta de solución de continuidad entre investigación, innovación y asistencia hace que sus destinos vayan a menudo ligados, tanto en el sentido positivo -la mejora en una de estas áreas puede hacer mejorar la otra- como en el negativo- el no invertir esfuerzos en una de ellas puede ir en detrimento de la otra.

Dejar de impulsar la investigación y la innovación en tiempos de crisis económica supondría asumir que se trata de actividades superfluas y sin relación directa con las necesidades del sistema de salud y, por tanto, que serían prescindibles. Al contrario: la crisis nos obliga a ser más objetivos y explícitos en la utilización de los recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades de la población y en este propósito, el método científico y el desarrollo tecnológico pueden ser unas herramientas fundamentales.

Ahora bien, también está claro que es imprescindible garantizar la máxima eficiencia posible en las actividades de investigación e innovación que se lleven a cabo, pues sería hacer un flaco favor a estos objetivos si no incorporaran criterios de racionalidad, pertinencia y rendición de cuentas. Por lo tanto, diríamos que en épocas de crisis hay que hacer más investigación e innovación que nunca pero que, dadas las circunstancias, no nos podemos permitir dañar los recursos y las oportunidades existentes.

A efectos de clarificación conceptual podemos definir la investigación como la producción de información basada en el método científico y la innovación como la creación de nuevos productos (ya sean diagnósticos, terapéuticos, preventivos u organizativos) o la mejora de los ya existentes de acuerdo con la información científica y el desarrollo tecnológico. Por ello, en la medida que seamos capaces de producir buena información a partir de la investigación para tomar mejores decisiones sanitarias estaremos contribuyendo a la sostenibilidad del sistema; y si desarrollamos buenos productos innovadores, no sólo tendrían también un impacto positivo en la salud de los afectados sino que se podría generar un retorno económico no despreciable. Aparte, claro está, de lo que significa aprovechar el talento de los profesionales del sistema sanitario: sin duda esto los hace más satis-

fechos e implicados en el sistema e indirectamente se extienden los valores del método científico: transparencia, refutación, independencia, etc., que tan útiles pueden ser si se aplican también al resto de ámbitos profesionales.

Clásicamente se ha diferenciado la investigación en fundamental y aplicada. La primera sería la que se desarrolla primariamente en el laboratorio mientras que la segunda se centra mayoritariamente en los aspectos etiológicos, diagnósticos, pronósticos o terapéuticos de las enfermedades a partir de la información proporcionada u obtenida directamente de los afectados. Para superar la habitual desconexión que ha habido entre las dos perspectivas, desde la investigación aplicada se ha diferenciado e impulsado la investigación trasnacional para poner el acento en aquellos conocimientos que, inspirados en la clínica, se desarrollan en el laboratorio para volver posteriormente su aplicación a los pacientes.

Pero si la investigación y la innovación deben ser útiles al sistema de salud, es imprescindible que este a través de sus organismos correspondientes establezca cuáles son las necesidades existentes, las priorice y dedique unos recursos proporcionales y razonables. Esta estrategia evitaría situaciones como las que a menudo se dan en la actualidad, en las que los proyectos convocados con recursos públicos permiten a los investigadores presentar propuestas espontáneas sin marco, límite ni priorización. De esta manera, muchas veces el volumen de inversión científica no guarda ninguna relación con la prevalencia de las enfermedades, se producen numerosas redundancias en los proyectos, se pierden oportunidades de coordinación y puede pasar que al final la información producida sea poco pertinente para las necesidades de los pacientes y de la población. Por ello, un instrumento que podría ser muy valioso sería disponer de un Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud, enmarcado en el Pacto Nacional para la Investigación e Innovación, siempre que no fuera una simple recopilación de lo que actualmente se hace sino que marcara unas directrices claras, documentadas y viables, en las que deberán encajar los posibles proyectos de los investigadores.

Por lo tanto, asumiendo que debe haber una estrategia pública de investigación e innovación en el sistema de salud que canalice adecuadamente las energías, las oportunidades y los intereses existentes, lo que hacemos aquí es esbozar unas reflexiones y recomendaciones con la voluntad de que sean útiles para aprovechar al máximo posible todo el potencial que tiene nuestro sistema sanitario.

4.6.2. Propuestas

¿Qué podemos hacer los profesionales?

- No se puede dejar de impulsar la investigación y la innovación en tiempos de crisis económica pero ésta nos obliga a ser más objetivos, explícitos y eficientes en la utilización de los recursos de investigación e innovación disponibles para dar respuesta a las necesidades actuales de la población y del sistema sanitario.
- Respetar y hacer respetar los compromisos éticos de la investigación científica, independientemente de cuál sea la fuente de financiación. Entre aquellos compromisos, destacaríamos los

siguientes: pertenencia y viabilidad de la investigación; transparencia respecto a los posibles conflictos de interés y en la divulgación de los resultados; garantía de que el consentimiento de los pacientes sea lo suficientemente informado; rigor y calidad metodológica tanto en las etapas de diseño como en el desarrollo y análisis.

- Hay que participar en la creación y potenciación de redes temáticas de investigación biomédica y/o plataformas de apoyo a la investigación cooperativa con capacidad para realizar grandes proyectos cooperativos o colaborativos. Esto permitiría la inclusión de un número muy elevado de pacientes o individuos en un plazo más corto de tiempo, con una recogida exhaustiva y amplia de muestras biológicas y/o datos biomédicos.
- Hay que estimular la investigación sobre la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los fármacos y de otros procedimientos terapéuticos postcomercialización, dado que se trata de un aspecto fundamental para la sostenibilidad del sistema público de salud.
- Hay que considerar la innovación clínica como una actividad inherente a la práctica clínica de todos los profesionales de la salud y por tanto debería ser asumida como tal. Por su parte, la investigación debería ser asumida y liderada por aquellos profesionales y ámbitos de trabajo con una especial dedicación a la misma.
- Hay que mejorar la difusión de los avances derivados de la investigación y la innovación que se consiguen en nuestro entorno, para así favorecer su impacto social y ayudar en su financiación.

Y las organizaciones, ¿en qué necesitaríamos que cambiaran?

- Es necesario que exista una política de investigación e innovación en cada centro de acuerdo con sus características y posibilidades, que establezca las alianzas necesarias con otros ámbitos y organismos, que vele por el aprovechamiento de todo su potencial humano, para facilitar el tiempo y recursos necesarios para impulsar los proyectos y para evitar actividades o prácticas perniciosas o simplemente improductivas.
- Es necesario que exista una evaluación de la actividad de los profesionales dedicados a la innovación y la investigación en base a objetivos específicos y diferenciados, cuyo cumplimiento debería tener una traducción en el salario y/o condiciones laborales.
- Es imprescindible que antes de introducir una innovación en un centro determinado ésta tenga suficientemente analizada, a través de comisiones institucionales o grupos de expertos, su necesidad, eficacia, efectividad, seguridad, costes, etc., y asuma que su incorporación debe representar siempre una mayor efectividad o eficiencia en la atención de los pacientes.

¿En qué debería cambiar el sistema sanitario?

- Sería necesario disponer para toda Cataluña de un Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud, enmarcado en el Pacto Nacional para la Investigación e Innovación, donde se especificaran los objetivos a medio y largo plazo y en los que priorizar los posibles proyectos de investigación e innovación en base a las necesidades del sistema nacional de salud y, consecuentemente, orientar su financiación y futura evaluación.

- La financiación pública debería contribuir a balancear los desequilibrios existentes entre la investigación en medicamentos y el resto de investigación aplicada no farmacológica. Los criterios de priorización también deberían tener en cuenta el impacto social de las distintas enfermedades en nuestro medio y los intereses directamente expresados por los pacientes afectados.
- La inversión pública en investigación e innovación en salud debe abarcar no sólo la subvención finalista de proyectos de investigación sino también la promoción del tejido productivo público-privado mediante medidas de estímulo fiscal y financiero. Dada la proliferación de centros de investigación biomédica en Cataluña, sería recomendable su concentración, integración o, al menos, coordinación entre ellos a fin de reducir y optimizar los gastos de estructura y gestión administrativa.
- Hay que aprovechar los posibles beneficios de la investigación financiada por la industria privada porque permite avanzar en la consecución de mejoras terapéuticas para los enfermos, financiar programas de investigación no siempre atractivos, producir "overheads" y ahorrar una cantidad considerable de fármacos.
- Ahora bien, las relaciones entre los profesionales de la salud y la industria farmacéutica deben establecerse en un marco institucional, donde queden perfectamente reguladas y así no se dañen los objetivos científicos y se eviten los conflictos de interés. La participación de un financiador con ánimo de lucro no debería suponer ninguna diferencia en relación a la calidad técnica de la investigación o los aspectos éticos que si se tratara de un proyecto con financiación pública y no debería influir la política asistencial del centro en cuestión, pues se trata de dos ámbitos diferenciados que tienen que tener su propia dinámica y autonomía.
- Habría que crear las condiciones y mecanismos para favorecer una mayor presencia del patrocinio privado para financiar la investigación.
- El sistema sanitario debería incorporar medidas para mejorar la innovación en nuestro sistema, como pueden ser el apoyo a los profesionales sanitarios con espíritu emprendedor, promover la innovación, ayudar a los centros a detectar ideas innovadoras y oportunidades, proteger/ defender sus intereses, transferir / dar valor a la tecnología y acercar el mundo del capital riesgo al de las ideas sanitarias: a través de varios acuerdos de colaboración con escuelas de negocios, trampolines tecnológicos, fundaciones de investigación, compañías de capital riesgo y la Administración, se pretende aportar nuestro esfuerzo y actuar como un catalizador del proceso de innovación.

5. Participantes en los grupos de trabajo

5.1. Hospitales

Coordinadora: Elvira Bisbe Vives

GRUPO 1 - GASTO FARMACÉUTICO

Xavier Carné Cladellas (coordinación)

M^a Antònia Agustí Escasany

Xavier Bonafont Pujol

Jordi Carbonell Abello

Fernando Escolano Villen

Enriqueta Felip Font

Joaquín López-Contreras González

M^a Antònia Mangues Bafalluy

Josep Monterde Junyent

Miguel Angel Navasa Anadón

Ramon Pujol Farriols

Sergi Sabaté Tenas

Josep Taberero Caturla

Pilar Tornos Mas

Miquel Torres Salinas

Antoni Vallano Ferraz

GRUPO 2A - PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN

Lluís Donoso Bach (coordinación)

Francesc Xavier Alegret Bardí

Rosa Boyé de la Presa

Antoni Capdevila Cirera

Jaume Capellades Font

Ignasi Carrió Gasset

Joan Castell Conesa

M^a Teresa Castilla Barahona

Leandro Fernández Cabrera

Angel Gayete Cara

Josep M. Grau Junyent

Pilar Junyent Parés

Salvador Mañé Herrero

Maria Teresa Maristany Daunert

Josep Martín Comín

Salvador Pedraza Gutiérrez

Francesca Pons Pons

Xavier Pruna Comella

Eduard Riera Gil

M^a Eugenia Rodríguez García

Mariana Rovira Cañellas

Gorane Santamaría Hormaechea

Xavier Serres Creixams

GRUPO 2B - PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: LABORATORIO

Josep Lluís Bedini Chesa (coordinación)

Joan Blázquez Mateo

Imma Caballé Martín

Mariano Cortès Rius

Margarita Fusté Ventosa

Mariano Martínez Casademont

Aurea Mira Vallet

Mari Cruz Pastor Ferrer

Manuel Roig Quilis

M^a Montserrat Torra Puig

Albert Selva O'callaghan

Eduard Palou Rivera

GRUPO 3 - MATERIAL FUNGIBLE Y PRÓTESIS

Enric Cáceres Palou (coordinación)

Enric Roche Rebollo (coordinación)

Manuel Castellà Pericàs

Ferran Escalada Recto

Oscar Estrada Ferrer

Frederic Portabella Blavia

Manel Sabaté Tenas

M^a Pilar Taura Reverter

GRUPO 4 - INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Màrius Morlans Molina (coordinación)

Amalia Alcón Domínguez

Josefina Bassons Herbera

Josep Bonet Sol

Xavier Bonfill Cosp

José Pablo Díaz Jiménez

Clara Llubia Maristany

Antonio López Pousa

Gustavo Tolchinsky Wiesen

Núria Vallejo Camazón

GRUPO 5A - ORGANIZACIÓN-RELACIONES ENTRE HOSPITALES

Felipe Bory Ros (coordinación)

Jaume Roigé Solé (coordinación)

Miguel Ángel Berruezo Naval
 Jaume Capellades Font
 Jordi Carbonell Abello
 Xavier Castells Oliveres
 Antoni Corominas Díaz
 Empar Cuxart Fina
 Oriol de Fàbregues-Boixar Nebot
 M. Teresa González Álvarez
 Rosa Maria Gràcia Gozalo
 Irene Halperin Rabinovich
 Jordi Ibàñez Nolla

Maria Teresa Maristany Daunert
 Eva M. Martínez Cáceres
 Salvador Navarro Soto
 Antonio Nogueras Rimblas
 Manel Sabaté Tenas
 Josep Sadurní Serrasolsas
 Antonio San José Laporte
 Núria Serra Tauler
 Marta Sitges Carreño
 Ricard Valero Castell

GRUPO 5B - ORGANIZACIÓN- EL HOSPITAL EN EL MODELO SANITARIO

Carmen Gomar Sancho (coordinación)
 Roser Garcia Guasch (coordinación)

Francisco Carlos Agatón Bonilla
 Jaume Canet Capeta
 Josep Anton Capdevila Morell
 M^a Rosa Coll Colell
 Josep Oriol Estrada Cuxart
 Francesca Fullana Sastre
 Pere Gascón Vilaplana
 Josep Maria Gris Martínez
 M^a Luisa Iglesias Lepine

Antonio López Pousa
 Míriam de Nadal Clanchet
 Rosa Maria Nogués Monclús
 Miquel Nolla Salas
 Pere Obiols Arderius
 Francesc Planas Comes
 Ramon Pujol Farriols
 Albert Tomàs Torrelles
 Rosa M^a Villalonga Vadell

5.2. Atención Primaria

Coordinadora: Lurdes Alonso Vallès

GRUPO 1AB - PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

Manel Borrell Muñoz (coordinación)
 Jaume Sellarès Sallas (coordinación)

M. Eugènia Adzet Riba
 Anna Altés Casi
 Jordi Altirriba Vives
 August Anguita Guimet
 Albert Casasa Plana

Dolors Comet Jaumet
 Josep M. Cots Yago
 Josep Manuel da Pena Alvarez
 Eduard Diogène Fadini
 Josep M^a Fandos Olona

Sílvia Güell Parnau
 Carme Iglesias Serrano
 Anna Maria Jové Massó
 Flora López Simarro
 David Martí Grau
 Jacinto Ortiz Molina

Judith Parcet Solsona
 Francesc Solé Sancho
 Pedro Subías Loren
 Maria Antònia Vila Coll
 Ernest Vinyoles Bargalló
 Josep M. Vilaseca Llobet

GRUPO 1B - PRESCRIPCIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

August Anguita Guimet (coordinación)
 Jacinto Ortiz Molina
 Jaume Sellarès Sallas

GRUPO 1C - PRESCRIPCIÓN IT

Àngels López Pol (coordinación)
 Jaume Sellarès Sallas (coordinación)

M. Teresa Biendicho
 Mònica Font Mendiola
 Àngel Jover Blanca
 Miguel Molina de Heras

Carmen Prieto Villanueva
 Anna Puigdel·lívól Sánchez
 Isabel Ramírez
 Francisco Ridao Ridao

GRUPO 2 - GESTIÓN

Mireia Sans Corrales (coordinación)

Leonor Ancochea Serraima
 Josep Lluís Ballvé Moreno
 Nieves Barragán Brun
 Mercè Botinas Martí
 Magda Bundó Vidiella
 Juan Fdo. Fernández Moyano
 Elisenda Florensa Claramunt
 Maria Gassó Tarrés
 Joan Gené Badia
 Albert Ledesma Castelltort
 Esther Limón Ramírez

M. Antònia Llauger Rosselló
 Lola Lumbreras Garuz
 Núria Martínez León
 Concepció Medina Molina
 Cristina Moliner Molins
 Juan José Montero Alia
 Rosa Morral Parente
 Marcel Prats Vilallonga
 Laura Sebastian Montal
 Eduard Serrat Bertran
 Antoni Sisó Almirall

GRUPO 3 - COORDINACIÓN

Roser Marquet Palomer (coordinación)
Josep M. Benet Martí (coordinación)

César Asenjo Vazquez	Montserrat Fortuny Roger
Rafael Azagra Ledesma	Ferran Galí Gorina
Joan Azemar Mallard	Joan Guri Mundi
Carme Batalla Martínez	Antoni Iruela López
Josep M. Boada Gil	Maria León Sanromà
Carles Brotons Cuixart	F.Xavier Manzanera López
Lurdes Camp Casals	Sofia Maseda García
Barbara Fernandez Fernandez	Ignacio Menacho Pascual
Daniel Ferrer-Vidal Cortella	Aser Muñoz Pena

GRUPO 4A - MEDICALIZACIÓN: PREVENCIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES

Ramon Ciurana Misol (coordinación)
Lurdes Alonso Vallès (coordinación)

Joan Atmella Andreu	Manuel Iglesias Rodal
Carme Espel Masferrer	Lluïsa Morató Agustí
Dolors Forés Garcia	Andreu Segura Benedicto

GRUPO 4B - MEDICALIZACIÓN: OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Yolanda Herreros Herreros (coordinación)
Lurdes Alonso Vallès (coordinación)

Ana Bellés Abad	Salvador Sitjar Martínez de Sas
Montserrat Burrull Gimeno	Francesca Zapater Torras
Maria Palacios Cuesta	

GRUPO 4C - MEDICALIZACIÓN: DESBUROCRATIZACIÓN

Roger Badia Casas (coordinación)
Lurdes Alonso Vallès (coordinación)

Manel Anoro Preminger	Xavier Otero Serra
Joan Deniel Rosanas	Mónica Terán Díez

GRUPO 5 - PEDIATRÍA

M. Carmen Monzón Fueyo (coordinación)
Lurdes Alonso Vallès (coordinación)

Joan Azemar Mallard	Amparo García Gallego
Ramon Casanovas Aisa	Maria Gassó Tarrés
Josep M ^a Casanovas Gordó	Itziar Martín Ibáñez
Manel Enrubia Iglesias	Concepció Medina Molina
Elisa de Frutos Gallego	Vicente Morales Hidalgo

5.3. Sociosanitario

Coordinadora: Dolors Quera Aymà

GRUPO 1 - COORDINACIÓN ENTRE NIVELES (HOSPITALES, MEDIA Y LARGA ESTANCIA, RESIDENCIAS, ATENCIÓN PRIMARIA)

Pau Sánchez Ferrín (coordinación)

Betlem Cervelló Roset	Luis Juan Castán
Antoni M. Cervera Alemany	Pilar Loncán Vidal
Dolors Cubí Montanya	Anna Olivé Torralba
Joan Espauella Panicot	Manuel Peraire Navarro
Eulàlia Fonseca Martin	Juan M. Pérez-Castejón Garrote
Isabel Fort Almiñana	Xavier Pujol Fabregat
Andreu Garrigós Toro	Jordi Roca Casas
Montserrat Grifol Porta	Galdina Valls Borruel
Marco Inzitari	

GRUPO 2- INDICACIONES TERAPÉUTICAS: ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO, FINAL DE LA VIDA

Benito Fontecha Gómez (coordinación)

M ^a Montserrat Antolín Lluís	Josep Planas Domingo
Helena Camell Ilari	Marco A. Rovira Isanda
Ricardo Iniesta Villagrasa	Antoni Salvà Casanovas
Josep Martos Gutiérrez	Carme Sala Salmerón
Cristòfol Ortega Garcia	

GRUPO 3- PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA

Ramon Cristòfol Allué (coordinación)

Xavier Forés García	Domingo Ruiz Hidalgo
M Pilar López Marco	Joan Serra Moscoso
Ramon Miralles Basseda	Montserrat Soldevila Llagostera
Germà Morlans Molina	Ramon Torres Lluelles
Carles Pardo Gracia	Antoni Salvà Casanovas
Dolors Quera Aymà	Carme Sala Salmerón

GRUPO 4 - TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN Y SU IMPACTO EN EL GASTO

Antoni Yuste Marco (coordinación)

Marta Batalla Busquets	Dolors Quera Aymà
Jordi Roca Casas	Neus Saiz Antón
Antoni Monllau Martínez	

GRUPO 5 - DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES

Joan Cunill Ollé (coordinación)

Eulàlia Cucurella Fabregat	Dolors Quera Aymà
Luis Juan Castán	Jordi Roca Casas
Esther Pallarès Fernández	Neus Saiz Antón

5.4. Salud mental

Coordinador: Lluís Albaigès Sans

GRUPO A - GESTIÓN INTEGRAL, TERRITORIALIZACIÓN Y LIDERAZGOPep Fàbregas Poveda (coordinación)
Diego Palao Vidal (coordinación)

Francesc X. Arrufat Nebot	Juan Antonio Larraz Romeo
Pere Bonet Dalmau	Joan Orrit Clotet
Josefina Castro Formeles	José Pérez de los Cobos Peris
Joan Maria Ferrer Tarrés	Joan Vegué Grillo
Guillem Homet Mir	

GRUPO B - PRESCRIPCIÓN, FÁRMACOS, PSICOTERAPIAS E INCAPACIDADES LABORALESLluís Mauri Mas (coordinación)
Víctor Pérez Sola (coordinación)

Francesc Vilurbina Font	Blanca Navarro Pacheco
David Clusa Gironella	Luis de Angel Martín
Gemma Garcia Pares	Roser Guillamat Thomas
Marta Torrens Melich	Mercè Teixidó Casas
Roser Pérez Simó	Ramona Garcia Macià

GRUPO C - COORDINACIÓN Y PROGRAMAS ASISTENCIALES

Lluís Lalucat Jo (coordinación)

Montserrat Pamias Massana	Josep Ramos Montes
Ester Lobo Polidano	Joan de Pablo Rabaso
Eulàlia Navarro Hurtado	Paloma Lago Baylin
Josep Clusa Matinero	Maria Giralt López
Josep Parés Miquel	Jose Manuel Menchón Magriñà

GRUPO D - MODELO ASISTENCIAL, FORMACIÓN Y GESTIÓN GLOBALLluís Albaigès Sans (coordinación)
Lluís Isern Sitjà (coordinación)

Carles Pérez Testor	Albert Mariné Torrent
Antoni Arteman Jané	Jose M ^a Haro Abad
Manel Salamero Baro	José Moya Ollé
Josep Parés Miquel	Enrique Alvarez Martínez

5.5. Docencia y formación

Coordinadora: Antònia Sans Boix

Adriana Bataller Bassols	Maria José Cerqueira Dapena
Natividad de Benito Hernández	Roser Garcia Guasch
Eugeni Berlanga Escalera	Montserrat Gavagnach Bellsola
J. Antonio Blanco Domínguez	Juan de Pablo Rabassó
Gemma Carreras Gonzalez	Marc Ramentol Sintas

Francesc Subirana Pozo
Mònica Terán Díez

Irene Veganzones Guanyabens
Rosa Villalonga Vadell

5.6. Investigación e innovación

Coordinador: Xavier Bonfill Cosp

Antoni Castells Garangou
Miquel Nolla Salas
Lluís Garcia Pareras
Josep Taberner Caturla

COL·LEGI
OFICIAL  DE METGES
DE BARCELONA