
Situación actual y futuro del sistema sanitario público

Gabriel M^a Inclán Iribar

Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco.

Me gustaría comenzar esta reflexión sobre la situación del sistema sanitario público matizando que los datos generales de actividad que ofreceré se refieren al Sistema Sanitario Público vasco, por disponer, obviamente, de un conocimiento más profundo de su actividad. Sin embargo, muchos de los datos, fundamentalmente los asistenciales, podrían ser inferidos al resto de Servicios autonómicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Estado español.

El desarrollo y consolidación del sistema público de salud es hoy una realidad. La evolución experimentada en los últimos años arroja un balance muy positivo y nuestro sistema sanitario se sitúa, hoy, entre los mejores de Europa.

Esta afirmación, así expuesta, podría parecer una respuesta voluntarista frente a las voces que, por diferentes motivos e intereses, pregonan inminentes catástrofes o encuentran su razón de ser en la exageración de las carencias del sistema sanitario. Pero no lo es, y me explico.

En este debate sobre la situación del sistema sanitario, constante, permanente y demagógico a menudo, creo que ha llegado la hora de exigir que las afirmaciones y valoraciones globales se realicen tras analizar todos y cada uno de los factores que lo determinan. Por ejemplo, su relevancia sociopolítica, el grado de cumplimiento de los objetivos y compromisos políticos adquiridos, los resultados alcanzados en términos de salud, la actividad realizada, los recursos empleados en su desarrollo, el grado de satisfacción que manifiesta la ciudadanía con el sistema o la identificación de los retos futuros y la definición de los nuevos objetivos estratégicos son algunas de las variables que hay que evaluar para poder concluir respecto a la globalidad del sistema.

Sabiendo que cualquier análisis en profundidad que abarque todos los factores citados conllevaría una extensión difícil de acotar al espacio de que dispongo, sí me gustaría ofrecer algunos datos que sir-

van para la reflexión y para soportar la base de mi valoración.

Así, siguiendo el orden de los factores que he citado, situaría al sistema sanitario como un área de interés indiscutible en la jerarquía de prioridades ciudadanas, en tanto en cuanto influye en un aspecto fundamental—su salud—y, en definitiva, en su calidad de vida y su bienestar. Es, también, un vehículo de cohesión social, solidaridad y equidad y, por tanto, un factor clave para el desarrollo y la mejora del modelo social de bienestar.

Partiendo de estas premisas la definición y articulación de políticas sanitarias han venido teniendo una relevancia especial en las agendas de los gobiernos, acentuada en los últimos 20 años tanto por el crecimiento del sector como por su presencia en el debate público.

Es conveniente, por todo ello, valorar la orientación de las diferentes actuaciones que se han llevado a cabo en el ámbito sanitario público, atendiendo a los objetivos y compromisos políticos adquiridos. En este sentido se puede afirmar que, en nuestro caso al menos, los compromisos adquiridos frente al Parlamento vasco bien se han cumplido, bien cuentan con medidas y actuaciones concretas orientadas a su consecución.

Por lo que respecta a indicadores de salud, existen problemas típicos de las so-

ciedades desarrolladas en los que hay que seguir trabajando pero, en términos generales, el conjunto de la ciudadanía vasca disfruta de un nivel de salud muy positivo.

Prueba de ello es, sin duda, la buena evolución que han experimentado los principales indicadores generales de salud. Así, en los últimos 20 años, en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) la esperanza de vida al nacimiento⁽¹⁾ para los varones ha aumentado en más de 5 años y en más de 4 años para las mujeres, hasta alcanzar los 77,3 años en los varones y los 84,4 en las mujeres, esto es, la séptima y la segunda en la clasificación de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)⁽²⁾.

Por su parte, la esperanza de vida libre de incapacidad, más importante aún desde el punto de vista de calidad de la salud, también ha experimentado un aumento considerable: 2,27 años para los varones y 1,22 años para las mujeres respecto al año 1999⁽³⁾. Es decir, cada vez vivimos más tiempo y con mejor calidad de vida.

⁽¹⁾ Fuente: Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (datos 1984: varones 72,2; mujeres 80,3).

⁽²⁾ OCDE HEALTH DATA 2006. Datos relativos al año 2004.

⁽³⁾ Fuente: Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria (estimación realizada en función de la Encuesta de Salud de la CAV; 1997).

Por su parte, la tasa de mortalidad infantil⁽⁴⁾ también se sitúa entre las más bajas del mundo y la de mortalidad general arroja una evolución claramente descendente para ambos sexos (más de un 10% desde el año 1999)⁽⁵⁾.

En relación con la actividad asistencial, el sistema sanitario ha atendido crecimientos significativos. Esta utilización cada vez mayor de servicios sanitarios ha sido motivada, en parte, por factores como el envejecimiento, las expectativas ciudadanas o el factor tecnológico, entre otros, así como por un incremento de la oferta de servicios que ha venido siendo, año tras año, la tendencia general del sistema, tanto en el primer nivel asistencial como en el especializado. En este sentido, el crecimiento⁽⁶⁾ constante de los últimos 15 años se concreta en un aumento del 53,72% en el número de ingresos totales, de un 67,65% en el volumen de urgencias atendidas, de un 225,6% en el total de consultas hospitalarias, del 100,75% en las intervenciones y en un 11,42% en el número de visitas de medicina general.

Algunas cifras recientes: la frecuentación en el área de medicina general ron-

da las 4 visitas anuales por persona⁽⁷⁾. La de pediatría se acerca a las 6 visitas anuales⁽⁸⁾. Por su parte, los ingresos⁽⁹⁾ han aumentado un 3,7% durante el último año, un 1,6% las urgencias atendidas, un 3,9% las primeras consultas y un 11,7% el número de intervenciones totales.

Estos volúmenes de actividad se han podido atender gracias a incrementos de los recursos disponibles y a actuaciones desarrolladas en el ámbito de la gestión y la organización (despliegue de centros de Atención Primaria y ampliación de su horario de atención, desarrollo de alternativas a la hospitalización tradicional, reducción de la estancia media hospitalaria, incremento del número total de camas, gestión de las listas de espera, etc.), persiguiendo una mayor productividad y eficiencia de los recursos disponibles (personas, infraestructuras y tecnologías).

No obstante, si bien la actividad asistencial concentra, por su importan-

⁽⁴⁾ Fuente: Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria (dato 1984: 11,3‰; dato 2004: 4‰).

⁽⁵⁾ Tasa ajustada por 100.000 a la población europea.

⁽⁶⁾ Cifras relativas a Osakidetza- Servicio vasco de salud para el período 1990-2005 (1991-2005 para las visitas de medicina general).

⁽⁷⁾ Fuente: Memoria Osakidetza 2005 (visitas de medicina general: 8.197.535) y proyecciones de población del Eustat (población por territorio histórico, grupo de edad cumplida y año. 2004-2015. Estimación año 2005: 2.114.700).

⁽⁸⁾ Fuente: Memoria Osakidetza 2005 (visitas de pediatría: 1.526.310) y proyecciones de población por territorio histórico, grupo de edad cumplida y año del Eustat (2004-2015). Población comprendida entre 0 y 14 años para el año 2005.

⁽⁹⁾ Fuente: Informe mensual de actividad hospitalaria Osakidetza (datos actividad acumulada a diciembre. Variación porcentual 2006/2005).

cia desde el punto de vista individual, una buena parte del interés general, se hace necesario resaltar que la actividad que desarrolla el sistema sanitario va más allá. Así, dispone de uno de los mejores programas de vacunación infantil del mundo, tanto en relación con las vacunas incluidas como con su amplia cobertura; cuenta con sólidos programas de detección precoz e intervención en salud, como el de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas, el de prevención de la sordera infantil, el de asistencia dental infantil o el de detección precoz de cáncer de mama; con un plan de acción frente a una pandemia gripal⁽¹⁰⁾, con un plan de cuidados paliativos⁽¹¹⁾; desarrolla actuaciones permanentes de vigilancia y control del entorno externo; garantiza unos plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes; cuenta con un programa de prevención del sida que ha permitido, entre otras cosas, conseguir que no nazcan en Euskadi niños/as infectados por el VIH por transmisión materno-infantil; cuenta con potentes programas de trasplante renal y hepático; ha mejorado no-

tablemente la dotación de la investigación sanitaria vasca y ha incrementado su capacidad investigadora⁽¹²⁾; se ha adaptado a la nueva era digital, mejorando por un lado las infraestructuras soporte de las prestaciones sanitarias y, por otro, aumentando el valor de los servicios que presta compatibilizando la innovación tecnológica y el acercamiento de la administración a la ciudadanía, entre otros ejemplos posibles.

Pero los resultados alcanzados en materia de salud y el desarrollo de la actividad sanitaria demandan la utilización de recursos. Los esfuerzos realizados en este sentido durante los últimos años han sido, sin duda, significativos, como muestra la evolución del gasto sanitario público⁽¹³⁾, cuyas tasas de crecimiento anuales han sido superiores al 7% desde el año 2001, alcanzando en los presupuestos 2007 un incremento del 11,4% respecto a 2006.

Por tanto, el compromiso del Gobierno vasco con el sistema sanitario público es firme, representando la parte que destina a cubrir las necesidades sanita-

⁽¹⁰⁾ Aprobado por el Gobierno Vasco el 3 de octubre de 2006.

⁽¹¹⁾ Aprobado por el Gobierno Vasco el 26 de septiembre de 2006.

⁽¹²⁾ Durante el año 2005 un total de 132 nuevos proyectos de investigación, infraestructuras y recursos humanos se sumaron a los todavía activos de entre los concedidos durante los tres años previos para completar un total de 265 solicitudes aprobadas, por un valor total de 14 millones de euros.

⁽¹³⁾ En euros corrientes.

rias más de un tercio de la actual disponibilidad total de fondos públicos. Un dato: el gasto per cápita ha pasado de 778,7 euros en el año 1999 a 1.345 en 2007⁽¹⁴⁾.

Este esfuerzo económico que ha modernizado y capitalizado el sistema sanitario público vasco se ha concretado en el destino de más de 489 millones de euros en concepto de inversiones en el período 1999-2006 y otros previsibles 600 millones en los próximos años.

Por su parte, la política de gestión de personas también ha registrado mejoras importantes, como ponen de manifiesto las numerosas medidas recogidas en los acuerdos de condiciones laborales de los años 2000 y 2005, tanto por lo que se refiere a la selección de personal como a su promoción y movilidad, formación, seguridad laboral o reconocimiento y satisfacción, entre otros.

Adicionalmente, existe una percepción generalizada entre la ciudadanía vasca de que los servicios sanitarios ofertados en el sistema sanitario vasco se encuentran entre los mejores del Estado (56,8% de vascos frente al 14% de la media estatal)⁽¹⁵⁾, y de que el de sanidad es el departamento mejor gestionado del Gobierno

vasco, a notable distancia de otros sectores⁽¹⁶⁾.

En la misma línea, las encuestas de satisfacción que realiza Osakidetza corroboran la valoración global del sistema, siendo más del 90% de los usuarios encuestados en el período 1999-2005 los que manifiestan su satisfacción con el sistema sanitario público y afirman su intención de volver en caso necesario (más de un 50% valoró como muy buena y excelente la asistencia recibida en los hospitales de agudos, los de media y larga estancia y las urgencias de la Red).

Por lo que respecta a la gestión, los más de 25 diplomas de compromiso con la excelencia acreditados por las diferentes organizaciones de servicios de Osakidetza; un total de 4Qs⁽¹⁷⁾ de oro y 17Qs⁽¹⁸⁾ de plata obtenidos en las evaluaciones externas respecto al modelo EFQM; más del 80% de los hospitales y comarcas sanitarias que cuentan con certificación de la norma ISO o la obtención

⁽¹⁶⁾ Sociómetro vasco; agosto de 2006.

⁽¹⁷⁾ Hospital de Bidasoa, Hospital de Zumarraga, Hospital Psiquiátrico de Álava, Comarca Gipuzkoa Este.

⁽¹⁸⁾ Hospital de Bidasoa, Hospital de Zumarraga, Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava, Comarca Gipuzkoa Este, Hospital de Txagorritxu, OSATEK, Comarca Uribe, Hospital Alto Deba, Hospital Santa Marina, Hospital Psiquiátrico de Zamudio, Hospital de Basurto, Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, Comarca Araba, Comarca Bilbao, Hospital Psiquiátrico de Zaldibar, Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, Comarca Gipuzkoa Oeste.

⁽¹⁴⁾ Presupuesto 2007. Departamento de Sanidad.

⁽¹⁵⁾ Fuente: Barómetro sanitario 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

de un premio europeo a la excelencia, son prueba del esfuerzo realizado en la mejora de la calidad del servicio sanitario.

En resumen, atendiendo a la situación de los diferentes factores expuestos, es justo concluir que Euskadi cuenta, más que nunca, con un muy buen sistema sanitario público y, seguramente en esta línea, se sitúan el resto de sistemas sanitarios de los servicios autonómicos del SNS.

Evidentemente, no es perfecto y tiene deficiencias que corregir y mejorar. A veces, se trata de deficiencias que atienden a la limitada disponibilidad de recursos; otras, al escaso margen de maniobra, como ocurre, por ejemplo, con la política farmacéutica; algunas, a que hay pasos previos necesarios u otras prioridades y aún no es su momento; otras, a que quien las juzga discrepa de la orientación que le hemos dado y, en otros casos, sencillamente a que nos hemos equivocado.

Por ello, continuaremos trabajando por la salud de la ciudadanía vasca, proponiendo soluciones, esforzándonos en mejorar permanentemente la atención sanitaria y garantizando la sostenibilidad económico-financiera del sistema.

No obstante, su futuro no está exento de retos y riesgos que es necesario conocer para anticiparse y poder así minimizar sus efectos adversos.

Previsible futuro a 10 años de los sistemas sanitarios

De la misma manera que para poder concluir sobre la situación actual de un sistema sanitario es necesario evaluar todos los factores que lo determinan, cualquier análisis futuro que se precie requiere precisar en origen el ámbito al que se ciñe, en último término, el contexto en el que se enmarca, puesto que la amplitud y diversidad de las diferentes piezas que articulan el rompecabezas sanitario se antojan ciertamente complejas.

En este sentido y por lo que a este artículo atañe, me referiré al futuro de los sistemas sanitarios “occidentales o desarrollados”, es decir, al futuro de aquellos cuyos principales indicadores de salud han visto mejorar sustancialmente sus valores en los últimos años como consecuencia del desarrollo permanente y continuado de políticas sanitarias eficaces y, por tanto, con objetivos futuros en salud manifiestamente más ambiciosos a la par que difíciles de alcanzar.

Puedo citar, por ejemplo, la relevancia que van a adquirir en las agendas sanitarias de los gobiernos más desarrollados los indicadores relativos a la equidad en salud, esto es, aquellos que indiquen o apunten hacia la consecución de una dis-

tribución homogénea de la salud no afectada por gradientes socioeconómicos.

Y es que las desigualdades sociales en salud se han puesto de manifiesto en todos los países en los que se han medido. Sin embargo, una gran parte de estas desigualdades es evitable y, por ello, los esfuerzos actuales se orientan hacia un mejor conocimiento y monitorización de dichas desigualdades y, por tanto, es de esperar que el énfasis futuro se concentre en la definición y el desarrollo de las correspondientes políticas, planes y acciones tendentes a su reducción.

Y digo que especialmente relevantes serán estos indicadores en las agendas públicas porque preveo un reforzamiento de la intervención pública en los servicios sanitarios esenciales. Y me explico; de manera generalizada, se ha defendido el intervencionismo público en el ámbito sanitario por las imperfecciones que caracterizan al “mercado sanitario” en sentido puro. Así, el aseguramiento público incluye entre sus bondades la garantía de una cobertura esencial amplia y la eliminación o, al menos, reducción de las diferencias de acceso a la asistencia sanitaria; la financiación pública hace posible la transferencia de rentas desde los colectivos más privilegiados hacia los más desfavorecidos, atendiendo a los valores colectivos de solidaridad y equidad y, en

último término, contribuyendo a la cohesión social, y la regulación pública es una función propia y característica de las administraciones públicas.

Especialmente relevante ha sido y es la participación pública en el desarrollo de las políticas sanitarias ligadas a la acepción tradicional de salud pública, esto es, la protección de la salud (considerando tanto las medidas de vigilancia y control del medio ambiente y saneamiento ambiental, –aire, agua, suelo; las dirigidas a evitar la contaminación de los alimentos y garantizar su cualidad nutritiva y sanitaria [seguridad alimentaria]–, así como las actuaciones de prevención y control de enfermedades) y la promoción y restauración de la salud (incluyendo aquí actividades dirigidas al fomento y a la defensa de la salud mediante acciones que actúan individual o colectivamente sobre las personas en relación con el medioambiente psicosocial y sociocultural).

Pues bien, en un escenario futuro preveo que aumente la importancia del aseguramiento y financiación públicos más aún, si cabe. Y lo justifico de manera adicional, principalmente, por la existencia de las desigualdades sociales en salud, desigualdades que, probablemente, se acentúan en su vertiente más económica.

La globalización y las migraciones tanto en la Unión Europea como en los Esta-

dos miembros y en el resto de continentes son una realidad ya en nuestros días que conlleva, entre otras cosas, la aparición de nuevas amenazas sanitarias en los entornos de los sistemas sanitarios. Y me refiero especialmente a los riesgos derivados de la libre circulación de virus, amenazas como la gripe u otras pandemias, las desigualdades que afectan a determinados colectivos sociales, etc. Todo ello supone que, para la mejora de la salud de las personas y la reducción de los costes asociados a las enfermedades, adquieran una relevancia mayor la prevención y promoción de los estilos de vida saludables a la par que se mantengan los niveles de control y protección del marco externo en el que se desarrolla la vida de la población, en los niveles de desarrollo alcanzados hasta la fecha.

Pero aún hay más: la propia diversidad social y las desigualdades económicas características de la Europa ampliada podrían acentuarse como consecuencia del desarrollo tecnológico y su uso, justificando nuevamente la intervención pública en garantía de la equidad.

Así, los veloces avances del conocimiento favorecerán el desarrollo de la medicina predictiva y, en consecuencia, la posibilidad de contar con un diagnóstico al nacimiento de la evolución que experimentará el estado de salud de las

personas a lo largo de su vida. Este hecho suscitará, entre otras cosas, un debate ético en el que los poderes públicos deberán estar a la altura, así como un nuevo escenario de actuación especialmente “goloso” para las aseguradoras privadas quienes, atendiendo a las leyes de mercado que regulan sus actuaciones, discriminarán a sus asegurados en función de pólizas fijadas ya no ateniéndose a estimaciones de riesgos posibles y probables, sino teniendo en cuenta riesgos ciertamente reales. Nuevamente quedará en manos de los garantes públicos evitar las desigualdades que pudieran producirse.

Por otro lado, y como ya es patente ahora, la sostenibilidad económico-financiera va a pasar de ser un riesgo más que acecha a los sistemas sanitarios de nuestro entorno, a ser una condición necesaria para la resolución del sistema de ecuaciones que garantice su viabilidad. Así, el coste que *a priori* se le supone al desarrollo tecnológico hace inviable la incorporación de sus avances de manera generalizada a un sistema sanitario de corte similar al actual, esto es, eminentemente público, universal, de amplia cobertura y elevada calidad.

En este sentido auguro una evolución probable en tres direcciones: por un lado, hacia la definición de un marco mínimo común necesario en el ámbito

europeo que ayude a rediseñar el actual catálogo de prestaciones y a la optimización de una cartera de servicios de salud seguros, eficaces y de calidad en un nuevo contexto caracterizado por la aparición continua de innovaciones médicas, consecuencia de una revolución tecnológica sin punto de comparación en la historia; por otro, hacia un papel de las agencias de evaluación de tecnologías cada vez más relevante, en la medida en que los análisis coste-efectividad de las nuevas innovaciones serán imprescindibles para que los sistemas puedan pronunciarse acerca de la incorporación o no a su cartera de prestaciones, así como acerca de la manera en que, en su caso, dichas innovaciones deban ser incorporadas. No olvidemos que la demanda de recursos va a exigir cada vez más la excelencia en su relación con los resultados obtenidos, especialmente en los servicios de salud públicos que deben orientar esta relación hacia el bien común, priorizando el interés social por encima del individual.

Por último y en términos, llamémosle, de composición presupuestaria, es razonable prever un cambio en la distribución de los recursos según el tipo de actividad. Todos los sistemas sanitarios se han esforzado —especialmente en los últimos años (conocedores de las presiones alcistas que

han generado sus gastos sanitarios)— en maximizar la eficacia y eficiencia en la utilización de sus recursos. Sin embargo, a pesar de haberse alcanzado cotas de eficiencia muy elevadas, la experiencia muestra que éstas no compensan por sí solas los incrementos de costes. La justificación se encuentra en las características de la demanda de servicios sanitarios, demanda que tiende al infinito y, por tanto, conforme se optimizan los recursos se generen necesidades adicionales.

Por lo que respecta a la redistribución presupuestaria, soporto mi afirmación en las siguientes tendencias identificadas: de un lado, la ya citada evolución de la medicina predictiva y un mejor conocimiento de los determinantes de la salud resaltarán, todavía más, el papel esencial de la prevención y la promoción de la salud, sobre todo a través de la adopción de estilos de vida saludables (alimentación variada y equilibrada, práctica de ejercicio físico moderado, salud sexual, salud mental, etc.) y la reducción de los principales factores de riesgo (alcohol, tabaco, drogas, etc.). En este sentido, un porcentaje cada vez mayor de los presupuestos públicos se destinarán a estas áreas.

De otro, el envejecimiento de la población —junto a la eficacia de los tratamientos— serán causas directas de la cronificación de enfermedades y el aumento

de la discapacidad. En este sentido, la tradicional función recuperadora de la salud que han venido desempeñando los servicios asistenciales se tornará hacia una función mayoritariamente rehabilitadora y cuidadora pero que, en cualquier caso, seguirá consumiendo una elevada proporción de los recursos.

Consecuencia directa de lo anterior será una mayor responsabilidad de cada persona respecto de su propio estado de salud, es decir, cada vez será más importante la función preventiva que cada cual realice sobre sí, en aras de maximizar su propio estado de salud. En este sentido, el desarrollo de las tecnologías de la información, además de contribuir a lo que hemos denominado en sentido amplio “innovaciones médicas”, procurarán una disponibilidad y actualización de la información totales, facilitando así el acceso de las personas a los conocimientos que necesiten adquirir para responsabilizarse de la manera más comprometida con su estado de salud.

Sin embargo, la información científica seguirá estando muy condicionada por múltiples limitaciones culturales, tecnológicas, formativas, idiomáticas, etc., que harán insustituible más que nunca la labor que desarrolla cada profesional sanitario dirigiendo y acompañando a los pacientes en el desarrollo de su “autorrespon-

sabilidad”. Especialmente relevante será la redefinición del rol que desempeñen los médicos de familia en nuestro sistema sanitario adquiriendo, sin lugar a dudas, un papel con una relevancia aún mayor. Y es que no se puede obviar que, a pesar de que la información sea accesible al paciente, es el profesional sanitario el que posee el conocimiento necesario para poder orientar las decisiones en uno u otro sentido.

En este punto, me gustaría compartir algunas reflexiones en lo que atañe al futuro de los profesionales sanitarios. La escasez de ellos en determinadas especialidades médicas es hoy una realidad que desembocará, de no tomarse las medidas oportunas a corto plazo, en graves problemas para los sistemas sanitarios. Las diferentes realidades socioeconómicas que determinan el contexto en el que los profesionales sanitarios desarrollan su labor están empujando con especial fuerza a las generaciones más jóvenes de determinados Estados (por otro lado, también las más familiarizadas con el proceso de globalización y las más preparadas para adaptarse a este hecho) a marcharse a otros Estados en busca de unas condiciones generales más beneficiosas que las que le ofrece su sistema sanitario de origen.

El riesgo que este hecho representa para los sistemas sanitarios es muy acen-

tuado, en la medida en que éstos asumen una inversión en formación (cada vez mayor, puesto que el período de formación también es cada vez mayor) que no genera un retorno directo (“fuga de cerebros”) y que, además, deja sin recursos al sistema (un ejemplo lo encontramos en países de África, donde sus profesionales sanitarios emigran a Estados Unidos, países europeos, etc.).

La solución a este hecho pasa por la definición de unas reglas mínimas de juego compartidas en las que se minimicen las diferencias existentes en materia retributiva y de reconocimiento profesional entre los diferentes sistemas sanitarios, de manera que se facilite (pero no se impulse) que cada profesional decida libremente y atendiendo únicamente a los motivos razonables de cualquier intercambio sociocultural, desarrollar temporal o permanentemente su actividad profesional en uno u otro lugar geográfico (enriquecimiento en sentido amplio y no buscando exclusivamente, como de hecho sucede en algunos Estados, una retribución y valoración económica mejor que la que su sistema sanitario de origen les puede ofrecer).

Una identificación y detección actual de las necesidades de profesionales futuras, junto con una planificación y coordinación óptimas de los correspondientes programas formativos, serán claves para reducir sus efectos.

En esta línea de anticipación me gustaría concluir afirmando que el principal desafío futuro es, sin duda, mantener un sistema público potente, acorde con los tiempos. En este empeño resulta clave la detección de los riesgos y retos futuros, así como la identificación de los puntos fuertes y las áreas de mejora del propio sistema, como herramienta clave que permita concretar su recorrido futuro de mejora.

Por último, especialmente relevante será la definición de los objetivos estratégicos junto a la definición y ejecución de estrategias y políticas públicas eficientemente coordinadas y alineadas en la consecución de dichos objetivos futuros.

En definitiva, una situación a la que si le hacemos frente con inteligencia, permitirá que sigamos siendo un referente en el mundo sanitario, no solamente en términos de mejora de salud, sino también en los concernientes a la cohesión social y desarrollo sostenible.

