



Sostenibilidad y excelencia del sistema sanitario catalán. Nuevos paradigmas, retos y respuestas

Roser Fernández i Alegre^{a,*}, Miquel Argenter i Giralt^b y Xavier Rodríguez i Guasch^c

^aSecretaría General, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

^bDirección del Área de Recursos Económicos, Servei Català de la Salut (CatSalut), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

^cDirecció de Serveis, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

RESUMEN

Palabras clave:

Políticas de salud
Sistemas de salud
Plan de Salud
Reforma de los sistemas sanitarios
Crisis económica
Sostenibilidad
Equidad
Cataluña

El objetivo de un sistema de salud y la prioridad de un gobierno es la de anticiparse a los problemas, dar respuestas innovadoras a las nuevas necesidades y modelos de atención, mejorar la accesibilidad de los ciudadanos y pacientes al sistema sanitario, atender especialmente a los colectivos más vulnerables, mejorar los resultados de salud y hacer las reformas estructurales necesarias para mantener viable y hacer sostenible una sanidad pública de calidad para todos. En el contexto actual, los sistemas de salud se enfrentan a nuevos paradigmas en ámbitos como el económico, demográfico, asistencial, social, tecnológico y político, a los que las políticas de salud deben dar respuesta. Frente a estos retos, los sistemas de salud, y en el caso de Cataluña en concreto, tienen el reto de tomar decisiones sobre cómo orientar las reformas estructurales que posibiliten la sostenibilidad económica y presupuestaria necesarias al servicio de unas nuevas políticas de salud innovadoras y centradas en la persona en un sistema marcado por la excelencia y la equidad.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Sustainability and excellence of the Catalan health system. New paradigms, challenges and responses

ABSTRACT

Keywords:

Health policies
Health systems
Health plan
Health system reform
Economic crisis
Sustainability
Equity
Catalonia

The aim of a health system and the priority of any government is to anticipate problems before they appear, provide an innovative response to these new needs and healthcare models, improve access of the general public and patients to health care, especially care for the most vulnerable groups, improve healthcare results and implement the structural reforms necessary to maintain a viable and sustainable quality public healthcare system for everyone. In the current environment, health systems are facing new economic, demographic, care, social, technological and political paradigms to which health policy must respond. Faced with these challenges, health systems, especially in the case of Catalonia, are challenged to take decisions on how best to approach the implementation of structural reform designed to facilitate the necessary economic and fiscal sustainability in the service of fresh and innovative health policies and patient-centred care within a system marked by excellence and equity.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La crisis actual y la amenaza para los sistemas de salud

Ante una situación de crisis es esencial conocer su magnitud y, sobre todo, el porqué de su origen y de sus causas. Ello es imprescindible para poder actuar, hacerle frente y gestionar las oportunidades que reviertan en la consecución del objetivo de consolidar un siste-

ma sanitario público de acceso universal, viable y que dé respuesta, con calidad y equidad, a los problemas de salud de la población¹.

El entorno de crisis actual es de origen multifactorial. La crisis es la suma de las disfunciones en su vertiente financiera, económica y de modelo productivo, principalmente. Además, la crisis también se proyecta en el sector público, la política y los valores sociales generando en su conjunto una crisis de confianza generalizada.

En este contexto, la figura del estado del bienestar está en el centro del debate. Por un lado, algunos sectores cuestionan su viabilidad y sostenibilidad y le atribuyen parte de las tensiones de las finanzas

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sg.salut@gencat.cat (R. Fernández i Alegre).

públicas, mientras que por otro lado nadie cuestiona que un país que quiere ser referente de progreso tenga que garantizar un estado del bienestar que favorezca la cohesión social. Es por ello que en situaciones de crisis el estado del bienestar debe ser preservado más que nunca.

En este debate existe un argumento claro e inalienable: la sostenibilidad del estado del bienestar está directamente relacionada con el crecimiento económico de un país y con su capacidad para generar ingresos. Si el estado del bienestar se financia con endeudamiento público será insostenible. A medio plazo, bien porque no encontrará la financiación necesaria para hacer frente a los pagos, bien porque un mayor esfuerzo fiscal o una mejora de los ingresos públicos no se podrá destinar a políticas sociales, sino al pago de los intereses de la deuda. Por lo tanto es necesario llevar a cabo un debate responsable para hacer compatible un modelo de crecimiento económico sostenido con un estado del bienestar sostenible.

Sostenibilidad y progreso: nuevos horizontes para los sistemas de salud

El debate sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud es un tema de candente actualidad. No obstante, hace ya más de 2 décadas que se planteó en toda su extensión. Para conocer sus orígenes es recomendable leer o releer el llamado Informe Abril, que fue redactado en 1991 a petición del Congreso de los Diputados por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (SNS), presidida por Fernando Abril Martorell².

El planteamiento inicial era y es que el SNS contribuye a la mejora de la salud de la población y a la corrección de las desigualdades sociales, pero el SNS sufría tensiones económicas por el aumento de la demanda social, el envejecimiento de la población, la mejora del nivel de vida y el desarrollo de los servicios y las tecnologías disponibles, y todo ello con recursos cada vez más limitados. En el contexto internacional, y frente a contingencias similares, Países Bajos, Reino Unido y Suecia ya habían empezado procesos de reforma. El informe reconoce también las virtudes del SNS, sus dificultades y carencias y apunta las bases para una reforma con 64 recomendaciones concretas orientadas a la acción.

La respuesta a los planteamientos del informe fue más bien nula. En aquel momento se cerraron los ojos con el argumento de que el sistema sanitario español era uno de los mejores sistemas de salud del mundo y con un coste muy razonable. Esto era cierto, pero no se reconocía que el sistema tenía desviaciones presupuestarias crónicas que generaban déficits en el Insalud y en todas las comunidades autónomas que ya gestionaban la sanidad. La dinámica de ir realizando operaciones de endeudamiento permitía no asumir la responsabilidad política de efectuar reformas en el sistema.

En estos últimos años han proliferado los informes sobre la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos y del SNS. Al comparar

todos estos informes se observa que, tanto en la descripción del problema, y por lo tanto en el diagnóstico, como en la propuesta de medidas, por lo tanto en la terapéutica, pocas aportaciones novedosas se han producido respecto al Informe Abril Martorell de 1991.

Por lo tanto, no hace falta encargar más informes de diagnóstico y recomendaciones de mejora, sino asumir la responsabilidad de tomar decisiones y sacar adelante las reformas necesarias.

Del análisis de todos estos informes se deduce una fórmula para un sistema sanitario público sostenible, de progreso y con voluntad de excelencia: a) mejora de la financiación; b) racionalización del nivel de cobertura, y c) mejora de la eficiencia (fig. 1).

El primer aspecto es la *mejora de la financiación*, que básicamente pasa por incrementar los recursos públicos destinados al sector salud. Estos recursos proceden fundamentalmente del esfuerzo fiscal y de los impuestos que se pagan y recaudan. Están, por lo tanto, relacionados con la mejora de los ingresos y con la reactivación económica y la priorización de la salud en el conjunto de las políticas públicas. En el caso de Cataluña pasa también, y de manera relevante, por la mejora de las balanzas fiscales con el Estado español.

En segundo lugar, la *racionalización del nivel de cobertura* pasa por revisar la cartera de servicios de cobertura pública con criterios de priorización clínica y de coste-efectividad, vinculando la incorporación de una nueva prestación, servicio, tratamiento o fármaco a la evaluación de su impacto en salud y a la garantía de su financiación.

En tercer lugar, la *mejora de la eficiencia* tiene que permitir, con los mismos recursos, mantener y mejorar el nivel de servicios. Esta mejora de la eficiencia debe suceder tanto en la macrogestión del sistema por parte de la administración sanitaria como en la mesogestión y la microgestión en el ámbito de las organizaciones sanitarias y profesionales. Hacer lo mismo a un menor coste no es necesariamente hacerlo peor. Y eso se tiene que saber hacer y explicar.

Lo óptimo, sin embargo, es efectuar un abordaje integral de los 3 ámbitos. En función del momento y las competencias, el esfuerzo se concentra indefectiblemente más en un ámbito que en otro. Por ejemplo, en el caso de Cataluña, tanto en la financiación como en la regulación del nivel de cobertura, el margen de actuación propio en estos momentos es muy reducido. Respecto a la mejora de la eficiencia, a pesar de los buenos indicadores de los que se dispone, se puede ir avanzando si este esfuerzo va acompañado de reformas estructurales.

En el ámbito de la salud, sin embargo, se tiene una doble obligación. Por un lado es preciso garantizar la viabilidad, pero al mismo tiempo se debe evolucionar y dar respuesta a las nuevas necesidades de atención a las personas buscando la excelencia en los resultados. Si no se quiere renunciar a ello hay que estar dispuestos al cambio y a las reformas hacia nuevos modelos de atención que den respuesta efectiva a los problemas de salud de las personas. Estos nuevos modelos deben, al mismo tiempo, permitir la liberación de recursos no esenciales para reinvertirlos en la sanidad pública. Además se debe continuar invirtiendo en investigación, innovación, tecnologías sani-

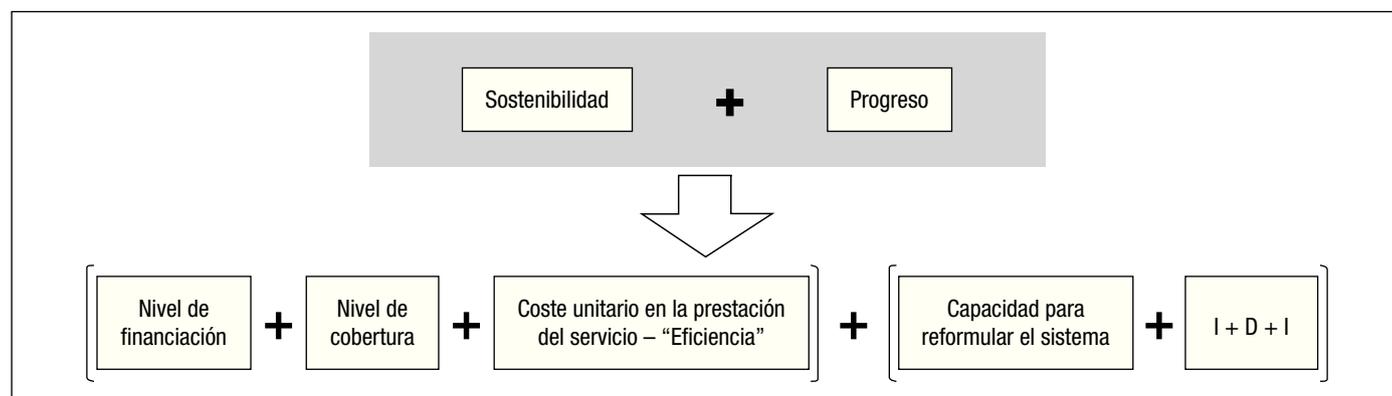


Figura 1. Sostenibilidad y progreso de los sistemas sanitarios. Elaboración propia.

tarias y tecnologías de la información y la comunicación al servicio de las políticas sanitarias públicas.

En definitiva, la sociedad y los sistemas de salud se encuentran ante una situación de crisis estructural y coyuntural, en un punto de inflexión y de rápida transición hacia nuevos modelos y paradigmas epidemiológicos, sociales y económicos, que la crisis económico-financiera y las tensiones presupuestarias han agudizado aún más. Nuevos perfiles de demanda sanitaria, una población cada vez mayor y con patologías crónicas, el incremento de colectivos más vulnerables, ciudadanos más informados y empoderados, son algunos de los retos determinantes a los que los sistemas de salud deberán dar respuesta. Una respuesta que deberá generar la complicidad de todos los agentes y superar las resistencias al cambio y apoyarse en las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) y en los sistemas de información por su capacidad transformadora hacia nuevos modelos asistenciales. Todo ello, con el objetivo común de hacer viable la sanidad pública no tan solo a corto plazo, sino garantizar su sostenibilidad como pilar básico e irrenunciable del estado del bienestar y de un país que quiere ser un referente en el progreso económico y social.

El modelo sanitario catalán ante la crisis. Valores y hoja de ruta para la consolidación de una sanidad pública de calidad y de acceso universal

El alto nivel de endeudamiento de las finanzas públicas motivado por una disminución de los ingresos públicos, como consecuencia del proceso de desaceleración económica y por una tendencia a gastar más de lo que estaba presupuestado, ha sido el punto de partida que ha obligado a la administración sanitaria catalana a tomar decisiones y a actuar.

La situación económica y financiera global ha puesto al sistema de salud catalán en un escenario de obligado ajuste de los objetivos de déficit público. Por un lado se cortan todas las vías de obtención de crédito para continuar gastando por encima de lo que la sociedad se puede permitir y, por lo tanto, para atender al pago de los servicios básicos. En consecuencia, la reducción del déficit público pasa o bien por incrementar los ingresos públicos o bien por ajustar los gastos.

No hay ningún gobierno que, ni política ni éticamente, quiera reducir el gasto público, y menos los gastos sociales, a no ser que no haya otra alternativa a corto plazo. La hoja de ruta del gobierno catalán no ha sido la de ajustar el gasto, sino la de garantizar la financiación de la priorización de las políticas públicas, siendo la salud una prioridad indiscutible.

En el caso concreto de salud, el punto de partida ha pasado por poner en valor el nivel de la sanidad pública catalana, de financiación pública y acceso universal con un modelo organizativo propio avalado por resultados, asumiendo a la vez que:

- Hacer políticas sociales es hacerlas sostenibles, puesto que un alto nivel de endeudamiento provoca que el pago de intereses suponga una disminución de recursos en general, recursos que no se podrán dedicar a gasto social. Intereses también que supondrán un lastre ante una mejora en la financiación que se pueda producir, ya que los nuevos recursos se tendrán que destinar a la financiación de la deuda generada.
- Garantizar la sostenibilidad del sistema tiene que ser compatible con el progreso y la excelencia. Por ello es preciso hacer frente a los nuevos paradigmas, encontrar nuevas respuestas y superar las resistencias a los cambios, porque difícilmente se volverá al punto de partida inicial.

La hoja de ruta del sistema sanitario catalán para hacer frente a los nuevos retos

Saber cuáles son los nuevos paradigmas es clave para enfocar bien la hoja de ruta de los mecanismos y las soluciones a corto y medio

plazo. Hubiera sido un error pensar que el nuevo paradigma era solo la crisis económica y financiera. Los nuevos paradigmas comprenden también los antiguos y nuevos problemas de salud, los modelos de atención, las tecnologías o las nuevas demandas y necesidades sociales. Todos ellos tienen la fuerza suficiente para justificar por sí mismos una reordenación de los sistemas sanitarios.

Tomar decisiones preceptivas de ajuste a corto plazo es lo más difícil políticamente para un gobierno, sobre todo cuando se es consciente de la eficiencia y bondad de su sistema sanitario en términos de resultados. Dichas decisiones han sido tomadas desde la conciencia de que se ha acabado una etapa expansiva de crecimiento de los presupuestos sanitarios (crecimiento de un 76,5% entre 2003 y 2010) y que se tiene que hacer frente a un gasto desplazado (1.296 M€ en 2010) y a un gasto comprometido a largo plazo (5.189 M€) (*Informe de la situación económico-financiera de l'Administració de la Generalitat de Catalunya i del seu sector públic a 31 de desembre de 2010. Barcelona, 19 de setembre de 2011. Realizado por Deloitte por encargo del gobierno catalán*).

Para hacer frente a la situación ha sido preciso frenar la generación de déficit y ajustar las partidas presupuestarias a los recursos disponibles. Para ello, Cataluña ha soportado un ajuste de gasto en Salud 2011-2014 en torno al 15%. Aun así, el peso del presupuesto sanitario sobre el presupuesto de la administración de la Generalitat de Catalunya ha pasado en porcentaje del 36% en 2010 al 40% en 2014, como resultado de la priorización del gobierno catalán del gasto social.

Así pues, fue necesario tomar decisiones inmediatas y al mismo tiempo preservar las garantías de calidad de la sanidad pública en Cataluña, aprobadas por acuerdo de gobierno de 12 de abril de 2011. Este acuerdo marcó los grandes ámbitos de actuación de medidas para la sostenibilidad del sistema sanitario público, como son: la simplificación de la estructura administrativa, la reordenación y la racionalización de servicios asistenciales, recursos sanitarios y prescripción farmacéutica, así como la priorización de las inversiones y el establecimiento de garantías de calidad para minimizar el impacto directo en el ciudadano a través de medidas como no suprimir prestaciones, no lista de espera para patologías que comportan un riesgo vital o necesidad urgente, garantizar los programas de diagnóstico rápido, introducir nuevas fórmulas en la hospitalización convencional y garantizar la seguridad al paciente, entre otros.

Asimismo se encargó a la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) el seguimiento y la evaluación continua del impacto de los resultados de estas medidas urgentes con criterios de evidencia científica y transparencia, balance que se presenta semestralmente en el Parlamento catalán.

Paralelamente se iniciaron las reformas del modelo asistencial, y el instrumento para llevar a cabo estas reformas es el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 aprobado por el Gobierno de la Generalitat de Catalunya en febrero de 2012. El balance de los resultados avala que se ha mantenido la calidad de la atención y se visualiza una tendencia a la mejora de resultados. Esto ha sido posible gracias al esfuerzo de todos los agentes, básicamente los profesionales sanitarios, que han ajustado sus condiciones laborales y han participado activamente en el proceso de reordenación asistencial para mejorar resultados con los recursos existentes. No hay que olvidar también la contribución de la ciudadanía, que los primeros años ha tenido que esperar y desplazarse un poco más para determinados procesos no urgentes.

Todo este esfuerzo, acompañado de las reformas estructurales, no ha sido en vano. En 2014 se ha producido un punto de inflexión en la recuperación del tiempo de espera y en 2015 se han podido destinar recursos para iniciar la recuperación de las condiciones laborales de los profesionales (tabla 1).

La adecuación a los nuevos entornos no es fácil y comporta esfuerzos y voluntad de superar las resistencias a los cambios individuales y colectivos. En las acciones de ajuste coyuntural hay que

Tabla 1

Indicadores de mejora en el sistema de salud de Cataluña (2014)

↑ del 4,2% de las visitas de atención domiciliaria desde la atención primaria de salud y ↑ del 79,1% de la atención telefónica (por la mejora de calidad en la notificación del registro), que junto con la plena implementación de la receta electrónica y el 061 CatSalut Respon han permitido ↓ de las visitas de atención primaria
↑ de los pacientes que se han visitado antes de las 48 h de haber solicitado la visita (66,9%)
↓ de las hospitalizaciones evitables gracias a una mejor resolución de la atención primaria (987 por 100.000 habitantes)
↓ a la mitad la mortalidad por infarto desde el año 2000. Ahora se sitúa por debajo del 6,5% a los 30 días de sufrir un infarto; es la cifra más baja de Europa (en Suecia y Dinamarca es del 7,3%)
↑ de los pacientes tratados por alguno de los 5 cánceres incluidos en el CDR que han iniciado el tratamiento antes de 30 días durante el primer semestre de 2014 (66%)
↓ en el tiempo de espera de las intervenciones de cirugía cardíaca (intervenciones prioritarias) respecto del año 2013, tanto en cirugía valvular como en cirugía coronaria, y ↓ de los pacientes pendientes de intervenir (de 800 en 2013 a 335 en 2014)
↓ del 23,8% de la lista de espera de los 14 grupos garantizados y ↓ del 34,4% (2,92 días) del tiempo medio de espera pendiente de intervención
↓ del 69,1% de los pacientes de más de 6 meses de espera respecto a 2010 y el tiempo de garantía
↑ del cumplimiento del tiempo de garantía de los 14 procedimientos, que se sitúa en el 93,67% (68,27% en 2013)
↑ del 6,49% de la movilización de recursos de transporte sanitario urgente
↑ del número de activaciones de prioridad 0 (337.056) con tiempo de respuesta < 20 min (10.007 más que en 2013)
↑ en 25.990 descargas de la App 061 CatSalut Respon que se puso en marcha en mayo de 2014
↑ de los índices de satisfacción (8,47 sobre 10) y de fidelidad (89,9%), que mantienen resultados positivos
↓ de un 27,89% de las reclamaciones de trato a lo largo de 2014 respecto a 2013
↑ de la productividad científica en biomedicina en Cataluña, que representa el 30% del conjunto del Estado

CDR: circuito diagnóstico rápido de cáncer.

asumir legítimos desacuerdos, pero en las reformas estructurales seguro que se encuentran los puntos de acuerdo y compromiso.

Políticas de salud y nuevos modelos de atención basados en el compromiso individual y colectivo

A menudo se habla mucho de modelos sanitarios u organizativos de los sistemas de salud, pero se habla poco de políticas de salud al servicio de las cuales tienen que estar los modelos y estrategias de cambio.

Los determinantes de la salud son plurales. La salud de una persona depende de su genética, del entorno en el cual se desarrolla, de sus propios hábitos de vida y de la atención sanitaria y social que recibe. Por lo tanto, cuando se habla de políticas de salud no se habla solo de sistemas de atención sanitaria y social, sino que se tiene que ampliar el objetivo. Como resultado de esta filosofía surgen los planes estratégicos del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, con el objetivo de orientar las políticas de salud contando con la participación y compromiso de todos los agentes del sector.

Plan de Salud de Cataluña 2011-2015³

Aprobado por el gobierno catalán el 21 de febrero de 2012, sitúa el conocimiento clínico profesional como el eje de transformación del modelo asistencial e integrador de las políticas sanitarias orientado a disminuir el riesgo de enfermar. Este objetivo se extiende no

solo a curar la enfermedad, sino también a cuidar y acompañar al paciente y a su familia, a garantizar la continuidad asistencial y a mejorar la calidad, la equidad y la eficiencia en los resultados para reinvertirlas en el propio sistema. El Plan de Salud está orientado hacia una medicina más predictiva, más preventiva y más personalizada y responde a los nuevos perfiles y necesidades de la demanda, entre otros la cronicidad, ejemplo de éxito de un sistema sanitario público como el de Cataluña. Con este propósito, el gobierno aprobó posteriormente el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) en julio de 2011 y el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS) en 2014.

Otros ejes centrales del Plan de Salud son:

- Mejorar la accesibilidad y la resolución del sistema sanitario desplegando nuevos modelos de atención donde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el nivel de resolución de la atención primaria y comunitaria juegan un rol esencial, y donde los modelos de atención no presencial, con el soporte de las nuevas tecnologías y nuevos modelos de interacción, aportan mayor proximidad, calidad y seguridad.
- Centrarse en las necesidades de los pacientes y sus familias y, por lo tanto, en garantizar la continuidad asistencial al paciente promoviendo el trabajo en red entre todos los proveedores y líneas asistenciales. También se fomenta la figura del gestor del caso que acompaña al paciente en la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y la atención social a través de rutas asistenciales basadas en el consenso clínico.
- Garantizar resultados de excelencia en la atención de mayor complejidad, concentrando y compartiendo conocimiento y promoviendo la investigación y la innovación.
- Vigilar la calidad y la seguridad de la atención al paciente.

Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP)⁴

Aprobado por el gobierno en febrero de 2014, supone la puesta en práctica de la idea de Salud en todas las políticas de la OMS. Ya se ha mencionado previamente la creencia en el peso e influencia que tienen sobre la salud numerosos factores de tipo genético, estilo de vida, lugar de residencia, nivel educativo, etc. y que propiamente están fuera de la atención directa del sistema sanitario. Por este motivo, para mejorar la salud de la población se necesita la acción conjunta de todo el gobierno, con un enfoque global sobre todas las políticas y en la transversalidad entre estas y los respectivos organismos y administraciones.

Plan de Investigación e Innovación Sanitarias 2012-2015⁵

Aprobado en octubre de 2012, pone el énfasis en la necesidad de anticiparse a los nuevos tratamientos garantizando la efectividad de una medicina cada vez más personalizada. Por eso hace falta priorizar y alinear la agenda de investigación con las necesidades de las políticas y necesidades de salud, buscar recursos y fondos competitivos y evaluar el impacto social y la capacidad translacional de la investigación.

Además de estos planes que trazan las líneas maestras de la hoja de ruta a seguir por la sanidad pública, se considera que los nuevos modelos de atención a las personas no se pueden hacer realidad sin la implicación del conocimiento clínico profesional y sin apostar por nuevos modelos de interacción del ciudadano/paciente. De esta manera se crea el Consejo Consultivo de Pacientes en octubre de 2012, al tiempo que se extiende aún más en el territorio el programa Paciente Experto en toda Cataluña.

Asimismo, la transparencia, la evaluación y la rendición de cuentas se conciben como elementos facilitadores del cambio y son clave para generar compromiso profesional y ciudadano. Sin evaluación y transparencia no se puede hablar de eficiencia ni de calidad ni de equidad.

El Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña, la Central de Resultados y el proyecto Essencial, dirigidos desde la AQUAS, con la participación de los centros del sistema sanitario integral de utilización pública (SISCAT) y de las sociedades científicas, son clave para compartir buenas prácticas y promover la mejora continua del sistema sanitario.

Principales retos a asumir durante los próximos años

Como ya se ha destacado previamente, el reto principal de la sanidad catalana para los años venideros es consolidar un sistema sanitario público de acceso universal, sostenible y viable, y que dé respuesta, con calidad y equidad, a los problemas de salud de la población. Pero hay por delante muchos otros retos que hay que superar y que exigen sumar voluntades y capacidades.

Para continuar siendo referentes de un modelo de sanidad pública de calidad de todos y para todos se deben superar todavía muchos retos:

- Superar las resistencias al cambio. Para ello existe un amplio acuerdo en las líneas estratégicas del Plan de Salud que pasan por integrar efectivamente la salud pública en el sistema y reforzar el papel de la atención primaria y comunitaria, desplegar un modelo de atención integral a la cronicidad, reordenar las urgencias y el terciarismo, reordenar la larga estancia y promover una efectiva interacción de los servicios sanitarios y sociales, desplegar modelos alternativos a la hospitalización y dar respuesta a los nuevos modelos de atención no presencial que facilitan las nuevas TIC, entre otros. Pero hace falta pasar del relato a los liderazgos necesarios de un proceso de implementación pleno de retos para todos, porque requiere reordenar estructuras y servicios entre los territorios, trabajar en red, promover sinergias entre proveedores, adecuar roles profesionales, cambiar el sistema de asignación de los recursos y de incentivos vinculados a la consecución de unos resultados de resolución y accesibilidad, y trabajar con una historia clínica compartida e interoperable, entre otros. Y es aquí donde el sentido común de los planteamientos choca con la resistencia a los cambios particulares en pro de la consecución del interés general. Detrás de grandes debates ideológicos injustificados se esconde, en muchas ocasiones, el inmovilismo.

- Efectuar una apuesta clara y decidida por la investigación y la innovación orientada a la resolución de los problemas de salud y promotora de sinergias con la economía productiva y social, que fomente la colaboración público-privada y que permita que el sistema sanitario de Cataluña sea un referente de la calidad de salud en el mundo.
- Promover un nuevo modelo de compromiso profesional y ciudadano basado en la profesionalización, la corresponsabilidad, la transparencia, la confianza y la rendición de cuentas.
- Preservar la sanidad pública de los debates demagógicos partidistas, corporativos, mediáticos y avanzar hacia un nuevo contrato social basado en la ética del comportamiento responsable, buscando acuerdos y consensos en torno a las reglas de juego para gobernar y gestionar bien la sanidad pública, preservando la confianza del ciudadano en el sistema sanitario.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fernández-Alegre R. Sostenibilitat i excel·lència del sistema sanitari català en èpoques de crisi. Referent. Papers de la Fundació Unió. 2013;12:6-11 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: www.uch.cat/referent/12/documents/referent%2012.pdf
2. Informe Abril. Comisión de expertos para el estudio del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el pleno del Congreso de los Diputados y presidida por Fernando Abril Martorell, 1991 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: www.consorcio.org/media/upload/pdf/docs_norm/resumen_informe_abril.pdf
3. Plan de Salud de Cataluña 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; febrero 2012 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxiu/plan_de_salud_catalunya_es.pdf
4. Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut 2012-2015 [Internet]. Barcelona: Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Setembre de 2012 [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recerca/banners/estatics/pla_estrategic_recerca_innovacio_salut_2012-2015.pdf
5. Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP). Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya [consultado 20-6-2015]. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap