

1

No sólo “recortes”, también reformas

La situación del déficit en casi todas las Comunidades Autónomas, junto con los compromisos nacionales de su disminución en el período 2011-2013, obligó a la mayoría de las comunidades a realizar “recortes” en 2011; es decir, a adoptar medidas de bajada del gasto sanitario de efecto inmediato. Algo similar está ocurriendo en 2012.

Sin embargo, los “recortes” no pueden ser la única política sanitaria, pues si lo que se quiere es mantener la confianza de la población y la alianza con los profesionales, es necesario, simultáneamente, plantear reformas. Las reformas no necesariamente tienen efecto inmediato, pero configuran cambios en profundidad en el medio plazo, con la idea de seguir avanzando en la mejora de la calidad, y en lograr mayores eficiencias del sistema mejorando su productividad.

Entre las principales reformas propuestas se señala el cambio en la orientación de la asistencia, desde un sistema enfocado a la atención de agudos, hacia un modelo centrado en la cronicidad, la creación de una central de resultados, el desarrollo de una Agencia de Evaluación, la utilización intensiva de nuevas tecnologías, superando la fases de experiencias piloto a pequeña escala, o iniciativas dirigidas a la racionalización de los servicios.

Alcanzar y mantener el equilibrio entre los “recortes” temporalmente necesarios y el impulso de reformas es un elemento clave para el sistema.

Diferencias entre “recortes” y reformas

Puesto que van a centrar el eje argumental de este apartado, nos parece interesante comenzar reflexionando sobre lo que entendemos son diferencias básicas entre “recortes” y reformas. En el contexto que nos ocupa, podemos definir los “recortes” como medidas de reducción del gasto de impacto inmediato (generalmente, en el presupuesto del mismo año). Las reformas, sin embargo, son cambios estructurales que buscan mejorar la calidad del sistema e incrementar su productividad, por medio de innovaciones y racionalización de gastos, evitando así posibles ineficiencias. No obstante, debemos pensar que, aunque sus resultados no son siempre inmediatos, constituyen una apuesta de futuro, cuyos efectos empezarán a ser visibles en algunos casos a medio-largo plazo.

“Burbuja sanitaria”

Para situar en su contexto los recortes, debemos comentar que en los últimos años hemos asistido a lo que algunos llaman “burbuja sanitaria”.⁹ En diez años, entre 1999 y 2009, el gasto sanitario público real por persona ha crecido algo más de un 49%, cuatro veces más deprisa que el PIB, pasando del 5,3% al 7% en 2009 (ver Figura 2). En esta década, el gasto sanitario

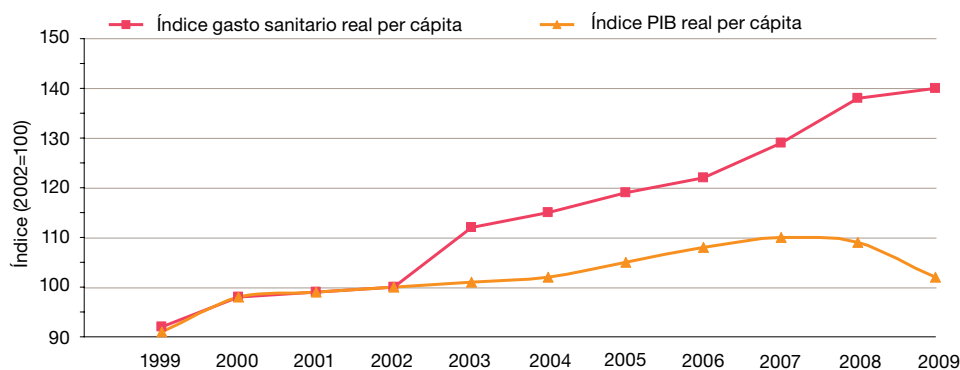
público, descontando el efecto de la inflación, ha crecido de forma muy rápida también en la mayoría de los países de la UE-15, en todos ellos a un ritmo superior al PIB. Sólo Irlanda, Finlandia y Reino Unido han crecido a un ritmo claramente superior al español (sin datos de Grecia).¹⁰

¿A qué se han dedicado estos recursos? ¿A qué se debe este sustancial crecimiento del gasto público en sanidad? Básicamente a personal y medicamentos:

- El número de personas empleadas en los hospitales públicos, ajustando por la evolución de la población protegida, ha crecido en un 20% en esta década y su salario real promedio en más de un 21%.
- El gasto público por persona en recetas médicas del SNS dispensadas en oficinas de farmacia se ha incrementado en una cuarta parte en términos reales entre 1999 y 2009. El factor precio, con una reducción del precio medio real por receta, es el que ha permitido mitigar el impacto del factor cantidad.

Causas de crecimiento del gasto sanitario en el período 1999-2009: gastos en personal y medicamentos

Figura 2.
Gasto sanitario público y PIB por persona.



Fuente: Puig-Junoy, J. ¿Recortar o desinvertir? Boletín AES, diciembre, 2011. A partir de datos de OECD Health Statistics.

⁹ Puig-Junoy, J. ¿Recortar o desinvertir? Boletín AES, diciembre, 2011

¹⁰ OECD Health Statistics.

Compromiso de estabilidad presupuestaria

Es en este contexto de crisis económica, cuando se han empezado a producir los “recortes” en sanidad.

Los “recortes” son siempre dolorosos, pero el actual contexto económico justifica la necesidad de su aplicación. La resolución de los actuales niveles de deuda pasa ineludiblemente por el cumplimiento de los compromisos de déficit a nivel europeo y por una mayor disciplina presupuestaria. En este sentido, se aprobó en el Consejo de Ministros de 29 de abril de 2011 la actualización del **Programa de Estabilidad 2011-2014**, que mantenía los compromisos de consolidación fiscal, y que preveía una significativa reducción del déficit, pasando del 9,2% sobre PIB alcanzado en 2010, al 6% en 2011, 4,4% en 2012* y 3% en 2013, alcanzando el 2,1% en 2014.¹¹ El Plan contemplaba además, una reducción del déficit público de 7,1 puntos porcentuales del PIB hasta 2014 (5,2 de los cuales corresponden a un recorte de los gastos y los 1,9 puntos porcentuales restantes, al incremento de ingresos).

Conseguir una reducción del déficit hasta situarlo en el objetivo fijado para 2012 va a ser uno de los principales retos de este año, de acuerdo al compromiso adquirido en el Programa de Estabilidad*.

En 2011, el déficit ha alcanzado el 8,51% frente al 6% previsto y se señala a las Comunidades Autónomas como las principales causantes del incumplimiento y, en menor medida, a la Seguridad Social. Los datos ofrecidos por el Gobierno sugieren que el déficit autonómico se acercará al 3% del PIB, un nivel muy superior al previsto y que deberá reducirse hasta el 1,3%, para cumplir con el objetivo de estabilidad, lo que supone recortar el déficit en torno a 16.500 millones.¹²

Los “recortes” que viene aprobando el Gobierno central tienen su réplica en la Administración Autonómica.

La mayoría de las Autonomías han aplicado varias oleadas de “recortes” y planes de austeridad, para poder cumplir con la estabilidad presupuestaria y con los compromisos fijados. Y ante un escenario de déficit creciente e incumplimiento de los objetivos de estabilidad, los recortes planteados son cada vez más drásticos, especialmente en algunas Comunidades Autónomas. El denominador común, después del adelgazamiento de la Administración, es **la actuación sobre el gasto corriente y las subvenciones**. Más difícil es asumir el desgaste de recortar partidas en áreas sensibles como sanidad, educación y servicios sociales.¹³

La reciente reforma constitucional incluyó una modificación del artículo 135 para incluir un **principio genérico de estabilidad presupuestaria**. Esta reforma se está desarrollando en la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera de las Administraciones Públicas, que recogerá la obligación de todas las Administraciones Públicas, al finalizar un periodo transitorio, **de presentar equilibrio o superávit**. Se contempla además la incorporación de un techo de gasto y una regla sobre la evolución del gasto autonómico en línea con lo acordado a nivel comunitario.¹⁴

Una pieza clave para cumplir estos objetivos es, por tanto, el compromiso de control del déficit de todas las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales y parece difícil abordar estos compromisos sin aplicar “recortes” en una de las principales partidas de los presupuestos de todas las Comunidades Autónomas como es la

¹¹ Referencia del Consejo de Ministros. 29 de abril de 2010. Acuerdo por el que se aprueba la remisión al Consejo de Ministros de Economía y Finanzas de la Unión Europea del Programa de Estabilidad de España 2011-2014.

¹² Las comunidades tienen solo 12 meses para recortar su déficit en 16.000 millones. CincoDias.com 05/01/2012.

¹³ Gasto corriente y subvenciones centran la segunda ola de “recortes” en las CCAA. El Economista.es. 05/08/2011.

¹⁴ Informe sobre los resultados del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 17 de enero de 2012. www.lamoncloa.gob.es. 20/01/2012.

* Nota: Durante el mes de marzo se ha anunciado que el nuevo compromiso de déficit público para 2012 se situará en el 5.3 frente al 4.4 inicial.

sanidad. Según datos del Ministerio de Economía y Hacienda, los gastos en materia de sanidad representaron en el período 2007-2010 el 36,1% del gasto total presupuestario.¹⁵ Por comunidades, la Comunidad Valenciana es la que presenta un mayor porcentaje de gasto total dedicado a sanidad (con un 41,3%), mientras que el porcentaje menor se produce en Navarra (21,1%). Salvo estos dos casos, el resto de autonomías se sitúan en torno a la media sin grandes diferencias.

Reales Decretos-ley con impacto en el gasto sanitario

Desde 2010 y a lo largo de 2011, hemos asistido a un intenso debate marcado por la implantación de diferentes medidas de contención del gasto público en general, y sanitario en particular. Estas medidas han sido adoptadas tanto a nivel de Gobierno Central, como por parte de las distintas Comunidades Autónomas. Desde el Gobierno Central las medidas de contención del gasto se han concretado en cuatro Reales Decretos, que han incidido, entre otras partidas, en el gasto farmacéutico:

Reducción del precio de los genéricos

- **Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud.** Además de actualizar los márgenes de medicamentos de margen fijo, introduce una nueva escala de deducciones, limitando los descuentos por pronto pago o por volumen de ventas realizados por los distribuidores de farmacia, así como una **reducción del precio de los medicamentos genéricos** incluidos o no en el Sistema de Precios de Referencia, reducción que alcanza, en este último caso, un 30%.

Reducción del sueldo de los empleados públicos y rebaja de los precios de los medicamentos y productos sanitarios

- **Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.** Estas medidas pretendían reducir el gasto público en 15.000 millones de euros en 2 años. Entre las medidas acordadas se

encontraba, además del **recorte del sueldo de los empleados públicos una media del 5%** en términos anuales, varias medidas dirigidas al recorte del gasto farmacéutico. Entre estas últimas, el **descuento obligatorio del 7,5%** al Sistema Nacional de Salud (SNS) en las ventas de los medicamentos excluidos del sistema de precios de referencia, la **rebaja en los precios de los productos sanitarios** del 7,5% en general (del 20% en los absorbentes), la adecuación del número de unidades de los envases de medicamentos a la **duración estandarizada** de los tratamientos, así como la dispensación de medicamentos en **unidosis**. Se incluyó además la creación de una **central de compras** que permita la adquisición centralizada de medicamentos y productos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de mejorar la eficiencia del sistema sanitario público.

- **Real Decreto-ley 9/2011¹⁶** (por el que se modificaba el RD-ley 8/2010). Incorporaba nuevas medidas de austeridad en la prestación farmacéutica, incluyendo la **generalización de la prescripción por principio activo y nuevas modificaciones en el sistema de precios de referencia**. Entre las principales medidas introducidas se encuentran: la **deducción del 15%** del precio de determinados medicamentos que carecen de genérico, pero no incorporados al sistema de precios de referencia, la generalización de la prescripción por **principio activo** o la introducción de criterios para mejorar la financiación de medicamentos. Los nuevos precios de referencia entraron en vigor a través de la resolución de 28 de diciembre de 2011 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, estableciéndose como máximo de financiación pública para cada conjunto de medicamentos, el de

Prescripción por principio activo

¹⁵ Presentación del Proyecto de Presupuestos Generales del Estado. 2011. Ministerio de Economía y Hacienda.

¹⁶ Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del estado para 2011.

No incremento retributivo del personal en 2012 y reducción de la tasa de reposición

menor coste por tratamiento/día, calculados según la dosis diaria definida.

- **Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.** Incide en algunas medidas que afectan a sanidad, siempre en la línea de contención del gasto: **no incremento retributivo** en 2012 del personal de las Administraciones Públicas, que afecta a todo el personal sanitario dependiente de las Comunidades Autónomas. Excepcionalmente, se establece que la tasa de reposición del personal en sanidad no sea superior al **10%** y fija una jornada semanal promedio de **37,5 horas** para todos los empleados públicos.

Estas medidas se aplicarán totalmente en 2012, por lo que su impacto será sin duda objeto de amplio seguimiento y debate sobre sus efectos a lo largo de este año.

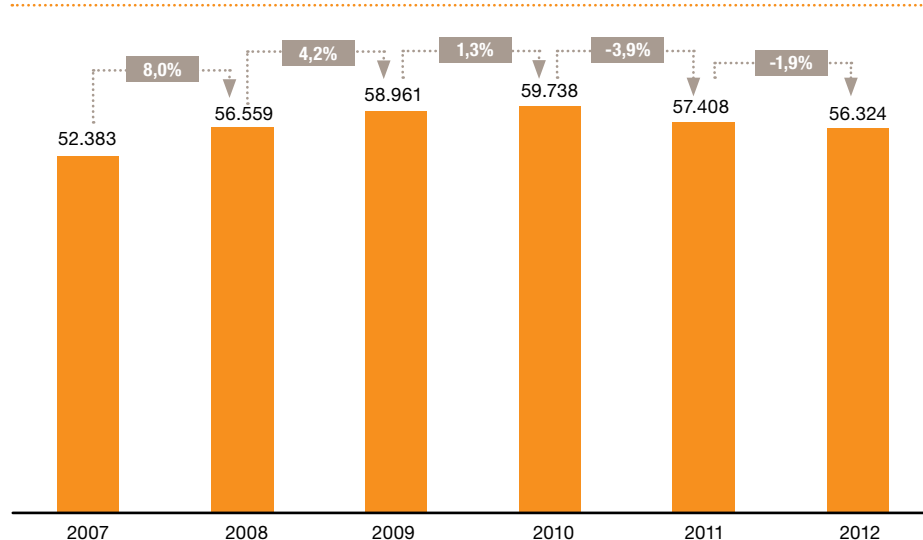
A nivel de las Comunidades Autónomas, la aplicación de medidas de austeridad y disminución del déficit público está siendo heterogénea. Mientras algunas Comunidades Autónomas han desarrollado ya varios planes de ajustes, otras plantean medidas más tibias. Tampoco la situación es comparable. Cataluña y Castilla-La Mancha requieren más esfuerzos para reducir su déficit, mientras Madrid y La Rioja cumplen con los objetivos con mayor facilidad. Los planes financieros aprobados y publicados reflejan ajustes duros, aunque la mayoría poco detallados y centrados en la reestructuración de la administración pública.¹⁷

El presupuesto sanitario inicial de las Comunidades Autónomas 2012 mantiene la línea descendente iniciado en 2011, previéndose un descenso en conjunto en torno al 2% (tal como se recoge en la Figura 3), y al menos diez comunidades con recorte en los presupuestos destinados a la sanidad (detalle en Figura 4). La comunidad con

Los recortes también han sido aplicados por las Administraciones Autonómicas

Los presupuestos en sanidad en 2012 siguen descendiendo

Figura 3. **Presupuestos sanitarios iniciales de las Comunidades Autónomas (millones de euros). Totales. 2007-2012.**



Fuente: Análisis y valoración ante los presupuestos sanitarios previstos para 2012 en las CCAA. Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO) a partir de datos de las Consejerías de Sanidad, INE. 2011 son datos de la Secretaría General del MSPSI. Los datos de 2012 son de diversas fuentes de información.

¹⁷ Resúmenes de los planes económico- financieros de reequilibrio (PEF) de las CCAA 2010-2013. Ministerio de Economía y Hacienda.

Grandes diferencias en gasto sanitario entre Comunidades Autónomas

mayor reducción es Murcia (-8,29%) y en el extremo contrario, Asturias, con un incremento del 6,7%.¹⁸

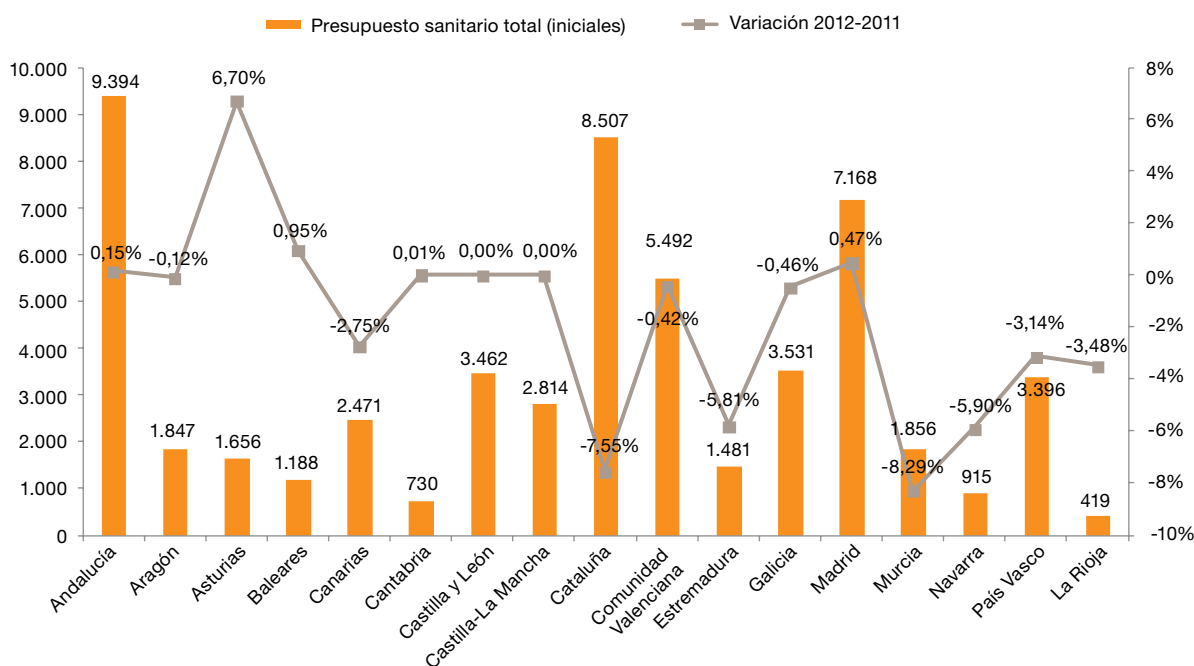
En términos de presupuesto sanitario per cápita se reproduce la tendencia decreciente, en línea con lo sucedido en el año 2011, manteniéndose las diferencias significativas entre la comunidad autónoma con mayor presupuesto per cápita, País Vasco, respecto a la de presupuesto menor, Comunidad Valenciana, con una diferencia de 497 euros, pero también diferencias considerables en las variaciones respecto al año anterior (los datos se recogen en la Figura 5). La disminución de los presupuestos en comunidades con mayores problemas de deuda a proveedores y demoras en los pagos no hace sino agravar el problema.

Dado que los presupuestos sanitarios de 2012 mantienen la tendencia de descenso iniciada en 2011, y teniendo en cuenta los objetivos de déficit, es previsible que se deba continuar en la línea de realización de “recortes” en 2012.

Sin embargo, la aplicación de “recortes” requiere una cierta homogeneidad en su aplicación. La situación es difícil y lo es para todos, lo que probablemente requiere medidas excepcionales. La explicación pública de la necesidad de los “recortes” sería más sencilla si se percibiese una sensación de unidad, en la que participen todas las Comunidades Autónomas. Si los “recortes” son consensuados se transmite una sensación de necesidad y compromiso “real”, independiente de ideologías, lo que permitirá mantener la adhesión de

Necesidad de una cierta homogeneidad en los recortes

Figura 4. **Presupuestos sanitarios iniciales de las Comunidades Autónomas (millones de euros). 2012**



Fuente: Análisis y valoración ante los presupuestos sanitarios previstos para 2012 en las CCAA. Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO) a partir de datos de las Consejerías de Sanidad, INE. 2011 son datos de la Secretaría General del MSPSI. Los datos de 2012 son de diversas fuentes de información. Nota: Castilla La-Mancha no ha aprobado presupuesto para 2012 por lo que, de acuerdo a la legislación vigente, se ha prorrogado el de 2011 (Decreto 303/2011, de 22/12/2011, por el que se establecen las condiciones específicas a las que debe ajustarse la prórroga de los Presupuestos Generales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha de 2011 para 2012).

¹⁸ Análisis y valoración ante los presupuestos sanitarios previstos para 2012 en las CCAA. Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO). Diciembre 2011.

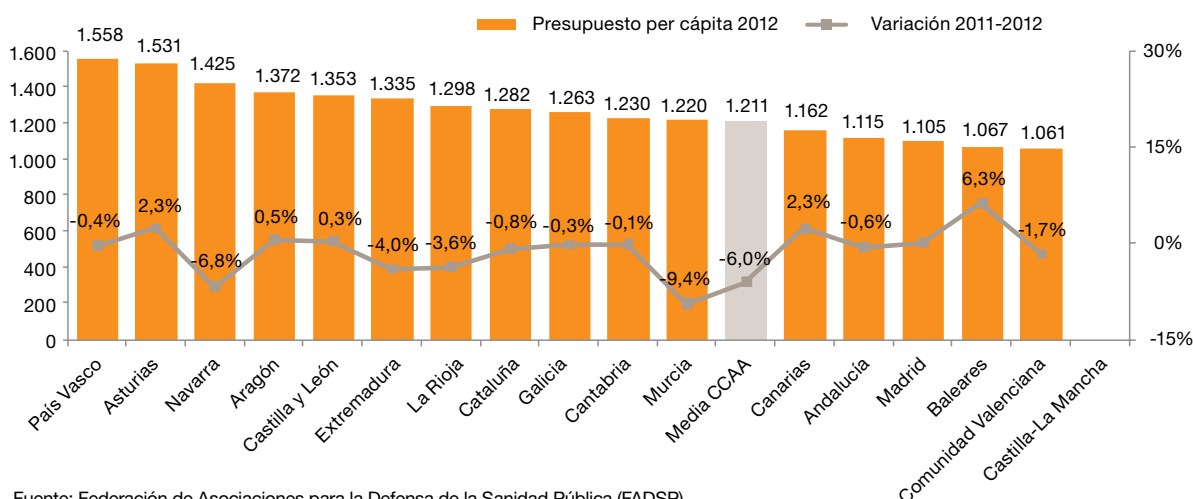
profesionales y ciudadanos al sistema, lo que es crítico para su sostenibilidad.

Sin embargo, los “recortes” tienen un límite. Una vez “aligerado” el sistema de aquello que no afecta, en lo fundamental, a la calidad de los servicios prestados, y parada la hemorragia del déficit inicial, es preciso prepararnos para fortalecer nuestro sistema y asentar las bases para hacerlo más sostenible en el futuro. Los “recortes” son coyunturales pero las reformas deben dar respuesta a un escenario de demanda creciente. Son

necesarias reformas que incidan en un aumento de la eficiencia y productividad del sistema y no únicamente en medidas inmediatas de recorte de gasto.

La aplicación de una agenda de reformas, de manera ordenada, priorizada y con un elevado nivel de consenso se considera inaplazable. Como principales reformas a acometer y para las que existe un cierto grado de consenso sobre su necesidad, se consideran las siguientes, incluidas de forma resumida en la Tabla 2:

Figura 5.
Presupuesto sanitario total per cápita (euros). 2012



Fuente: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Sin datos para Castilla La Mancha

Propuestas de reforma

Tabla 2.
Resumen de propuesta de reformas

Modelo de crónicos	<ul style="list-style-type: none"> Cambio en la orientación de la asistencia desde un sistema enfocado a la atención de agudos hacia un modelo centrado en la cronicidad.
Central de Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Creación de una central de resultados que introduzca una mayor transparencia en el sistema y la introducción de mejoras a través de estudios en benchmark.
Agencia de Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de Agencia/s de Evaluación, en la línea de la actividad desarrollada por el <i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i> (NICE) para la evaluación de nuevas tecnologías/procedimientos y tratamientos en el sistema.
Utilización intensiva TICs	<ul style="list-style-type: none"> Utilización intensiva de nuevas tecnologías, superando las fases de experiencias piloto a pequeña escala.
Racionalización de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> Racionalización de los servicios, con mayor aprovechamiento de sinergias de grupo, eliminación de duplicidades que permitan una mejor atención de la complejidad.

Fuente: Elaboración propia.

Algunas de ellas, por su especial relevancia, se ha considerado que tienen entidad suficiente para su tratamiento como un tema candente para 2012, por lo que se desarrollan en mayor detalle más adelante en este documento.

La gran reforma a nivel asistencial es la reforma del sistema hacia la atención del paciente crónico

Gestión de la atención de crónicos

Es, sin duda, una de las reformas de mayor calado y con mayor impacto en el sistema, dado que las enfermedades crónicas representan aproximadamente el 70% del gasto sanitario.

El cambio desde un modelo mayoritariamente orientado a la atención de patologías agudas a un modelo centrado en la cronicidad, supone uno de los verdaderos retos de nuestro sistema. Se necesita un modelo eficaz, que permita dar respuesta a los cambios demográficos y al incremento experimentado por las enfermedades crónicas en prácticamente todos los países del mundo.

Por su relevancia, la reorganización del sistema hacia un modelo centrado en el paciente crónico tiene múltiples vertientes que requerirán importantes cambios, como la integración entre niveles, la redefinición del papel de la enfermería, la articulación con el sistema sociosanitario, las oportunidades de colaboración público-privada que se plantean, así como de aplicación de TICs.

Además del innegable valor como elemento para la adecuada gestión del paciente y la mejora de la calidad de los servicios, la reorientación del sistema hacia la atención de pacientes crónicos es un elemento clave para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Creación de una Central de Resultados

En un escenario como el actual, en pleno debate sobre las posibles fórmulas para la aplicación de “recortes”, y en el que se

discute sobre cuáles son las reformas más relevantes y con mayor impacto en calidad y sostenibilidad, resulta más necesario que nunca la implantación de sistemas que permitan monitorizar el impacto de los “recortes” y reformas sobre las prestaciones. Como derivada de la implantación de sistemas de evaluación, se encuentra implícito un aumento de la transparencia en los resultados obtenidos. Esta información será de gran valor para los pacientes/usuarios, para los profesionales, los gestores del sistema y los políticos.

La Central de Resultados de la Red Sanitaria de Utilización Pública de Cataluña¹⁹ tiene por misión medir, evaluar y difundir los resultados alcanzados en el ámbito de la asistencia sanitaria por los diferentes agentes integrantes del sistema sanitario de utilización pública, para facilitar una toma de decisiones corresponsable, al servicio de la calidad de la atención sanitaria prestada a la ciudadanía.

El mecanismo de generación de informes está aún en fase de desarrollo. Incluye una batería de indicadores, en concreto 127 en el último informe (clasificados en sociodemográficos, estilos de vida y estado de salud, recursos, utilización de servicios, calidad y sostenibilidad socioeconómica) que se espera actualizar de forma periódica, para tener un conocimiento fiable del funcionamiento del sistema. Con estos informes se persigue analizar y evaluar los resultados del rediseño de los servicios sanitarios y su impacto directo en la población. De esta forma, se cuenta con una herramienta objetiva de referencia para todos los agentes del sistema, que permitiría, por ejemplo, la toma de decisiones sobre la contratación de servicios en función de la eficiencia y resultados de cada centro sanitario.

Está prevista la presentación de datos de actividad por centro (en principios sólo públicos o de participación pública

Son más necesarias que nunca estructuras que permitan analizar los resultados alcanzados para monitorizar las reformas acometidas

¹⁹ Las funciones de la Central de Resultados son competencia de la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS).

mayoritaria o aquellos privados que lo deseen.)²⁰

Creación de un NICE español/ Agencia de Evaluación

La toma de decisiones sobre lo que se mantiene en el sistema, lo que debe excluirse, la introducción de nuevas tecnologías y la elaboración de guías debe fundamentarse en una o varias agencias siguiendo el modelo del NICE británico

La credibilidad del ajuste presupuestario sanitario dependerá de la capacidad para evolucionar hacia una financiación selectiva de las prestaciones sanitarias. Para ello es necesario la creación de una Agencia de Evaluación sobre efectividad comparada y seguir sus indicaciones, basadas en el mejor conocimiento científico como una solución real para la contención del crecimiento del gasto y la credibilidad de las reformas que se emprendan.²¹

Son varias y bien conocidas las iniciativas en este sentido existentes en nuestro país a nivel central y de las Comunidades Autónomas (agencias de evaluación de tecnologías sanitarias).

Además de fortalecer estas estructuras, sería necesario valorar la necesidad de la puesta en marcha de una iniciativa global, que podría diseñarse en red, a semejanza del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) en el Reino Unido.

El NICE cuenta con más de 20 años de experiencia, dedicado a asegurar el acceso equitativo a los tratamientos médicos y la prestación de asistencia sanitaria de primera calidad por parte del *National Health Service* (NHS). Se considera el instituto de referencia en la definición de estándares de asistencia sanitaria de alta calidad, y una de las instituciones más activas en la generación de recomendaciones y guías clínicas. Sus recomendaciones abarcan desde los tratamientos o uso de medicamentos, hasta aspectos como hábitos de vida saludable. Todas sus actuaciones deben estar inspiradas por tres principios básicos: transparencia, colaboración e implicación de distintos agentes, lo que se concreta en la organización del trabajo en

comités independientes con participación de expertos, ciudadanos y diversos grupos de interés.

Este tipo de iniciativas constituyen además una oportunidad para incrementar el grado de involucración de pacientes, cuidadores y la sociedad en general en la gobernanza del sistema. Volviendo al ejemplo anterior, el NICE cuenta con mecanismos que fomentan la participación de pacientes y otros sectores relacionados en el desarrollo de sus guías y recomendaciones y otros productos. Involucrando a la población a la que se dirige la información generada, se consigue que los resultados pivoten sobre un eje central que son las necesidades y preferencias de los pacientes. El mayor reto, sin embargo, es conseguir la aplicación práctica de las recomendaciones. Para ello, el NICE cuenta con un Programa de soporte a la implantación, que desarrolla iniciativas de comunicación, herramientas de soporte a la implantación, actividades y material formativo o documentación justificativa sobre impacto en los costes (tanto en coste de implantación, como ahorros generados a nivel estatal y local).

Es importante contar con un sistema que permita la toma de decisiones sobre lo que se debe mantener o excluir del sistema por su reducido valor. Así, si se eliminan las intervenciones clínicas de bajo valor, será mucho más probable que se preserve la calidad de la atención que si se recorta de manera indiscriminada. En esta línea, en algunos países como Reino Unido y Australia se ha introducido el concepto de **desinversión sanitaria**, en un contexto de debate sobre la reducción del déficit público. Desinvertir supondría eliminar la práctica clínica, los medicamentos o la tecnología para los que existe evidencia científica de que aportan poco o ningún beneficio a la salud.²²

Esta evaluación debe ir ligada a la elaboración de guías de práctica clínica y mecanismos que contribuyan a la

El nuevo concepto de “desinversión sanitaria”

²⁰ Salud confía en la Central de Resultados para evaluar el rediseño de los servicios. Nota de prensa EuropaPress publicada el 9/6/2011.

²¹⁻²² ¿Recortar o desinvertir? Jaume Puig-Junoy. Departamento de Economía y Empresa, UPF.

aplicación real de aquellos tratamientos/procedimientos /tecnologías que hayan demostrado tener mayor valor, y a acciones de difusión de información rigurosa sobre la generación de costes y ahorros de su implantación.

Utilización intensiva de nuevas tecnologías

Se debe apostar por un uso intensivo de las nuevas tecnologías, a través de la puesta en marcha de programas dirigidos a mayor número de personas o programas de telemedicina y de *mHealth* (*mobile Health*) más amplios que no se limiten a poblaciones reducidas.

A pesar de la gran oportunidad que supone, la implantación generalizada de experiencias de telemedicina sigue constituyendo un reto. Su potencial es innegable, ya que permite dar solución a los principales retos de los sistemas sanitarios (envejecimiento, enfermedades crónicas, demanda creciente de autoseguimiento de su estado de salud por parte de los pacientes, falta de especialistas en determinadas áreas, etc.), contribuyendo a la reducción de costes médicos, una mayor calidad de la asistencia, un mayor nivel de independencia para personas mayores y crónicos, y favoreciendo la continuidad asistencial y una mayor equidad de acceso a servicios, independientemente de la situación geográfica.

Por todo esto, la apuesta por la e-Salud es clara. La Comisión Europea ha invertido más de mil millones de euros en los últimos veinte años, que han permitido generar numerosa evidencia científica y conocimiento sobre sus potenciales aplicaciones. Por tanto, se considera un sector lo suficientemente maduro “para empezar a obtener beneficios a gran escala de los resultados de las investigaciones realizadas”.²³

“Es evidente que existen cientos de proyectos piloto en todos los Estados

miembro, pero que en ninguno de ellos la telemedicina disfruta de derecho de ciudadanía a nivel nacional.”²⁴ Pese a este potencial y tras haberse superado las principales limitaciones técnicas, se señalan como principales barreras la interoperabilidad limitada de los sistemas basados en estándares, que permitan la conexión entre historiales médicos electrónicos de diferentes proveedores sanitarios, dificultades a nivel organizativo y en algunos casos la resistencia al cambio de profesionales y pacientes, y la falta de motivación y de recursos.

Pero sobre todo, es necesaria una voluntad política, según se expresó durante la Conferencia Interministerial sobre e-Salud celebrada en Barcelona en 2010. Como aspecto clave para convencer a las autoridades y profesionales sanitarios de su implantación real, es crítico apoyar iniciativas dirigidas a **verificar el valor añadido de estas aplicaciones**, a través de sistemas de evaluación de tecnologías sanitarias en telemedicina y la aportación de estudios sobre su coste-beneficio.

La disposición de las empresas tecnológicas y de dispositivos médicos para la colaboración en iniciativas de telemedicina, mercado que se percibe con un importante potencial de crecimiento, junto a los planes que desde las diferentes administraciones impulsan su expansión, ofrecen oportunidades para superar la barrera de financiación inicial de proyectos concretos.²⁵

Una de las claves del éxito para conseguir experiencias de telemedicina de mayor alcance, es conseguir la confianza de los pacientes. Generar confianza en que los sistemas garantizan la confidencialidad de la información, en entornos seguros y conseguir que se asuma un papel más responsable en el cuidado de su salud. En este sentido, se ha lanzado la *eHealth*

Para impulsar la introducción de nuevas tecnologías hace falta evaluación

La interoperabilidad es una auténtica necesidad en nuestro país

²³ El reto de la Telemedicina en Europa. The European Files 2010 nº 20.

²⁴ Gerad Comyn. Vicepresidente de la asociación CATEL, anteriormente jefe de la unidad TIC for la salud en la CE. Editorial del documento. “El reto de la Telemedicina en Europa. The European Files 2010 nº20.

²⁵ Roig F, Saigó F. Barreras para la normalización de la telemedicina en un sistema de salud basado en la concertación de servicios. Gac Sanit. 2011.

Governance Initiative, plataforma para la cooperación entre los estados miembro y la Comisión Europea, que cuenta con la implicación de grupos de usuarios para guiar las acciones políticas en esta área. El objetivo principal es contribuir de forma activa a la construcción de la agenda europea en e-Salud, con especial foco en la **interoperabilidad**.

Dentro de la Estrategia Europea 2020, la iniciativa emblemática de la Comisión Europea “Una agenda digital para Europa”, representa un paso más para conseguir el salto desde la investigación a la incorporación de la telemedicina en la vida cotidiana.

El uso de nuevas tecnologías de la información puede contribuir además a la eficiencia organizativa y la reducción de la burocracia.

Racionalización de los servicios

Racionalizar los servicios supone aprovechar las sinergias de grupo y organizar la atención de la de la alta complejidad, evitando duplicidades, garantizando servicios de mayor calidad

La mejora de la calidad, la seguridad y la eficiencia de los servicios, requiere una racionalización de los mismos, de manera que se optimicen los recursos y se aprovechen sinergias. Esto requiere una mejor integración entre los diferentes niveles asistenciales, evitando solapamientos y duplicidades.

Para ello, los diversos niveles y equipos asistenciales deben trabajar de forma integrada y conjunta, y organizados en base a procesos asistenciales, evitando la generación de compartimentos estancos.

“La creación de complejos multihospitalarios no supone la disminución de la cartera de servicios de los hospitales locales, sino que algunos de estos servicios se dan con el equipo del hospital de referencia, lo que supone -entre otros aspectos- mantener un alto nivel de experiencia y conocimientos para todos los profesionales”. Otras ventajas de los complejos

multihospitalarios son aspectos como la garantía de la continuidad del servicio y la prestación de una atención integral.²⁶

Al hablar de potenciar **sinergias entre hospitales** en un marco de sistema multihospital, se plantean medidas dirigidas a eliminar posibles duplicidades, facilitar la implantación de prácticas homogéneas y ordenar los servicios de referencia de los hospitales.²⁷

En lo relativo a la calidad y seguridad, existe una amplia evidencia científica que demuestra que la atención a ciertos procesos asistenciales y procedimientos de alta complejidad **requiere un volumen de actividad suficiente para garantizar resultados óptimos**. Por tanto, estamos hablando, principalmente, de una reforma que en muchos casos está directamente relacionada con la mejora de asistencia, más que como medida de contención de gasto.

En este sentido, un ejemplo es el informe presentado por la Sociedad Española de Cardiología (SEC), junto a la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular (SECTCV) y la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC), al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, sobre los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad de las Unidades Asistenciales del Área del Corazón (UAAC). En dicho informe, se recoge que para que la asistencia prestada en las Unidades Asistenciales (especialmente las intervencionistas) sea de calidad, segura y eficiente, se debe dotar de servicio de cirugía cardiovascular o intervencionista, solamente a aquellos hospitales que realicen un **mínimo de 400 procedimientos anuales** de intervencionismo coronario percutáneo. Un número inferior a este, sólo estaría justificado para las unidades satélites, que serían atendidas por el equipo de la unidad de referencia. Asimismo,

²⁶ Francisco Javier Elola, especialista en consultoría sanitaria, en declaraciones sobre el Informe sobre la sanidad pública asturiana del Consejo Económico y Social (CES).
²⁷ Contención de costes en el sector sanitario. Hacer más con menos, ¿visión o ilusión? Informe de la reunión de expertos del 2 de febrero de 2011 organizada por el Centro de Innovación del Sector Público de PwC e IE Business School.

convendría que se llevaran a cabo **al menos 600 intervenciones quirúrgicas cardíacas mayores al año por cada centro**. El volumen de actividad, tanto por unidad como por profesional, se considera como un garante de eficacia y seguridad en los resultados en determinadas unidades, como son las de cirugía cardíaca mayor, hemodinámica y las de electrofisiología.²⁸

La aplicación de las reformas propuestas puede requerir un **Pacto de Estado** que garantice la aplicación de medidas similares y consensuadas, identificadas como las de mayor impacto, que permita desligar las actuaciones de ideologías políticas concretas, a través de la implicación en el mismo de todos los actores, y facilite la explicación de la necesidad de las mismas a la sociedad en general (decisiones consensuadas serán mejor recibidas que actuaciones de carácter unilateral).

Hace falta sacar las conclusiones del intento fallido del Pacto de Estado de 2010

Pese al primer intento fallido de presentación de un **Pacto de Estado por la Sanidad, en septiembre de 2010**, que finalizó sin acuerdo sobre un documento de consenso que garantizara la sostenibilidad del SNS, el escenario ha cambiado.

En el 2012, sin elecciones en el horizonte y con el acuerdo de la mayoría de fuerzas políticas sobre su necesidad, parece un momento más apropiado. De hecho, el Presidente del Gobierno en su discurso de investidura señaló la voluntad de plantear, en el ámbito estatal, y en el marco de sus competencias, un **Pacto por la Sanidad** con todos los partidos políticos, Administraciones Públicas y profesionales implicados. Se trata de un aspecto ampliamente demandado desde diferentes sectores sanitarios, por lo que, la mención explícita en su discurso de investidura ha sido bien valorada.

Se trataría de construir un **proyecto sanitario global**, con liderazgo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y a través del Consejo Interterritorial del SNS, que defina una línea de actuación común sobre las reformas a acometer, identificando los principales frenos a su implantación y actuando sobre los mismos para desbloquearlos.

En caso de no alcanzarse el deseable acuerdo, el Gobierno no debe eludir su responsabilidad para impulsar las reformas necesarias para garantizar la sostenibilidad del sistema.

La complejidad de las reformas sigue exigiendo un Pacto de Estado por la Sanidad

Implicaciones

- Los “recortes” exigen sacrificios que requieren ser bien explicados al conjunto de la sociedad, de manera que no se pierda la adhesión de la población y los profesionales al sistema sanitario.
- Evitar la sensación de que los “recortes” son la única solución en el horizonte. En paralelo, deben darse pasos firmes y consensuados
- Como principales reformas propuestas, se identifica la orientación del sistema hacia la cronicidad, la creación de una
- para transmitir confianza y sentar las bases de un futuro sistema sanitario mejor preparado para asumir los retos de un aumento de demanda creciente de manera sostenible.
- Central de Resultados y una Agencia de Evaluación tipo NICE, la utilización intensiva de las TICs y la racionalización de los servicios.
- Es urgente diseñar, por tanto, una agenda de reformas con el máximo nivel de compromiso y coordinación, apoyada en un Pacto de Estado por la Sanidad.

²⁸ Nota de prensa. Sociedad Española de Cardiología. Publicada 10/10/2011