

Diez temas candentes de la Sanidad española para 2012

Dos agendas simultáneas:
recortes y reformas

Crecimiento Inteligente



Presentación

Por tercer año consecutivo, presentamos el documento ***Temas candentes de la Sanidad española***, en este caso, para el año 2012.

Como en ediciones anteriores, nos hemos inspirado en las publicaciones *Top Health Industries Issues* que desde el año 2008, se publican anualmente en Estados Unidos. La filosofía de este documento también se mantiene respecto a la de años anteriores: realizar una aportación sobre los temas candentes en el sector sanitario en España, con un enfoque riguroso, a la vez que ágil y directo.

La versión de este año tiene algunas novedades en relación con las ediciones anteriores de 2010 y 2011:

- Se incluye una introducción, que pretende ser una reflexión general de los retos y ejes de cambio del sector sanitario, a nivel global y en nuestro país.
- Se añade un resumen ejecutivo.
- Se incorporan unos subtítulos laterales, con el fin de permitir una lectura rápida de cada uno de los puntos.
- Por último, hemos añadido un apartado de anexos en el que se realiza una revisión de los acontecimientos más relevantes en el sector en el año 2011 y se proporciona un resumen actualizado de los principales datos de los diferentes subsectores que constituyen el sector salud.

Queremos resaltar un año más que no se trata de un documento de enfoque sistemático, sino de una presentación de los temas considerados más candentes para este año. Aunque los temas seleccionados suelen ser de relevancia, el criterio de selección no es la importancia relativa sino el que sean temas que estén en la agenda y el debate de este año.

Siguiendo el mismo enfoque participativo de años anteriores, el 23 de noviembre de 2011, reunimos a un grupo de expertos y destacadas personalidades del sector sanitario para mantener con ellos una reunión de trabajo. La mayoría de los asistentes fueron los mismos que en años anteriores. Este año se incorporaron a la reunión por primera vez, Pilar Fernández, Jesús María Fernández, Javier Fernández –Lasqueti, José Andrés Gorricho, Xavier Pomés, Higinio Raventós y Eduard Rius. Ana Pastor y Julián García Vargas, ambos ex Ministros de Sanidad y, por encima de ello personas de sumo reconocimiento en el sector, moderaron un año más una sesión de más de tres horas de duración.

Las aportaciones realizadas durante la sesión fueron sumamente enriquecedoras, permitiendo una visión de la situación bajo diferentes prismas. Se ha mantenido el número de temas candentes en diez, como ya sucedió en la pasada edición, con el objetivo de asegurar un mayor impacto de los temas seleccionados.

Un año más, nos gustaría destacar que se han tenido en consideración los problemas de la sanidad española en su conjunto, no sólo de las Administraciones Sanitarias, sino de un amplio conjunto de instituciones y empresas públicas y privadas cuya actuación de forma armónica, en el marco de una estrategia global, es clave para el cumplimiento de la misión de servicio a los ciudadanos por parte del sistema sanitario.

Participantes

Como en años anteriores, el presente documento se ha elaborado a partir de las aportaciones del grupo de trabajo formado por un panel de expertos y representantes de diferentes sectores. Los datos, opiniones y comentarios recogidos durante esta sesión de trabajo han sido indispensables para la construcción de este documento, cuya redacción final ha estado a cargo del equipo de sanidad y farmacia de PwC. Este año, el documento ha contado además con la revisión y aportaciones del *Core Team* de la *Health Big Bet* de PwC, iniciativa que refuerza el compromiso de nuestra firma con el sector salud.

Como en años anteriores la metodología de trabajo utilizada para la elaboración del documento ha incluido la revisión de una versión borrador por parte del panel de expertos, que en algunos casos propusieron modificaciones y realizaron aportaciones que permitieron enriquecer y matizar los contenidos incluidos en el documento final. Asimismo, siguiendo el esquema de ediciones anteriores, se ha buscado componer un panel en el que estuvieran representadas diferentes sensibilidades y puntos de vista. Debido a este carácter plural es importante hacer notar que probablemente no todos los participantes se sientan identificados con las opiniones vertidas en el documento, ni con la elección final de temas seleccionados como candentes para este año.

Desde PwC queremos agradecer sinceramente la implicación y el tiempo dedicado por los participantes a la redacción de este documento. Un año más sentimos que es un privilegio haber podido contar con su amplia experiencia y profundo conocimiento de la Sanidad española.

Los moderadores y participantes asistentes a la mencionada sesión de trabajo se detallan a continuación.

Moderadores:

- **García Vargas, Julián.**
Presidente de TEDAE, ex-Ministro de Sanidad y Consumo y Defensa
- **Pastor Julián, Ana María.**
Diputada Nacional, ex-Ministra de Sanidad y Consumo¹

Participantes:

- **Abarca Cidón, Juan.**
Director General Grupo Hospital de Madrid; Secretario General del IDIS
- **Alfonse, Margarita.**
Secretaria General, FENIN
- **Ayerdi, Ignacio.**
Director General, Philips Healthcare Iberia
- **Belenes, Rai.**
Director de Innovación, CAPIO Sanidad
- **Blasco, Sergio.**
Director Gerente, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- **Carreño, Daniel.**
Presidente España y Portugal, GE; Presidente de FENIN²
- **Cervera, Manuel.**
Diputado Nacional; ex Consejero de Sanidad, Comunidad Valenciana
- **De Rosa, Alberto.**
Director General de Ribera Salud
- **Fernández, Pilar.**
Vicepresidente del Consejo General de Enfermería
- **Fernández, Jesús María.**
Viceconsejero de Sanidad del País Vasco
- **Fernández-Lasquetty, Javier.**
Consejero de Sanidad, Comunidad de Madrid
- **Gorricho Vissiers, José Andrés.**
Consejero Delegado, Grupo IMQ

¹ Con fecha 21 de diciembre de 2011, Ana María Pastor fue nombrada Ministra de Fomento.

² Daniel Carreño no pudo asistir a la sesión de trabajo del panel de expertos celebrada el 23 de noviembre de 2011. Sin embargo, participó de manera activa en el resto del proceso de revisión y aportación de sugerencias.

- **Martí, Jordi.**
Director General de AMGEN
- **Martínez Hernández, Joaquín.**
Director Gerente, Clínica La Luz,
Madrid
- **Pomés, Xavier.**
Delegado de Centros para América
Latina, Orden Hospitalaria de San
Juan de Dios, Curia General;
Presidente del Hospital Clínic,
Barcelona
- **Ramentol, Jordi.**
Consejero Director General, Grupo
Ferrer Internacional; Presidente de
Farmaindustria
- **Raventós, Higinio.**
Presidente de SAR; Presidente
Fundación Edad&Vida
- **Rius, Eduard.**
Director Gerente Servicios
Hospitalarios, Acciona
- **Rodríguez Sendín, Juan José.**
Presidente del Consejo General de
Colegios de Médicos

- **Ruiz, Boi.**
Conseller de Salut, Generalitat de
Cataluña

**Responsables de la preparación
del documento por parte de PwC:**

- **Riesgo, Ignacio.**
Leader consultoría Sanidad y Farma
- **Sevilla, Jordi.**
Senior counsellor, PwC
- **Carrasco, Manuel.**
Director de consultoría Sanidad y
Farma
- **Miaja, Miguel.**
Director de auditoría Gobierno.
- **Sangrador, Borja.**
Gerente Sanidad y Farma
- **Salinas, Marta.**
Consultor senior de Sanidad y Farma

El documento fue revisado por el *Core Team* de la *Health Big Bet*, en su reunión de enero de 2012.

Índice

Introducción	6
Resumen ejecutivo	10
Tema 1. No sólo “recortes”, también reformas.....	14
Tema 2. Agenda de cambios: nacional y autonómicas	26
Tema 3. Un plan para el pago de la deuda a los proveedores.....	32
Tema 4. Hay que modernizar el régimen de personal	42
Tema 5. También hay que activar la generación de ingresos.....	50
Tema 6. Es el momento de relanzar la colaboración público-privada	60
Tema 7. Proteger a las industrias de salud asentadas en España	70
Tema 8. Más pasos para la orientación hacia los crónicos.....	78
Tema 9. Un mayor esfuerzo en Salud Pública	86
Tema 10. Revisión de la cartera de servicios.....	94
Índice de figuras.....	100
Índice de tablas	101
Anexos.....	102
Índice de Anexos	103

Introducción

Las tres fuerzas que están influyendo en el sector salud globalmente

Globalmente, tres fuerzas fundamentales están influyendo en el sector salud, tal y cómo se representa en la Tabla 1: revolución asistencial, reformas regulatorias e impacto de la nueva ciencia.

En lo que se refiere a la **revolución asistencial**, en sanidad, como en otros sectores, se está avanzando hacia una organización centrada en el consumidor-paciente. Estos cambios están posibilitados por la conectividad entre todos los *stakeholders* del sistema sanitario. Entre los principales cambios, destacan: la conectividad y los nuevos modelos de gestión de la atención/enfermedad; la telemedicina; la historia clínica electrónica e historia personal de salud; fenómenos Health 2.0, etc. Todo ello conduce a intervenciones en salud moduladas por las características individuales, cultura y expectativas y, también, a una oscilación del péndulo

desde el tratamiento de las enfermedades hacia la promoción y prevención.

En cuanto a las **reformas regulatorias**, se están dando tanto en las economías desarrolladas como en las que están en desarrollo. Las economías desarrolladas se están enfrentando al envejecimiento de la población y a un rápido incremento del número de pacientes crónicos, a problemas de coste y calidad y a los temas derivados de la sostenibilidad y valor. Las economías en desarrollo están abordando el aumento de las expectativas de las clases medias y de los consumidores, las enfermedades de la prosperidad y, en general, la búsqueda de soluciones innovadoras, sin caer en los errores ajenos.

Recientemente, varios países han llevado a cabo importantes cambios regulatorios. Como principales ejemplos destacan: **Estados Unidos** (con la aprobación de la llamada ley sanitaria de Obama), **Japón** (con un estricto control de los precios de los procedimientos y medicamentos, para preservar la cobertura universal), **Turquía** (donde reformas recientes incluyen la transición hacia la cobertura sanitaria universal), **Brasil** (que aprobó una ley para incrementar el gasto en sanidad a un mínimo del 10% del PIB y está a la búsqueda de inversores privados extranjeros), **India** (donde se está dando un crecimiento rápido del PIB, acompañado de un incremento del gasto sanitario), **China** (donde el sector sanitario crece a un 25% anual y se están planteando abrir 2.000 nuevos hospitales). Por no hablar de los cambios en **Europa**, donde todos los gobiernos están abordando los problemas de mantenimiento de la calidad, sin que se disparen los gastos a ritmos no asumibles

Tabla 1.
Tres fuerzas fundamentales están influyendo en el sector salud globalmente.

Fuerzas	Atributos clave
Revolución asistencial	• Se está avanzando hacia una economía de la salud centrada en el paciente, como en otros sectores. • Cambio posibilitado por la conectividad de los <i>stakeholders</i> y por los grandes cambios en las tecnologías de la información.
Reformas regulatorias	• La explosión de los costes y la calidad en el centro de las preocupaciones y de las agendas políticas: – economías desarrolladas-envejecimiento de la población. – economías en desarrollo-enfermedades de la prosperidad.
Impacto de la nueva ciencia	• La genómica está produciendo un cambio espectacular en las posibilidades de la especificidad de los pacientes. • Customización masiva en el horizonte. • El péndulo se está moviendo de poner el foco en la enfermedad a poner el foco en la salud.

Fuente: Elaboración propia.

para sistemas de financiación fundamentalmente públicos.

Por último, también cabe considerar el **impacto de la nueva ciencia**, en gran parte (aunque no exclusivamente) favorecido por todo el conocimiento científico desarrollado a partir del proyecto genoma humano, y todo ello, acompañado por un auténtico desplome de los costes de la tecnología genómica, que permiten realizar tests genéticos a un precio asequible. Esta situación está cambiando las bases del sistema, facilitando su transformación hacia la llamada **medicina de las 4 P**: **p**ersonalizada (con diagnósticos y tratamientos individualizados), **p**redictiva (historia de salud probabilística), **p**reventiva (terapéuticas diseñadas sistemáticamente) y **p**articipativa (con énfasis en la participación del paciente).

Lógicamente, el sistema sanitario español no puede ser ajeno a las influencias de estas tres fuerzas, que también operan en el mismo.

Las cuatro crisis del sistema sanitario español

Centrándonos ahora en el sistema sanitario español, este se está enfrentando a cuatro grandes crisis:

- **Una primera, común a todos los sistemas públicos de acceso universal.** Todos ellos tienen que enfrentarse al mismo problema: la factura sanitaria crece más que nuestra capacidad de subir impuestos o cotizaciones sociales. De ahí el debate de los copagos, racionamiento de ciertos tratamientos, control presupuestario, etc. Esto es debido a que las fuerzas combinadas de aumento de la oferta casi ilimitada, puesto que los avances médicos están todavía en su inicio, y de una demanda, aparentemente insaciable y con

mayores niveles de exigencia, contribuyen al aumento de los costes. La oferta aumenta por nuevas y más costosas terapias y herramientas diagnósticas, mayores proyectos de tecnologías de la información en salud y nuevas disciplinas médicas. En cuanto a la demanda, su aumento está relacionado con mayores expectativas de salud, envejecimiento de la población, mayor presencia de enfermedades ligadas a los estilos de vida y nuevas enfermedades infecciosas. Con una particularidad que diferencia al sector sanitario del resto de sectores, como es el hecho de que la satisfacción de la demanda, lejos de apaciguarla, actúa como un impulsor de la demanda futura.

- **En segundo lugar, la crisis económica general**, que ha ralentizado el crecimiento en todo el mundo, particularmente en Europa, donde la crisis de la deuda soberana está limitando el acceso al crédito y teniendo como consecuencia severas restricciones presupuestarias.
- **En tercer lugar, la particular versión de la crisis económica en España**, que a los rasgos generales de la crisis mundial, une un auténtico desplome de los ingresos públicos, en gran parte ligados a la actividad inmobiliaria, junto con muy altas cotas de paro.
- **Por último, algo peculiar del sistema sanitario español, como son los problemas derivados de la dificultad para un impulso general a las grandes reformas.** Puede decirse que el sistema requiere reformas en profundidad para las que sólo el impulso autonómico, en ausencia de una agenda nacional, es insuficiente. En este sentido, hay un problema de gobernanza del sistema.

La crisis económica, tanto en su versión mundial como en la específica de

España, se resolverá, pero permanecerán, si no se abordan adecuadamente, los problemas derivados del aumento de los costes, propios de los sistemas públicos de acceso universal, así como la crisis de gobernanza del sistema en España. De ahí la urgencia de abordarlos mediante reformas en profundidad y no sólo mediante recortes, como respuesta coyuntural a la crisis económica.

La necesaria revolución de la productividad en sanidad

Desde un punto de vista general, todo indica que los gastos sanitarios seguirán creciendo por encima del incremento del PIB (¿dónde está escrito que los distintos componentes del PIB tienen que crecer al mismo ritmo?), debido a los potentes *drivers* que impulsan su crecimiento (el envejecimiento, el aumento de las expectativas, el cambio en estilos de vida y la introducción de nuevas tecnologías). Así se pronuncian todas las previsiones a medio-largo plazo sobre crecimiento del gasto sanitario.

Algunas previsiones del gasto sanitario llevan a resultados sorprendentes. Por ejemplo, en Estados Unidos los gastos del Medicare han crecido un 2,4 % por encima del crecimiento del PIB durante los últimos 30 años. Si este crecimiento continúa al mismo ritmo, sólo Medicare significará el 31% del PIB en 2082 y los gastos sanitarios totales el 99% del PIB³ de ese mismo año. Es evidente que necesitamos proyecciones más razonables.

Por este motivo, desde hace poco se habla de la necesidad de impulsar la **revolución de la productividad en sanidad**⁴, identificando fuentes de ahorro, que son muy distintas en el corto que en largo plazo. Se parte de la base de que el potencial de ahorro de las reformas en los sistemas de prestación es enorme.

³ Friedman JN. Predicting Medicare Cost Growth. Harvard University, January 14, 2010. <http://www.hks.harvard.edu/fs/jfriedm/medgrowthv6.pdf> (consultado 12 febrero, 2012).

⁴ Cutler, David. How Health Care Reform Must Bend the Cost Curve. Health Affairs, 6 (2010): 1131-1135

Las diez palancas de mejora de la productividad en sanidad

Para mantener el crecimiento de los gastos en sanidad en unos límites asumibles hace falta activar una serie de medidas de **mejora de la productividad** que neutralicen, en parte, las grandes tensiones del crecimiento del gasto.

Obviamente, nada tienen que ver estas palancas, cuyos efectos son a medio-largo plazo, con los recortes, de efecto inmediato, tal vez necesarios a corto, pero insuficientes en el largo plazo.

Las diez palancas que se han identificado⁵ como impulsoras de la productividad en el sistema sanitario se representan en la Figura 1.

Merece la pena detenerse un poco en cada una de estas palancas ya que, en

mayor o menor medida, están inspirando las reformas sanitarias en todo el mundo:

1. Foco en la prevención: de la salud pública a los programas de prevención personalizados

Un foco en la prevención tiene sentido por dos razones: a) la prevención es normalmente más coste- efectiva que los tratamientos curativos; y, b) cambia el foco de los sistemas sanitarios, hoy centrados en las enfermedades.

La tecnología para la puesta en marcha de programas de prevención personal basados en la genética ya está disponible.

2. Gestión de enfermedades crónicas

A pesar de todos los esfuerzos en prevención, la mejor gestión de las enfermedades crónicas sigue siendo una alta prioridad. Una vez desarrolladas, enfermedades como la diabetes, la enfermedad coronaria, la artritis o la osteoporosis serán todavía impulsores importantes de la demanda.

Los ahorros derivados de una buena gestión de las enfermedades crónicas pueden ser notables, pues permiten fundamentalmente evitar ingresos hospitalarios innecesarios.

3. Simplificación del desarrollo de nuevos tratamientos

El coste de desarrollar nuevas tecnologías está creciendo de manera significativa. Pruebas más prolongadas y mercados más competitivos hacen que las innovaciones tengan menos tiempo de recuperar la inversión. Nos enfrentamos a una elección difícil: simplificar los desarrollos para reducir su coste o retrasar el avance de la tecnología médica.

Desde hace ya algún tiempo se vienen defendiendo nuevos enfoques para el desarrollo de medicamentos.^{6,7}

Figura 1.
Las diez palancas de la productividad en sanidad.



Fuente: Barker, Richard. 2030, The Future of Medicine (Avoiding a Medical Meltdown). Oxford University Press, 2011

⁵ Barker, Richard. 2030, The Future of Medicine (Avoiding a Medical Meltdown). Oxford University Press, 2011.

⁶ Barker, Richard. A flexible blueprint for the future of drug development. The Lancet 375: 357-359, January 2010.

⁷ Pharma 2020: virtual R&D. PwC, 2008.

4. Focalización inteligente de la asistencia

Se estima que, de media, el 40% de los medicamentos prescritos son inadecuados para el paciente que los recibe, bien por ausencia de eficacia o bien por efectos secundarios.

Esto supone un enorme despilfarro de recursos, si tenemos en cuenta que la factura de medicamentos representa entre el 10 y el 20% de los gastos sanitarios totales.

Con los marcadores genéticos, proteómicos y metabólicos disponibles podemos orientar mejor los tratamientos tanto de los *blockbusters* como de los medicamentos más especializados.

La medicina personalizada está adquiriendo entidad. Sin embargo, tales iniciativas están todavía empezando y, por ello, es ahora necesario transformar esto en rutina, a través de pruebas validadas clínicamente, un proceso que llevará años y mucho esfuerzo.

5. Guerra al despilfarro

Los despilfarros en la asistencia sanitaria son inadmisibles y esto es un hecho diario.

Hay diversas estimaciones que dicen que un tercio de los gastos sanitarios son un despilfarro. ¿A qué nos referimos? Entre otras cosas, a medicamentos que no se toman, pruebas y análisis duplicados o ingresos innecesarios. Un análisis muy detallado de los distintos orígenes de los despilfarros en sanidad ha sido publicado por PwC⁸, clasificándolos en conductuales de los pacientes, operacionales del sistema sanitario y clínicos, siendo estos últimos los más importantes en términos económicos.

6. Reforzar a los pacientes, el mejor gasto sanitario de todos

Lograr una mayor implicación de los pacientes será, posiblemente, lo que en el

largo plazo represente la mayor diferencia para la viabilidad del sistema.

Reforzar a los pacientes no es sólo decirles que deben tener responsabilidad. Necesitan objetivos, información, herramientas, recursos e incentivos, también económicos, para lograrlo.

7. Valoración de resultados

Los centros deben ser valorados por su aportación a la salud y esto, en general, no es enemigo de los costes.

Para los pacientes cobran especial importancia dos clases de resultados: los resultados clínicos, críticos en términos de índices de curación, recuperación completa, no recurrencia de la enfermedad, calidad de vida después del tratamiento, etc. Pero también, el cómo es tratado el paciente por el sistema, un factor que es especialmente relevante para los pacientes.

8. Trasladar la atención al sitio más próximo al paciente

Para ofrecer un mejor servicio y comodidad al paciente, así como desde el punto de vista económico, necesitamos mover al paciente desde el hospital a las consultas externas; de las consultas externas del hospital a la atención primaria y, en último término, al domicilio del paciente, también impulsando los autocuidados.

Mantener a los pacientes fuera del hospital es probablemente la herramienta más poderosa que tenemos para gestionar los costes sanitarios.

9. Alineamiento de incentivos

Los incentivos son eficaces, incluso en las profesiones de la salud. Muchos de los problemas de los sistemas sanitarios hoy son el resultado de incentivos que impulsan la capacidad excesiva de recursos, los tratamientos innecesarios o el mantenimiento como ingresados de pacientes que estarían mejor tratados en otro sitio.

Ni los médicos de familia ni los especialistas de los hospitales son recompensados por mejorar la satisfacción de los pacientes o por obtener mejores resultados clínicos. Estos deberían ser los principales factores que guíen tanto los incentivos económicos como el reconocimiento profesional.

10. Integración de la atención en torno al paciente: utilizar el poder de la información

La información sanitaria está evolucionando ágilmente, a partir de meros apuntes en papel de contactos aislados entre el paciente y los diferentes médicos, hacia un registro informatizado centrado en el paciente a lo largo de su recorrido por el sistema sanitario.

Esto no sólo permitirá una mejor asistencia, sino que, además, ahorrará mucho dinero, en forma de pruebas y analíticas duplicadas. La historia clínica electrónica será central. Hasta ahora ha sido diseñada para resolver las necesidades del médico o del hospital. La historia clínica electrónica del futuro llevará la información de un entorno asistencial a otro y estará disponible para el paciente en su casa.

Uno de los beneficios de la facilidad de acceder a la información es el poder de comparación y por ello, el principal valor de la información integrada es que abre la puerta a la asistencia integrada.

Los diez temas candentes de la Sanidad española para 2012

Es en este contexto, y teniendo muy presente tanto los retos generales como las cuestiones del día a día, se presentan los **Diez temas candentes de la Sanidad española para 2012**. Como en años anteriores, el enfoque no es sistemático. El principal criterio de selección de los temas es que, siendo relevantes, creamos que van a ser particularmente candentes durante el año 2012

⁸ The Price of excess (Identifying waste in healthcare spending). PwC's Health Research Institute.

Resumen ejecutivo

Tema candente nº 1: No sólo “recortes”, también reformas

Tanto en 2011 como en 2012 los presupuestos sanitarios fueron menores en casi todas las Comunidades Autónomas que los del año anterior. Esto supone la implantación de “recortes”; es decir, medidas de restricción del gasto con efecto inmediato, en el mismo ejercicio presupuestario.

Los “recortes” en sanidad están siendo aplicados tanto por el Gobierno central como por las distintas Comunidades Autónomas.

Lo que decimos en este apartado es que los “recortes” por sí solos son insuficientes. Si se quiere mantener la confianza de la población, la alianza con los profesionales y, sobre todo, el impulso a la productividad a largo plazo del sistema, hacen falta reformas.

En este apartado se proponen algunas:

- Impulso al modelo de gestión de crónicos.
- Central de resultados.

- Agencia de evaluación.
- Utilización intensiva de las TIC's.
- Racionalización de determinados servicios.

En este contexto, para impulsar estas y otras reformas, se propone un Pacto de Estado por la Sanidad, con participación de los distintos agentes del sistema.

Tema candente nº 2: Agenda de cambios: nacional y autonómicas

Sin ningún intento de recentralización, lo que se plantea en este punto es que, determinadas reformas necesarias son de tal calado, que simplemente no se abordarán si no hay un impulso nacional. Y que en este sentido, el Gobierno Central tiene que utilizar sus facultades para activarlas, en especial las capacidades de coordinación y el carácter básico de las principales leyes sanitarias: Ley General de Sanidad y Ley de Cohesión y Calidad.

Es por lo que se propone una agenda nacional de cambios, junto con agendas autonómicas.



Se identifican 8 posibles temas que podrían ser objeto de una agenda nacional:

1. Criterios generales de responsabilización del ciudadano en su propia salud y en la utilización del sistema.
2. Determinados elementos de política de personal.
3. Política general de innovación.
4. Interoperabilidad en los sistemas de información de las diferentes Comunidades Autónomas.
5. Redefinición de la cartera de servicios.
6. Regulación de los criterios generales para las fórmulas de colaboración público-privada en sanidad.
7. Fondo de compensación interterritorial.

Se considera que la coexistencia armónica de la agenda nacional de cambios con las agendas autonómicas es un elemento crítico para la adecuada gobernanza del sistema.

Tema candente nº 3: Un plan para el pago de la deuda a los proveedores

Si bien los retrasos de pagos a proveedores no son algo nuevo en sanidad, lo que sí es nuevo es la dimensión del problema, así como la incertidumbre en cuanto a los pagos.

Esta situación es extremadamente grave ya que, aparte de la disminución de empleo en estas empresas y el freno a la innovación, tiene dos consecuencias:

- El posible cierre de muchas empresas españolas, circunstancia que, de hecho, ya se está dando.
- La pérdida de credibilidad de nuestro país en las casas matrices de muchas compañías multinacionales.

Este problema tradicionalmente ha venido afectando a:

- Compañías farmacéuticas que sirven a hospitales.
- Empresas de tecnología médica.

Además, en los últimos tiempos se ha añadido a esta lista:

- Oficinas de farmacia de algunas Comunidades Autónomas.
- Concesiones hospitalarias, que sufren un retraso en los pagos.

Sumando la deuda con las empresas farmacéuticas, con las empresas de tecnología médica, con otros proveedores, con las oficinas de farmacia y los retrasos de pagos a las concesiones, el total de la deuda bien podría superar los 17.000 millones de euros.

Desde un entendimiento plural del sistema sanitario (constituido por un variado conjunto de empresas e instituciones públicas y privadas, todas ellas comprometidas con la salud), este es un hecho extraordinariamente grave, por cuanto amenaza la continuidad de una parte del mismo.

Lo que se propone es un plan de pago a los proveedores para resolver la deuda histórica y, a partir de ahora, el diseño de un sistema presupuestario realista, por una parte, y de rigor en el cumplimiento del presupuesto, por otra, que evite la repetición de estas situaciones en el futuro.

Tema candente nº 4: Hay que modernizar el régimen de personal

Se parte de la base de que el régimen estatutario puede llegar a representar un freno al necesario dinamismo y flexibilidad de las organizaciones médicas y sanitarias.

Entre sus elementos negativos:

- La existencia de plazas “en propiedad”.

- Y sobre todo, las limitaciones en la práctica para la diferenciación y el reconocimiento individual y colectivo.

Es por lo que se propone que, respetando los derechos adquiridos y sin desposeer a nadie de su condición de estatutario, se avance en el sentido de que las nuevas incorporaciones se hagan bajo el régimen laboral. Algo similar a lo que se ha llevado a cabo en Cataluña, que desde 1981 no ha impulsado ningún hospital nuevo con el régimen estatutario de personal.

Adicionalmente, habría que incorporar al sistema todas las potencialidades del pago por *performance* (P4P), sacando enseñanzas de instituciones pioneras en este campo, como el *National Health Service*, en Reino Unido.

Tema candente nº 5: También hay que activar la generación de ingresos

No todas las acciones de reforma van a ser sobre la oferta y sobre la base de obtención de recursos procedentes de los presupuestos públicos.

Aunque la vía de impuestos generales continúe siendo la principal fuente de financiación del sistema, se trataría de activar ciertas formas de obtención de ingresos a partir de la actividad generada por el propio sistema sanitario.

En el documento se analizan las siguientes formas:

1. Impuesto sobre el tabaco y alcohol.
2. Ingresos a través del “céntimo sanitario”.
3. Correcta facturación a las mutuas de accidentes de trabajo.
4. Plantear modelos de venta de activos.
5. Competir a nivel internacional en la captación de pacientes.
6. Cobro de ciertos servicios no sanitarios.

Tema candente nº 6: Es el momento de relanzar la colaboración público-privada

La colaboración público-privada (CPP) no es una moda, sino un modelo muy extendido en todos los países europeos.

Para que la CPP sea exitosa, se requieren gobiernos fuertes y eficaces, capaces de salvaguardar y entender perfectamente los intereses públicos y, al mismo tiempo, diseñar modelos de negocio para las empresas privadas, de tal manera que ellas puedan dar aportaciones relevantes al servicio público a un precio razonable.

En España, hay tres formas básicas de CPP en sanidad:

- Los conciertos tradicionales.
- El mutualismo administrativo.
- Las concesiones administrativas.

Las formas de CPP son particularmente útiles y necesarias en el momento actual, en el que los presupuestos de inversiones se han reducido extraordinariamente, lo que hace difícil la actualización y el mantenimiento de ciertos servicios intensivos en inversión (laboratorios, diagnóstico por imagen, radioterapia,...) sin recurrir a las fórmulas de CPP.

Aparte de las formas tradicionales, otras formas están surgiendo, como por ejemplo:

- La externalización de ciertos servicios de diagnóstico/tratamiento.
- La identificación de socios tecnológicos a través de procesos de diálogo competitivo, para la dotación y reposición del equipamiento de un hospital u hospitales.
- La CPP es utilizable también para la dotación o implantación de sistemas de información.
- Las fórmulas de riesgo compartido para la adquisición de ciertos

medicamentos no son sino fórmulas sofisticadas de CPP.

El impulso a la contratación individual de un seguro privado mediante una fiscalidad favorecedora, es considerado asimismo como una forma particular de colaboración público-privada, al implicar a las familias en el sostenimiento de su propia salud y descargando así al sistema público de parte de la actividad.

Tal vez, para sacar a estas fórmulas de la controversia pública que han tenido, podría ser interesante, como en su día se hizo en Reino Unido, el establecimiento de un marco regulatorio de CPP en sanidad a nivel nacional, que garantice, para todos los agentes, las reglas de juego y la transparencia.

Tema candente nº 7: Proteger a las industrias de salud asentadas en España

No puede haber una política sanitaria eficaz, sin contar con unas industrias de la salud fuertes, competitivas e innovadoras, tanto de empresas nacionales como de multinacionales asentadas en nuestro país (con plantas de producción y/o centros de investigación/innovación).

Para un correcto entendimiento del comportamiento de los agentes que operan en el sector sanitario, es necesario conocer las cadenas de valor de los principales tipos de empresas que lo constituyen:

- Aseguradoras sanitarias.
- Proveedores de atención sanitaria.
- Empresas de productos y servicios al sector.

Con el fin de impulsar la industria farmacéutica se creó el Plan Profarma y se sentaron las bases de un Plan Sectorial. Sin perjuicio de que haya que actualizar ambos instrumentos para el sector farmacéutico, sería necesario

extender su alcance a las industrias de tecnología médica y de tecnologías de la información en salud.

Una aportación relevante del sector sanitario a la economía del país, y, por tanto, a su propia sostenibilidad, sería equilibrar la balanza comercial, tanto de las empresas farmacéuticas como de las de tecnologías médicas, ya que en ambos casos hay un gran desequilibrio a favor de las importaciones.

Tema candente nº 8: Más pasos para la orientación hacia los crónicos

El actual modelo sanitario, basado en contactos presenciales episódicos con los pacientes, está orientado hacia los agudos. Pero hoy en día lo que predominan son las enfermedades crónicas.

El cambio del sistema para orientarlo hacia los crónicos constituye un componente clave de la revolución asistencial, siendo los otros dos componentes, el desplazamiento del peso de la curación a la prevención-promoción y la incorporación de tecnologías de la información que permitan una interconectividad entre todos los agentes del sistema.

El coste de los pacientes está en relación con el número de enfermedades crónicas.

Los elementos clave para la orientación del modelo asistencial hacia los crónicos son:

- Estratificación de los pacientes.
- Protocolos específicos.
- Gestión de casos.
- Sistemas de seguimiento a distancia.
- La responsabilización del paciente con su tratamiento.

La orientación hacia los crónicos implica una importante gestión del cambio en el

sistema sanitario, con gran refuerzo, cualitativo y cuantitativo, del papel de la enfermería.

Tema candente nº 9: Un mayor esfuerzo en Salud Pública

Por el carácter multifactorial de los determinantes de la salud, las políticas de salud sobrepasan el sistema sanitario y son responsabilidad del conjunto del Gobierno (o Gobiernos) y de la sociedad entera.

España se sitúa en un nivel bajo de gasto orientado hacia la prevención y salud pública (1,7% del gasto sanitario público en el 2009).

El nuevo horizonte se establecerá no sólo por las campañas generalizadas de salud pública, sino por los programas preventivos personalizados, que incorporen en gran medida los avances en genética.

La nueva Ley de Salud Pública de 2011 define una Estrategia de Salud Pública y prevé la creación de un Centro Estatal de Salud Pública.

La obesidad es la pandemia del siglo XXI y, en este sentido, España tiene un problema, particularmente con el sobrepeso y obesidad infantil (el problema afecta al 45,2% de los niños y niñas entre 6 y 9 años: 26,1%, sobrepeso; 19,1%, obesidad).

España se halla todavía por encima de la media europea en porcentaje de fumadores (35% de la población fumadora en 2009).

Tema candente nº 10: Revisión de la cartera de servicios

Los muy activos impulsores al alza del gasto sanitario (oferta infinita y

demanda insaciable) pueden hacer necesaria una revisión de la cartera de servicios, y no sólo por el momento de crisis económica, sino pensando en el largo plazo.

La actual cartera está regulada por el RD 1030/2006, que clasifica los servicios en dos grandes tipos:

- Básicos y comunes, para todo el SNS.
- Complementarios, que pueden ser establecidos por las Comunidades Autónomas.

La voluntad del actual Gobierno, expresada en el discurso de investidura del nuevo Presidente, es la de adaptar la cartera a través de una Ley de Servicios Básicos. Esto significa elevar el rango de la norma, hasta ahora un Real Decreto. En cuanto al contenido, lógicamente el mismo habría que vincularlo al Pacto por la Sanidad, también anunciado en la citada comparecencia.

Una posible clasificación de las prestaciones en la nueva Ley podría ser:

- Prestaciones sanitarias básicas facilitadas por el SNS.
- Prestaciones sanitarias cuyo importe ha de reclamarse a terceros.
- Prestaciones sanitarias que no forman parte de la cartera básica, pero que están sujetas a un seguro voluntario subvencionado.
- Prestaciones sujetas a copago.
- Prestaciones sanitarias que pueden ser establecidas como complementarias por las Comunidades Autónomas.

La misma lógica de lo básico podría aplicarse a los medicamentos. En este sentido, podrían no tener el mismo tratamiento de financiación pública los medicamentos vitales o ligados a determinadas enfermedades que los de bienestar o vinculados a estilos de vida.