



Grupo de Alto Nivel

Análisis de la Inversión Pública para Sanidad en España





Grupo de Alto Nivel Análisis de la Inversión Pública para Sanidad en España

PANEL DE EXPERTOS

Boi Ruiz

Conseller del Departament de Salut de Catalunya.

José Martínez Olmos

Portavoz de Sanidad en el Congreso (PSOE). Ex Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales.

Rafael Bengoa

Director del Deusto Business School Health. Senior Fellow de la Universidad de Harvard y asesora a Gobiernos en temas de Reforma Sanitaria. Ex consejero de Salud del País Vasco.

Manuel Cervera

Consultor sector Sanidad y Pharma. Ex portavoz de Sanidad en el Congreso (PP) y ex Consejero de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

José Francisco Soto

Gerente del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Álvaro Hidalgo

Profesor Titular de Universidad. Departamento de Análisis Económico y Finanzas. Universidad de Castilla-La Mancha.

Los miembros del panel de expertos no están necesariamente de acuerdo en la totalidad de las cuestiones analizadas. El documento se ha elaborado con las aportaciones de dichos expertos y refleja sus diferentes visiones y opiniones, y algunas de ellas pueden no contar con la unanimidad de los miembros.

Posicionamiento, consideraciones y conclusiones finales alcanzadas

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se enfrenta cada día al reto que supone dar respuesta a las necesidades de salud de la población española en un marco complejo, en continua transformación y en el que mientras las necesidades se incrementan cada día, los recursos con los que hacerles frente, o no crecen al mismo ritmo, o incluso disminuyen de un ejercicio a otro.

Junto a los retos del SNS en el futuro más inmediato; la transformación del sistema para atender al paciente crónico, la incorporación efectiva en el mercado de productos y tecnología innovadora, el reconocimiento e implicación del profesional como pieza clave del sistema, la participación, educación y formación del paciente como centro del SNS; encontramos la dificultad que supone gestionar la sanidad pública con unos recursos económicos que en los últimos años se han mostrado como deficitarios.

En los últimos años, los presupuestos sanitarios públicos han sufrido un ajuste importante. En año 2015 la relación entre gasto sanitario público y PIB en España se sitúa en el 5,7%, frente al 5,9% de 2014 o el 6,7% de 2009. En el período comprendido entre 2010 y 2014 el presupuesto que las Comunidades Autónomas destinan a Sanidad se ha reducido en un 11,2%.

Asimismo, según las previsiones del Gobierno de España, no se prevé que el gasto sanitario público aumente antes de 2020 por encima del 6,5% del PIB (cifra que se alcanzó en el año 2010).

En los países de nuestro entorno, la inversión media en Sanidad en el año 2012 (último año del que se dispone de datos oficiales) con respecto al PIB se situaba alrededor del 7,5%.

Ante esta coyuntura, y coincidiendo además con el 25º aniversario de la publicación del Informe Abril Martorell, Fundamed decidió reunir a un grupo de expertos de alto nivel para analizar qué medidas deberían adoptarse en el SNS para preservar su sostenibilidad futura así como su elevado nivel de calidad reconocido internacionalmente.

Fundamed articuló el debate en torno dos bloques de cuestiones, uno de tipo más asistencial; dirigido a tratar de concretar una serie de medidas a implantar en el corto o medio plazo para conseguir una mejor planificación de los recursos disponibles en el sistema así como una gestión más eficiente de los mismos; y un segundo bloque que aborda las cuestiones económico financieras y que trata de alcanzar un acuerdo sobre cuál sería la inversión óptima para garantizar la sostenibilidad del SNS.

A continuación se recogen las principales conclusiones alcanzadas por este grupo de expertos, aunque en general se podría sintetizar el debate en la necesidad de planificar los recursos desde la coordinación y el consenso entre las diferentes Comunidades Autónomas (Comunidades Autónomas), con la implicación de los profesionales y distribuyendo los presupuestos en base a esas necesidades reales identificadas durante el proceso de planificación.

De forma resumida, estas son las conclusiones que se derivan del debate y análisis llevado a cabo por el panel de expertos:

- Necesidad de **revisar y reevaluar la cartera de servicios del SNS**, tanto para la inclusión de nuevos procedimientos, tecnologías o fármacos que hayan demostrado su eficacia; como para la desinversión en aquellas prestaciones que se consideren obsoletas. Esta revisión debe hacerse siempre desde la coordinación y el consenso entre todas las Comunidades Autónomas.
- **Planificar y prever las necesidades futuras del sistema para poder llevar a cabo una adecuada distribución de los recursos.** Utilizar y compartir la abundante información disponible en el sistema para prever cuáles van a ser las necesidades presupuestarias venideras, de forma que se pueda planificar la incorporación de la innovación, la adaptación de las estructuras sanitarias a los cambios del perfil de morbilidad, etc. De esta forma se alcanzará también un marco regulatorio estable que favorecerá la investigación, la innovación y la mejora en la eficiencia en la gestión.
- **Implicar y reconocer al profesional.** Todos los expertos han incidido en hacer participe al profesional de la gestión sanitaria. Cualquier cambio a llevar a cabo en el SNS solo puede tener efecto con la participación del profesional. Esto va acompañado de la necesidad de reconocer públicamente su implicación, no sólo desde el punto de vista económico, sino aplicando un modelo de reconocimiento en diferentes vías.
- **Activación, formación y participación del paciente.** La necesidad de contar con un paciente formado, responsable con su enfermedad y que participa de forma activa en la gestión de su patología y en el sistema en general, es uno de los retos a abordar. La cronicidad de muchas patologías, que hacen que el paciente conviva con su enfermedad durante muchos años, hace más importante la necesidad de contar con un paciente formado e informado.
- **Apostar por la prevención y por el diagnóstico precoz.** Los expertos consideran indispensable una apuesta coordinada y consensuada entre las Comunidades Autónomas por políticas de prevención que han mostrado su efectividad (como es el caso, por ejemplo, de la vacunación) y del diagnóstico precoz, en el que las Sociedades Científicas tienen también un importante papel a la hora de determinar criterios, grupos de riesgo y pruebas a llevar a cabo.

- **Incrementar el porcentaje del PIB que se destina a Sanidad.** Todos los expertos coinciden en señalar que la Sanidad necesita más recursos económicos de los que dispone, por lo que apuestan por elevar la inversión en sanidad en relación al PIB hasta el 7,5%, para equiparar a España con los países de nuestro entorno.
- **Reducir las desigualdades entre Comunidades Autónomas en términos de gasto sanitario per cápita.** Los expertos consideran que la desigualdad existente (500 euros entre la que más destina y la que menos) en el gasto sanitario per cápita entre algunas Comunidades Autónomas es excesiva y no ayuda a la cohesión y equidad en el SNS. Asimismo consideran que estas diferencias tienen que ver, en buena parte, con el Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas y que estas inequidades deberían abordarse y corregirse.
- **Necesidad de reformar el sistema fiscal español** para que la Sanidad pueda contar con más recursos presupuestarios. En este caso apuntan a soluciones como una mayor autogestión de las Comunidades Autónomas, una mayor participación en los ingresos fiscales, que se atienda a la base poblacional real de cada comunidad ajustada por edad, utilizar de forma efectiva las transferencias interregionales, incidir en la coordinación asistencial entre Comunidades Autónomas o contar con una financiación específica para unidades y servicios de referencia.
- **Actuar siempre desde la coordinación, el consenso y el diálogo entre Comunidades Autónomas y Gobierno de España** teniendo en cuenta no sólo a la administración sanitaria sino también a las consejerías y ministerio de Hacienda.

5

Resumen ejecutivo

1. Identificación de las necesidades asistenciales del Sistema Nacional de Salud

Cuestiones analizadas	Sinopsis de las conclusiones alcanzadas
<p>1. La prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud</p>	<p>La cartera de servicios debe estar en permanente revisión y actualización. Es necesario llevar a cabo un análisis que identifique aquellos servicios que no añaden valor clínico por haber quedado obsoletos y desinvertir en ellos a la vez que se incorporan nuevas técnicas o fármacos que han demostrado su eficacia. Esta evaluación y la toma de decisiones deben ser consensuadas y homogéneas en todo el Estado para preservar la equidad y la coordinación en el SNS. Se destaca como elemento fundamental en el futuro del SNS, la prevención. La inversión en políticas de prevención que han demostrado su alta eficacia, como el caso de la vacunación, debe ser una obligación para los actuales sistemas de salud. Asimismo, el diagnóstico precoz, puede implicar un gasto mayor a corto plazo pero un ahorro sustancial a medio plazo, a parte del innegable beneficio que el diagnóstico precoz tiene en el pronóstico de muchas patologías.</p>

Cuestiones analizadas	Sinopsis de las conclusiones alcanzadas
<p>2. Los recursos del SNS: cómo adaptarlos a las necesidades futuras.</p>	<p>El SNS cuenta, en algunos casos, con una estructura de costes arcaica y ciertas dificultades organizativas o de gobernanza. Asimismo, existen importantes retos a los que el SNS debe dar respuesta y debe empezar a adaptar sus estructuras para ello. Un sistema menos focalizado en la atención al paciente con procesos agudos y más dirigido a la atención a crónicos; un mayor peso de la AP; la generalización de hospitales más ligeros con menos camas, EM más cortas, más procesos que no requieran hospitalización, etc. Hay que invertir más en TICs que favorezcan la telemedicina, formar al personal sanitario en la atención a crónicos, desarrollar registros de pacientes con mayor morbilidad, reestructurar las infraestructuras para atender al paciente mayor así como atender a la formación de cuidadores. Respecto a los recursos humanos, se concluye que sólo será posible introducir cambios efectivos en el SNS con la implicación del profesional. El pago efectivo por objetivos es necesario, pero esta implicación no debe venir exclusivamente por esta vía, hay que implantar un modelo de reconocimiento más amplio.</p>
<p>3. El papel del paciente en el futuro del SNS</p>	<p>El nuevo paciente es más activo, más formado y participa más en la toma de decisiones. Asimismo el paciente debe ser consciente de que tiene una importante responsabilidad individual en su estado de salud. El paciente tiene derecho a contar con toda la información disponible acerca de su patología y los tratamientos disponibles para ella. Hay que buscar las fórmulas para que puedan tomar parte de las decisiones de planificación estratégica o de evaluación de las tecnologías sanitarias.</p>
<p>4. La planificación del futuro SNS</p>	<p>El SNS cuenta con información suficiente para llevar a cabo un análisis predictivo sobre las necesidades futuras del SNS. Con información acerca de la evolución poblacional, la morbilidad y la mortalidad; la planificación y distribución de recursos puede llevarse a cabo de forma más real. Uno de los retos del SNS para los próximos años será cómo incorporar la innovación al sistema. Para que esta incorporación sea posible es indispensable la coordinación y la planificación entre todas las administraciones implicadas: Comunidades Autónomas, MSSSI y Ministerio de Hacienda. La innovación no aparece por sorpresa, por eso es posible la planificación si se actúa desde la coordinación. Contar con un marco estable es indispensable para fomentar la inversión en innovación. Respecto a las diferentes fórmulas de gestión de la sanidad pública hay coincidencia en que el gestor debe tratar de poner a disposición del paciente todos los recursos disponibles en el sistema en aras de una sanidad mejor y sin coste adicional. Para que la colaboración entre la sanidad pública y privada sea eficiente y positiva para el paciente y respete la universalidad y la equidad del SNS, el poder de decisión debe quedar en manos del gestor público. Hay que incidir en la transparencia y en la evaluación de resultados de unos modelos de gestión frente a otros.</p>

2. Identificación de las necesidades económico-financieras del Sistema Nacional de Salud.

Cuestiones analizadas	Sinopsis de las conclusiones alcanzadas
<p>1. Qué porcentaje del PIB debería destinarse a la financiación de la Sanidad pública</p>	<p>El hecho de vincular la inversión en sanidad al PIB conlleva el riesgo de que en tiempos de crisis el PIB puede contraerse, por lo que habría que determinar qué hacer en esos casos. Debería poder invertirse en función de los recursos disponibles y de las necesidades reales del sistema. Los países de la UE, comparables a España en términos económicos y poblacionales, invierten una media del 7,5% del PIB en sus sistemas sanitarios (datos OCDE 2014 referidos a datos de 2012). Teniendo en cuenta que la relación entre PIB e inversión sanitaria en España se sitúa en el 5,9%, España debería destinar 1,6 puntos más de PIB a financiar el SNS para situarse en esta media.</p>
<p>2. Cómo solucionar el problema del déficit presupuestario en Sanidad</p>	<p>La receta es sencilla: equilibrar ingresos y gastos. En el lado de los gastos el margen de actuación es escaso. Se requiere una mayor y mejor planificación para poder hacer una correcta distribución de los recursos; pero hay que actuar en el lado de los ingresos para poder equilibrar la balanza. En este sentido se apuesta por fortalecer el modelo fiscal para conseguir unos ingresos fiscales en relación al PIB en la media de los países de la UE. Asimismo, para que los presupuestos se adapten mejor a la realidad del SNS se apuesta por presupuestos de ciclo o plurianuales, para lograr una mayor flexibilidad a la hora de hacer frente a las necesidades de la sanidad pública española.</p>
<p>3. Las diferencias en el gasto per cápita entre Comunidades Autónomas</p>	<p>Las diferencias de gasto sanitario per cápita entre comunidades son, en algunos casos, demasiado significativas y podrían condicionar la equidad del SNS. La solución pasaría por una mayor capacidad de autogestión de las comunidades, o más participación en sus ingresos fiscales, atender a la base poblacional real de cada región ajustada por edad e incrementar la coordinación entre comunidades autónomas; utilizando transferencias interregionales y financiación específica para servicios y unidades de referencia.</p>
<p>4. Nuevas fórmulas de financiación para la sanidad</p>	<p>Los expertos ven como única vía de financiación la recaudación fiscal; por lo que se insiste en la necesidad de reformar el sistema fiscal español de forma que los niveles de recaudación en relación al PIB y al sistema impositivo se sitúen en la media de los países de nuestro entorno. Respecto a la posibilidad de que la sanidad vuelva a financiarse con fondos finalistas hay diversidad de opiniones entre quienes consideran que los ingresos y los gastos deben ser contemplados en su globalidad ofreciendo al gestor la posibilidad de presupuestar en función de las necesidades de cada momento; quienes apuestan por una financiación finalista específica para el SNS; y quienes consideran que al menos ciertas partidas sobrevenidas o que exceden el componente local/regional (vacunación, enfermedades raras, grandes innovaciones...) sí deberían contar con partidas presupuestarias finalistas.</p>

Principales medidas a adoptar en el corto/medio plazo apuntadas por los expertos del Think Tank

- Identificar aquellos **servicios y prestaciones que no añaden valor clínico y no financiarlos**.
- Implantar **procesos de gestión clínica** asegurando un verdadero desarrollo entre el ámbito de la gestión y el ámbito clínico.
- Implantación y **aprovechamiento real de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)**. Es primordial explotar los sistemas de información sanitaria y conectarlos entre sí para la gestión y la planificación.
- Desarrollar la **autogestión** en forma de unidades de gestión clínica, o autogestión en centros de salud; de forma que los propios profesionales se conviertan en gestores y se impliquen en la sostenibilidad en sus ámbitos de actuación.
- En el ámbito de la **planificación sanitaria**, ser muy proactivos en la implantación de medidas para el tratamiento de crónicos, fundamentalmente con la gestión de casos, la implantación real de la telemedicina y el seguimiento de pacientes con factores de riesgo.
- **Medir resultados y costes** de lo que se hace en materia sanitaria.
- Institucionalizar y generalizar la **evaluación de eficiencia de tecnologías** sanitarias e introducir de forma práctica y reglada la **evaluación económica**.
- **Corresponsabilizar a los pacientes** e introducir los presupuestos personalizados.
- Implantar medidas de **coordinación de los servicios sanitarios y sociales** con rendimientos a corto plazo.
- En política de **recursos humanos**:
 - Implantar un **sistema de pago por objetivos**, real, eficaz y transparente. Los objetivos para el profesional deben ser claros, estimulantes y alcanzables, que sirvan para implicar al profesional con la organización y con los objetivos globales y que repercutan en una parte variable de la nómina de aproximadamente un 30%.
 - Incluir **estímulos no monetarios** a la productividad y el trabajo bien hecho.
 - **Carrera profesional** atractiva.
 - Mejorar las **remuneraciones** del profesional, contando siempre con la evaluación por pares.

- **Profesionalizar la gestión sanitaria y mejorar a todos los niveles la gobernanza** del sistema sanitario, desarrollando los principios de profesionalización, transparencia y rendición de cuentas.
- En **política farmacéutica**:
 - Llegar de forma definitiva a un **acuerdo estable y duradero** entre la Industria y la Administración.
 - Disposición de **partidas centralizadas para impulsar la innovación**.
- En materia de **salud pública**:
 - Desarrollar programas de **educación sanitaria, cribado y diagnóstico precoz**.
 - Adecuar el uso de las **vacunas** e instaurar un programa de vacunación en el adulto, especialmente a partir de los 55 años.
- En materia **económico financiera**:
 - Establecer los **presupuestos en base a previsiones de actividad y de costes**, con las consideraciones de población a atender, ajustes por complejidad de patologías prevalentes, edad, etc, así como unidades de referencia a mantener, variaciones por la aplicación de la eventual libre elección de pacientes o derivaciones de/a otros Centros o ámbitos asistenciales.
 - **Incrementar el porcentaje del PIB** destinado a la financiación del SNS
 - **Fortalecer el modelo fiscal** para incrementar los ingresos disponibles
 - Centralizar decisiones y **romper los silos presupuestarios**. Interconectar presupuestos de las distintas esferas sanitarias.

Introducción

El Sistema Nacional de Salud se enfrenta cada día a la dificultad de cómo abordar los nuevos retos que supone la gestión de la sanidad en España.

La necesidad de adaptarse al envejecimiento de la población o la cronicidad; la dificultad de asumir con agilidad la innovación farmacéutica y tecnológica; la complejidad de la gestión de los recursos humanos del sistema; la obligación de innovar en la gestión para conseguir una mayor eficiencia de los recursos; la oportunidad de contar con un paciente más formado y más participativo o el problema de contar con unos recursos muy escasos para cubrir toda la demanda del sistema; son algunos de los retos a los que administraciones y gestores deben hacer frente.

Para abordar estos retos de futuro, la planificación es, necesariamente, el primer paso. Poder prever cuáles van a ser las necesidades más inmediatas del sistema y distribuir los recursos disponibles en base a ello, será una gran parte del éxito en este proceso de adaptación de los sistemas sanitarios a los retos de futuro.

En esta planificación debe contarse con la opinión e implicación del profesional, tanto el gestor como el clínico, puesto que son quienes mayor información tienen acerca de las necesidades de salud de la población.

10

Si somos capaces de llevar a cabo una buena planificación, la tarea de elaborar presupuestos y asignar recursos será más sencilla y se ajustará mucho más a la realidad a la que cada día se enfrentan los gestores sanitarios.

Respecto a los recursos financieros disponibles, cabe recordar que en los últimos años, en los que la coyuntura económica ha llevado a la adopción de ajustes importantes en los presupuestos públicos, los presupuestos sanitarios han sufrido particularmente esta contención. Esta situación se ha agravado con la crisis económica y los ajustes que las administraciones se han visto obligados a llevar a cabo en los presupuestos de gasto público, en los que la Sanidad ha sufrido recortes importantes en su inversión.

En el año 2015 la relación entre gasto sanitario público y PIB en España se sitúa en el 5,7%, frente al 5,9% de 2014 o el 6,7% de 2009.

En términos absolutos, en el período comprendido entre 2010 y 2014, los años en los que se han producido los mayores ajustes por la crisis, el presupuesto que las Comunidades Autónomas destinan a Sanidad se ha reducido en un 11,2%.

La actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2015-2018 aprobado por el Gobierno de España a finales del mes de abril de 2015 no prevé que el gasto sanitario público aumente antes de 2020 por encima del 6,5% del PIB (cifra que se alcanzó

en el año 2010). A partir de 2020, se espera un crecimiento paulatino hasta alcanzar el 7,8% del PIB en el año 2060. Para esta fecha, 2060, según las previsiones demográficas de Eurostat más del 31% de la población española tendrá más de 65 años y más de un 14% de octogenarios (hoy en día los mayores de 80 años representan alrededor del 5%).

Sin embargo, el SNS debe ser capaz de conjugar este escenario presupuestario con la obligación de dar respuesta con la máxima calidad posible a las necesidades de salud de la población. Unas necesidades que son crecientes y que vienen marcadas de forma importante por la evolución demográfica, que a pesar de registrar un descenso global en la población constata el aumento de los segmentos de mayor edad; la cronificación de patologías; la aparición de innovaciones disruptivas en la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías, los cambios en los patrones de morbilidad y, en definitiva, la necesidad de adaptar las estructuras de un SNS pensado en el pasado para cubrir los retos del futuro.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es elaborar un documento de análisis que recoja las medidas y reflexiones para una correcta preparación y adaptación del SNS a los requisitos y necesidades de la población del futuro; de tal forma que se pueda garantizar una asistencia sanitaria de calidad como uno de los elementos vertebradores del estado del bienestar.

Para ello se ha propiciado un debate intelectual de alto nivel con un grupo de expertos con experiencia en los diferentes ámbitos que afectan al SNS, para elaborar un informe independiente, que aborde la cuestión desde diferentes puntos de vista y aporte valor al debate acerca del futuro del sistema público de salud.

Cuestionario realizado a los miembros del grupo de trabajo

Identificación de las necesidades del Sistema Nacional de Salud

1. ¿Cree que el Informe Abril sigue de plena actualidad en su 25 aniversario?

Consideraciones previas

El Informe Abril surgió en 1991, año en el que se completaban las transferencias sanitarias del Estado a las Comunidades Autónomas y poco después de la publicación de la Ley del Medicamento. El informe recogía 64 recomendaciones encaminadas a conseguir mejorar la gestión de los recursos humanos y técnicos del SNS, asegurar una asistencia sanitaria de calidad y contener, o disminuir, el gasto sanitario.

12

El Informe Abril apostaba en sus recomendaciones por una mayor descentralización del sistema, la posibilidad de aplicar instrumentos de gestión empresarial y potenciar las funciones del Consejo Interterritorial.

Sus propuestas, claramente liberalizadoras, incluían que el sistema tuviese capacidad de compra de servicios, así como que los hospitales públicos y centros de servicios sanitarios pudieran transformarse en sociedades estatales que en su funcionamiento quedarían sometidas al derecho privado, además de su propuesta más polémica: la coparticipación del usuario mediante tasas en determinados servicios o prestaciones farmacéuticas.

Resultado del cuestionario

El Informe Abril propició un debate muy interesante que supuso una convulsión en su momento en el sector sanitario.

Por primera vez, y de forma consistente, se planteaba la imposibilidad de mantener la viabilidad futura del Sistema si no se planteaban reformas.

Algunos aspectos del Informe Abril en los problemas que planteaban siguen vigentes, cronicados e incluso agravados. Pero en 25 años han aparecido nuevas necesidades en el sistema, nuevos condicionantes sociales y económicos que el Informe Abril no podía prever.

Respecto a las recomendaciones que recogía, la mayor parte de ellas no se han llevado a término, en buena parte por falta de respaldo del propio sector sanitario.

En lo que respecta a la corresponsabilidad del ciudadano en la financiación del sistema, no se ha avanzado en esta vía, aunque hoy se conoce información que indica la poca utilidad del copago como mecanismo de financiación. El copago de servicios asistenciales ha demostrado ser eficiente en la desincentivación del uso de servicios no necesarios, pero también de los necesarios.

Parece que se hace necesario un nuevo Informe Abril que dé respuesta a los problemas actuales del SNS.

2. ¿Considera necesario revisar la cartera de servicios del SNS tanto desde el punto de vista asistencial como farmacéutico?

Consideraciones previas

Conforme a lo expuesto en el artículo 2 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, la Cartera Básica de Servicios del SNS es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

En la Constitución Española, junto con la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad principalmente, se garantiza la protección de la salud, la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria, a la que tienen derecho todos los ciudadanos independientemente de su lugar de residencia. Por este motivo, es importante que el SNS sea ágil en la incorporación de las innovaciones científicas más eficaces en la práctica clínica, que permitan ofrecer un amplio catálogo de prestaciones de calidad.

La actualización de la Cartera Básica del SNS se debe llevar a cabo mediante orden del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS. Asimismo, esta deberá ser suficientemente ágil para evitar que la intervención pública constituya una barrera que dificulte que los usuarios se beneficien de los avances científicos y tecnológicos, garantizando que ninguna nueva técnica, tecnología o procedimiento clínico relevante se generalice en el sistema sin una previa evaluación pública de su seguridad, eficacia, coste y utilidad.

Las prestaciones de la cartera básica de servicios se financiarán por las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el sistema de financiación autonómica vigente. Igualmente, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la Cartera Básica de Servicios del SNS, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.

Resultado del cuestionario

La cartera de servicios debe estar en permanente revisión y actualización. Es necesario incorporar los nuevos procedimientos, tecnologías o fármacos que hayan demostrado en los oportunos procesos de evaluación, que aportan mayor eficacia, efectividad y eficiencia en la resolución de los problemas de salud.

A la vez, en esta revisión se debe desinvertir en aquellas prestaciones que no se consideran efectivas o que pueden haber quedado obsoletas o no ofrecen valor clínico añadido. Se calcula que en torno al 25-30% de actos clínicos no añaden valor clínico .

La actual coyuntura, marcada por el déficit de financiación del sistema, obliga a llevar a cabo esta revisión de la cartera de servicios para evaluar qué tiene que ser financiado. Además, la cartera de servicios debe ser homogénea y equitativa entre todas las Comunidades Autónomas, y actualmente no lo es.

La incorporación de nuevas prestaciones debería hacerse con una metodología explícita y por consenso, dándole un valor fundamental a la evaluación, que debe ser rigurosa, realizada por organismos independientes y acreditados y tener en cuenta la vertiente económica además de la tecnológica o terapéutica.

En cualquier caso, hay que señalar que no siempre que se habla de revisar se quiere decir reducir.

14

3. El SNS cuenta con unas estructuras sanitarias, que conllevan a su vez unas estructuras de costes, establecidas hace años. ¿Son esas estructuras las adecuadas para el momento que vive el SNS?

Resultado del cuestionario

La estructura de costes del SNS se encuentra mediatizada por la forma organizativa del propio sistema, todavía muy focalizado en la atención de procesos agudos y, salvo excepciones, poco preparado para la atención al paciente crónico.

El SNS cuenta con grandes virtudes, pero también con algún problema como la excesiva lentitud o rigidez de sus estructuras, una estructura de costes arcaica y dificultades organizativas o de gobernanza.

Hoy en día, debería llevarse a cabo una adaptación de las estructuras sanitarias a las exigencias de las patologías prevalentes, así como a la necesidad de ser más eficientes.

Los sistemas administrativos tradicionales tienen dificultades para llevar a cabo esta adaptación, más abordables por otros sistemas de gestión. Sistemas de multiprovisión

como el catalán, permiten que una buena parte de los proveedores de asistencia sanitaria del sistema público tengan estructuras más empresariales que administrativas, lo que supone una mayor autonomía en la gestión y una mayor facilidad a la hora de adaptarse a diferentes necesidades.

Actualmente se impone hacer más ligero el hospital, con menor número de camas (por el acortamiento de las estancias medias, la ambulatorización de la cirugía, la implantación de procesos de rápida resolución,...), mayor presencia de la hospitalización domiciliaria y más aprovechamiento de las TIC's en el diagnóstico, en el seguimiento del cumplimiento terapéutico y en la continuidad de cuidados.

Sin embargo, parece que las políticas sanitarias siguen poniendo muchas veces el foco en la infraestructura y más aún en la puesta en marcha de camas de agudos. En la actual situación de contracción de la inversión y la evolución del perfil del paciente hacia un paciente mayor y con patología crónica, deberían estudiarse fórmulas de coordinación con el ámbito sociosanitario, como una fórmula para obtener más camas de media y larga estancia. En todas las Comunidades Autónomas se pueden encontrar camas del sector social desaprovechadas que podrían ser utilizadas por los sistemas sanitarios con una dotación mínima de recursos desde el punto de vista sanitario.

Para la sostenibilidad del sistema sanitario sería recomendable no abrir todas las estructuras hospitalarias que se encuentran a punto de inaugurar y que fueron diseñadas en época de bonanza económica.

En la reorganización o adaptación de las estructuras sanitarias hacia un paciente más de tipo crónico, debería darse también una mayor representación en el sistema a la prevención y la educación para la salud. Todo ello arrojaría finalmente una estructura de coste diferente.

4. ¿Considera que debería fomentarse la participación del paciente en el SNS? ¿De qué forma se puede maximizar esta participación?

Consideraciones previas

Se estima que el incumplimiento terapéutico afecta a casi la mitad de los pacientes con tratamientos para patologías crónicas y hasta el 20% de los que padecen enfermedades agudas. Los estudios indican que los pacientes formados y concienciados, disminuyen el número de visitas médicas, muestran una disminución de las complicaciones, así como del número de ingresos y de las situaciones agudas de emergencia, mejoran el cumplimiento terapéutico y, asimismo, el número de depresiones y de bajas asociadas a la enfermedad. Por ello, no cabe ya duda de la necesidad de promoción de la salud en la

población general y el empoderamiento de los pacientes para que actúen como expertos en el control de su enfermedad. El paciente experto debe poder mantener una relación de diálogo con los profesionales y así definir objetivos terapéuticos de forma compartida, lo que ayuda a conocer su propia enfermedad y a ser responsable de su autocuidado. Los pacientes se han profesionalizado a través de las organizaciones de pacientes, convirtiéndose en interlocutores válidos dentro del SNS y siendo conscientes de sus derechos y de sus deberes, ya que se saben corresponsables de la sostenibilidad del sistema, lo que implica un uso eficiente de los recursos.

Resultado del cuestionario

Todos los gestores sanitarios han dicho alguna vez que el paciente es el centro del sistema, sin embargo en la práctica esto no siempre resulta así. Esta década debe servir para corregir este desequilibrio y hacer que el paciente sea el centro del sistema de forma real, responsable y honesta.

Utilizando la tecnología de la información y la comunicación y con el apoyo de los profesionales sanitarios se puede conseguir un paciente más activo, más formado y responsable, que hace un uso adecuado del sistema.

16

Es necesario recordarle al paciente que hay una cuota importante de responsabilidad individual en el estado de salud y que uno mismo puede contribuir a preservarla llevando un estilo de vida saludable. El paciente debe ser corresponsable de su salud. En este sentido, resultan interesantes iniciativas como las escuelas de pacientes o el traslado de experiencias llevadas a cabo en otros países en relación a los presupuestos sanitarios personalizados. Asimismo, es interesante profundizar en experiencias que estimulan un uso adecuado del sistema sanitario penalizando circunstancias como no acudir a las citas, la no adherencia al tratamiento e incluso la adopción reiterada de estilos de vida no saludables.

En última instancia, cuando la salud se ha perdido, el sistema sanitario debería abandonar la actitud paternalista y ofrecer al paciente toda la información acerca de su enfermedad y las medidas terapéuticas que se encuentran a su alcance y sus resultados, de forma que el paciente colabore de forma activa junto a su médico.

Desde el punto de vista de la gestión, mantener una relación cercana y fluida con las asociaciones de pacientes permite conocer sus puntos de vista, informales e implicarles en la toma de decisiones estratégicas del sistema, ya que tienen derecho a participar en decisiones de planificación sanitaria o de evaluación de los servicios como ciudadanos.

Finalmente, el paciente, como ciudadano y contribuyente, tiene derecho a conocer cómo se gestionan sus impuestos, por lo que es importante que los gestores públicos rindan cuentas en los foros previsto para ello con la periodicidad conveniente.

5. El profesional sanitario. ¿De qué forma se puede implicar al profesional como palanca de apoyo en los cambios que deba afrontar el SNS?. ¿Qué rol deben jugar los profesionales dentro del SNS?

Consideraciones previas

La implicación de los profesionales en la sostenibilidad del SNS para su supervivencia es un planteamiento del que no cabe la menor duda. La crisis económica ha puesto sobre la mesa varios debates al respecto. Por un lado, Sociedades Científicas y clínicos han tomado conciencia de su papel en este sentido y se han posicionado como garantes de la calidad en la asistencia sanitaria frente a los posibles ajustes que se han realizado en las administraciones sanitarias. Unido a esto, han cobrado fuerza las Unidades de Gestión Clínica, unas herramientas que se han ido implantando en algunos centros del SNS a diferentes velocidades y que han dependido más de la voluntad de los profesionales que de los gestores.

No obstante, el planteamiento pretende hacerse más global con el RD que el Ministerio de Sanidad quiere aprobar en un breve plazo de tiempo y que ofrecerá un marco global, si bien muchas autonomías ya tienen desarrollado el suyo propio. Muy unido a este concepto se encuentra el debate de los incentivos económicos y el cambio de modelo retributivo, más centrado en la remuneración por resultados. Paralelamente, la precariedad se ha instalado en las profesiones sanitarias, con el peligro que esto conlleva para un sistema sanitario que se fundamenta en gran parte en el buen hacer de sus profesionales.

17

Resultado del cuestionario

Cualquier cambio que quiera llevarse a cabo en el SNS sólo será posible si se cuenta con la participación e implicación del profesional sanitario.

Las Comunidades Autónomas hicieron importantes esfuerzos para mejorar el reconocimiento del personal, sin embargo, en estos años de crisis, y por un motivo de supervivencia, los profesionales han sido, junto con la industria farmacéutica, los pilares sobre los que se ha sostenido el recorte de gasto. Esta situación hace que la motivación en ocasiones flaquee, y es por ello, por lo que junto con la demanda de mayor implicación en la gestión, es necesario posibilitar el desarrollo de la gestión clínica en los centros sanitarios, apoyar las capacidades docentes e investigadoras, propiciar la difusión de sus resultados en el sector y a la sociedad y articular estrategias para reconocer internamente a los mejores, reconociendo al profesional por lo que hace y no por lo que es.

La implicación real del profesional precisa de un cambio más allá de lo que aparentemente pueda parecer. Este reconocimiento no debe venir exclusivamente desde el punto de vista económico, ya que hay otras vías, como pueden ser las primas a la investigación,

que tienen un efecto reputacional importante, más allá del “bonus” que puedan suponer. Por parte del gestor se debe asumir que implantar un modelo de reconocimiento implica una mayor responsabilidad en el control y seguimiento del modelo y que, además del grupo reconocido, habrá un grupo que quede excluido, con el coste para la organización que este hecho pueda derivar.

Asimismo, resultaría de gran interés establecer mecanismos que permitieran una comparación entre profesionales, centros... en base a unos estándares comunes.

La información, la transparencia y la medición de resultados serán clave a la hora de conseguir esta implicación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los profesionales son quienes deben aceptar liderar la transformación del sector con los directivos, no ser sólo líderes en su capacidad clínica, sino líderes organizativos y de gestión.

6. ¿Es posible convertir el diagnóstico precoz en una herramienta para la sostenibilidad?

Resultado del cuestionario

18

La perspectiva a largo plazo, la perspectiva social y la superación de la compartimentación presupuestaria se deben incorporar a todos los proyectos que aborde el SNS. La incorporación de las nuevas terapias para la Hepatitis C ha puesto de manifiesto la necesidad de institucionalizar la evaluación de nuevas innovaciones sanitarias y de recuperar la idea de planificación integral y a largo plazo.

El diagnóstico precoz implicará más gasto a corto plazo pero un sustancial ahorro a medio plazo. Se ahorrará en tratamientos de cáncer y en trasplantes. A su vez, como intervención, el diagnóstico precoz debe acompañarse de intervenciones de prevención primaria en cáncer, Hepatitis o VIH.

Resulta complicado afianzar políticas sanitarias de este tipo cuando la visión del gestor es cortoplacista y los presupuestos necesarios entran en rivalidad con otras partidas, a pesar de que como se ha señalado un mayor esfuerzo presupuestario a corto plazo en dichas estrategias se traducirá en ahorros a medio o largo plazo que permitirán compensar el esfuerzo inicial. La reversión de la inversión es tan importante en partidas como el gasto hospitalario o farmacéutico, que vale mucho la pena apostar por ello.

El diagnóstico precoz es determinante a la hora de incidir en el buen pronóstico de enfermedades graves como el cáncer o patologías crónicas como las de tipo cardiovascular, o aquellas con una gran repercusión en el entorno como las patologías de salud mental.

En el ámbito del diagnóstico precoz es muy importante el trabajo de las Sociedades Científicas a la hora de determinar los protocolos para el diagnóstico, tanto en la accesibilidad de la población en general como en el screening de la población de riesgo.

7. ¿Es posible convertir la prevención en una herramienta para la sostenibilidad? ¿Considera adecuada una mayor inversión en políticas de prevención como la vacunación?

Consideraciones previas

La vacunación es una medida que ha tenido un extraordinario impacto en la salud de los ciudadanos a lo largo de los años. Cabe resaltar que hoy en día previene más de 26 enfermedades infecciosas y ha permitido una disminución del 49% de la tasa mundial de mortalidad infantil entre los años 1990 y 2013, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Siendo la población mayor de 65 años aproximadamente de 8 millones de personas, previendo un aumento directamente relacionado con la esperanza de vida, resulta evidente que los sistemas españoles de atención a la salud deben seguir evolucionando para adaptarse a esta inversión de la pirámide demográfica de la población, afrontando los retos que de ello se deriva, como las innovaciones en la atención, cuidado y tratamiento de las distintas patologías y una mayor conciencia social.

Resultado del cuestionario

La prevención es siempre clave. Las políticas de prevención deben establecerse pensando en el ciudadano aunque eso comporte otros beneficios adicionales como que el gasto sanitario sea menor.

Hay casos clarísimos en los que hay que incidir en la prevención y en el fomento de unos hábitos de vida saludable como en las patologías desencadenadas por riesgo cardiovascular, tabaquismo o diabetes. Hay países en los que incluso llegan a aplicar medidas restrictivas de acceso al sistema sanitario para ciudadanos que no son auto responsables con su propia salud.

Es por tanto obvio que son muchos los procesos que causan enfermedades no transmisibles que tienen aspectos prevenibles.

Si hablamos de vacunación, y a pesar de que en algún caso no existe un criterio homogéneo entre los propios profesionales, la realidad en este sentido es tozuda; y cada vacuna presenta un balance positivo en los ratios coste-efectividad.

La vacunación es una de las medidas de salud pública con mejores resultados y más eficiente. En este sentido, el gran reto de los sistemas de salud es conseguir implantar un calendario vacunal para adultos al igual que se ha implantado el infantil. La vacunación en adultos y sobre todo en mayores de 55 años es una de las estrategias más eficientes para prevenir enfermedades como la gripe o el herpes zóster, por ejemplo.

La inversión en prevención debe ser reforzada en el caso de la vacunación y además, debe contrarrestarse con fuerza a aquellos que la atacan desde dentro y desde fuera.

En cualquier caso, la prevención tiene que ser evaluada para establecer si el gasto en prevención es la mejor opción posible entre todas las disponibles. En algunas ocasiones se ha comprobado en distintos países que ciertos programas de prevención no son eficientes. Se gasta demasiado dinero en ellos en relación con sus resultados en términos de salud.

8. La colaboración público-privada: El papel de la sanidad privada en la sostenibilidad de SNS

Consideraciones previas

Cuando se habla de colaboración público-privada es conveniente señalar qué se entiende por tal. En España, cuando nos referimos a colaboración entre la sanidad pública y la privada estamos hablando de la gestión o provisión de unos servicios por parte de la sanidad privada, pero que son financiados por la administración pública.

En este sentido, la sanidad privada ha venido complementado desde hace años a la sanidad pública tanto en servicios asociados a la prestación sanitaria que no son estrictamente clínicos (seguridad, limpieza, transporte sanitario...), como en la propia provisión sanitaria a través de convenios o conciertos de servicios concretos (radiología, análisis clínicos, lista de espera quirúrgica...) o de centros hospitalarios completos o parcialmente.

Desde la aprobación de la Ley 15/1997 que abría la posibilidad a la puesta en marcha de nuevas fórmulas de gestión sanitaria, aparecieron en España las concesiones administrativas, conocidas normalmente por “modelo Alzira” por ser el Hospital de Alzira el primero en licitarse en España bajo esta modalidad y que posteriormente fue extendido a otros centros fundamentalmente en la Comunidad Valenciana y en la Comunidad de Madrid. En este caso, aunque la titularidad de los centros sanitarios sigue siendo pública, la gestión está concesionada a una entidad privada, que recibe un presupuesto capitativo por cada uno de los pacientes cuya atención sanitaria tiene asignada. Los centros concesionados, son centros que forman parte como uno más de la red de centros del sistema regional de salud.

Resultados del cuestionario

La sanidad privada ha estado habituada durante décadas a buscar la complementariedad al sector público en las derivaciones de los centros públicos para demoras quirúrgicas prolongadas, pruebas diagnósticas por tecnología carente en los públicos o con largos tiempos de espera, rehabilitaciones específicas, diálisis, oxigenoterapia domiciliaria, etc.

En todos los casos, las voluntades de todas las partes son alcanzar beneficios para todos, siendo los pacientes los que tendrían que resultar principalmente ganadores de estos movimientos.

Parece que las herramientas de gestión más flexibles en el caso de la gestión privada podrían dar alguna ventaja competitiva en la producción de servicios más eficientes. En todo caso, esta evolución suele acompañarse de desarrollo de la libre elección de centro y médico, que completa el círculo de la satisfacción de los pacientes y los ciudadanos, pagadores en última instancia de los servicios, como contribuyentes sociales.

La sanidad privada viene colaborando con la sostenibilidad del sistema desde una doble óptica. En primer lugar, porque hace frente a una demanda asistencial que, debido al concepto de doble aseguramiento mayoritario en nuestro país, no debe cubrir la pública, con el consiguiente ahorro de coste directo sanitario que eso supone para el SNS. Por otra parte, como proveedor del propio SNS está permitiendo dotar de flexibilidad y de eficiencia aquellas áreas del sistema público donde, o bien es proveedor, o bien realiza directamente la provisión.

Los gestores deben tratar de poner a disposición del paciente todos los recursos existentes en el sistema. Hoy en día todas las Comunidades Autónomas tienen alguna experiencia en la colaboración entre la sanidad privada y la pública; algunas con modelos más tradicionales, y otras más específicos como Cataluña o la Comunidad Valenciana cada una con sus particularidades.

En general existe acuerdo en que la gestión privada aporta valor a la gestión pública, al introducir conceptos de gestión de tipo empresarial.

Sin embargo, hay dos factores determinantes a la hora de incorporar la iniciativa privada a la gestión pública: es necesaria la transparencia en la gestión y una correcta evaluación de resultados y estudios comparativos desde el punto de vista coste efectividad.

En este sentido hay expertos que consideran que el actual equilibrio existente entre la sanidad pública y privada es sano y suficiente, por lo que no es necesario promover más la sanidad privada por razones de equidad del sistema.

En Comunidades como Cataluña existen otros modelos de provisión innovadores como pueden ser los Equipos de Base Asociativa (EBA), en las que un grupo de profesionales se constituye como empresa para la gestión de la atención primaria de un área poblacional.

En cualquier caso, todos los expertos coinciden en señalar que siempre la directriz que marque la política a seguir desde el punto de vista sanitario debe ser pública, es decir, estar marcada por el servicios regional de salud de la Comunidad Autónoma en cada caso.

9. Cambios en los patrones de morbilidad; ¿Está preparado el SNS para dar respuesta al reto del envejecimiento y de la cronicidad?

Consideraciones previas

España camina hacia una pirámide poblacional típica de un país envejecido con un elevado porcentaje de población mayor de 65 años. Actualmente, el porcentaje de población mayor de 65 años representa el 18,2%. De mantenerse la actual tendencia demográfica, este porcentaje se situará en el 24,9% en 2029, y en el 38,7% en el año 2064 según las previsiones llevadas a cabo por el propio Instituto Nacional de Estadística.

Resultado del cuestionario

El envejecimiento y la cronicidad son, entre otros factores, el resultado del éxito del sistema sanitario. Décadas atrás la mayoría de los enfermos de ictus o de infarto de miocardio morían y no llegaban a hacerse crónicos. Hoy día las terapias hemodinámicas y los nuevos medicamentos permiten que esas personas sobrevivan muchos años y en consecuencia que puedan acumular varias patologías.

Dicho esto, es evidente que tanto la cronicidad como el envejecimiento suponen unos retos nuevos, no sólo para el SNS, sino para toda la sociedad que no ha tenido nunca una esperanza de vida tan alta como la actual. Aunque necesitaremos muchas respuestas nuevas, no partimos de cero, además tenemos un conocimiento profundo del sistema y de sus posibilidades, y esa es una de las mejores bazas.

La mayor parte de Comunidades Autónomas han puesto en marcha algún programa específico para la atención de la cronicidad. Como ejemplos, el País Vasco, convirtió la legislatura de 2009 a 2013 en la legislatura de la Cronicidad; en Cataluña, en esta legislatura, se puso en marcha el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad; y así otras muchas iniciativas como el caso de la Comunidad Valenciana en el Hospital La Fe donde se han llevado a cabo experiencias innovadoras de éxito en el manejo de crónicos.

De forma resumida, para afrontar el reto de la cronicidad se debería trabajar en los siguientes aspectos:

- Invertir en TICs; para poder generalizar la telemedicina y la teleasistencia.
- Formación al personal tanto médico como, especialmente, la enfermería para la gestión de este nuevo tipo de paciente.
- Desarrollar registros actualizados de pacientes que impliquen mayor morbilidad y mayor frecuentación.

- Llevar a cabo una reestructuración de las infraestructuras sanitarias dirigiéndolas hacia un paciente mayor y con mayor estancia hospitalaria.
- Formación a los cuidadores, que son los que van a prevenir complicaciones y recaídas y, por lo tanto, congestión de los servicios públicos.

También es importante hablar de coordinación y medidas homogéneas en todo el país. Aunque observamos con asombro las previsiones de envejecimientos para la población española en los próximos años, no hemos promovido acciones conjuntas y coordinadas entre todas la Comunidades Autónomas para hacer frente a este reto.

El sistema está más preparado para el envejecimiento que para la cronicidad. Es necesario una profunda transformación del SNS para que se focalice en el paciente crónico, disminuya el peso del paciente agudo y se tenga en cuenta el factor del envejecimiento. A pesar del mayor uso de recursos sanitarios que realizan las personas mayores, numerosos estudios realizados en España señalan que su contribución al crecimiento del gasto sanitario futuro será moderada y parcialmente compensada por el efecto demográfico, ya que en la actualidad se está reduciendo la población española. Por otra parte, gran parte del gasto asociado al envejecimiento no está tanto relacionado con el efecto de la edad sino con el hecho de la muerte y de los cuidados en los últimos años de vida. Motivo, por el que el envejecimiento sólo traslada el problema hacia una cohorte de edad más avanzada, sin que esto suponga en sí mismo más gasto.

En cualquier caso cabe señalar que la respuesta a la cronicidad y al envejecimiento no puede ser exclusivamente sanitaria ya que las soluciones han de ser más globales y multidisciplinarias teniendo muy en cuenta a los servicios sociales y de bienestar de cada Comunidad para poder emprender acciones conjuntas.

Esta respuesta debe adaptarse a las nuevas estructuras familiares así como a las nuevas posibilidades resolutivas de la mHealth.

10. La innovación disruptiva. ¿Cómo actuar ante la aparición de grandes innovaciones? ¿Cuáles son las lecciones aprendidas en los últimos tiempos en este sentido? ¿Considera necesario invertir en estrategias que den resultados a largo plazo, como el caso de la Hepatitis C?

Consideraciones previas

En los próximos años se va a producir la incorporación de fármacos innovadores, gracias a las nuevas tecnologías y los avances en investigación clínica, desarrollo e innovación que van a permitir un cambio en la evolución natural de determinadas patologías, llegando incluso a erradicarlas en algunos casos.

Lo sucedido con la Hepatitis C con la llegada de los nuevos fármacos ha puesto de manifiesto los retos y la falta de anticipación y de previsión del SNS a la hora de incorporar de estas moléculas en el SNS.

En este sentido la realización de estudios previos con los datos epidemiológicos de España, para determinar la extensión y las características de la patología, así como la clara implicación de los intereses gubernamentales en una mejora del marco de la patología a tratar, en prevención, diagnóstico y tratamiento.

Asimismo, la implementación de un plan nacional fomentará y garantizará la equidad en todas las Comunidades Autónomas, garantizando que la misma sea siempre efectiva.

Resultado del cuestionario

Cuando hablamos de innovación tecnológica o farmacológica, lo cierto es que la única manera posible de actuar frente a ella, cuando efectivamente aporta mejoras en los resultados de salud del paciente y se ha demostrado como eficaz y eficiente, es adoptarla

En los próximos años, desde la gestión sanitaria se deberá actuar con mentalidad innovadora, buscando aumentar el valor de lo que se hace en relación a los costes incurridos.

Para la incorporación de la innovación al Sistema se debería dar mayor peso a los profesionales y a los criterios clínicos.

La incorporación de la innovación debería organizarse e institucionalizarse para tener mecanismos permanentes preparados que sean capaces de prever y establecer las hojas de ruta de la incorporación de estas nuevas tecnologías. Deben ser estructuras prestigiosas, con el máximo rigor científico y en las que confíen los pacientes, los profesionales sanitarios y todos los ciudadanos. Resolver estos problemas a golpe de manifestación es verdaderamente inadecuado en un país como el nuestro en el siglo XXI.

La clave estaría por lo tanto en la coordinación, en la previsión, la planificación y en el hecho de contar con un marco de actuación estable. La innovación no es una sorpresa. Las agencias reguladoras tienen información de cuáles son las nuevas moléculas que están a punto de llegar al mercado. Lo que sí sería necesario es que por parte de la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios se pudiera coordinar esta información y ser trasladada al consejo Interterritorial del SNS, a través del Ministerio de Sanidad a las Comunidades Autónomas. Además, es importante el poder implicar a las administraciones de Hacienda ya que son éstas las que finalmente tienen la última palabra en los presupuestos públicos.

A las organizaciones sanitarias les falta madurez para permitir incrustar eficazmente las nuevas tecnologías innovadoras, pues están fijadas en un modelo asistencial de rescate y de agudos. La innovación tecnológica es muy necesaria para una gestión

eficaz de los enfermos crónicos. En esta línea, acuerdos de techo de gasto pueden ser instrumentos útiles, si se diseñan de forma adecuada y no imposibilitan la entrada de nuevas innovaciones en el mercado

En cualquier caso, para incorporar eficazmente la innovación es necesario incrementar los recursos del SNS de forma equitativa entre las diferentes Comunidades Autónomas.

Hay medidas que pueden ampliar los recursos disponibles, pero que en todo caso, deben ser paralelas a la de solucionar la infrafinanciación del SNS. En este sentido, y de forma paralela, es posible negociar descensos en los precios de medicamentos ya no sujetos a patentes; apostar por el uso de genéricos y biosimilares, y por economías de escala donde es muy importante la compra centralizada a nivel nacional, además de políticas de riesgo compartido con control de techo de gasto.

Aún así, si persiste la tendencia de disminución de los presupuestos sanitarios, se hará difícil poder garantizar el acceso equitativo de los españoles a la innovación.

En los últimos tiempos, efectivamente, hemos aprendido algunas lecciones en este campo que conviene tener presentes. En ocasiones se ha querido parecer innovador por esnobismo, esperando ser más apreciados por incorporar inversiones costosas y sofisticadas (como los robots quirúrgicos, por ejemplo), encareciendo innecesariamente los procesos asistenciales, sin justificar adecuadamente su idoneidad y/o utilidad.

Las mayores oportunidades de innovación han llegado de la mano de fármacos que han permitido abordar de forma distinta la terapéutica en muchas patologías, con mayor grado de mejoría, incluso curaciones definitivas en numerosas ocasiones de los pacientes.

Incorporar una nueva tecnología sanitaria es un proceso dinámico que debe disponer de una planificación a largo plazo y no sólo limitarse al momento de la autorización.

Además, en los últimos años, en la sanidad pública se han penalizado los comportamientos innovadores, al suponer mayores gastos en sus periodos de introducción al mercado y actuar con presupuestos limitativos y muy rígidos en su gestión.

11. ¿Considera que el SNS precisa de una redistribución de recursos, desinvertir en unas áreas para hacerlo en otras?

Resultado del cuestionario

Es necesario abordar el reto de la desinversión pero bajo la premisa de hacerlo todas las Comunidades Autónomas a la vez y con el mayor consenso posible. Una de las formas de favorecer la sostenibilidad del sistema es precisamente adecuar la cartera de servicios y desinvertir en aquellas tecnologías, procedimientos y medicamentos que no aportan valor a los pacientes.

Por poner un ejemplo, si a todo lo que puede suponer la medicina personalizada en función del estudio genético le añadimos las limitaciones económicas con las que nos vamos a tener que acostumbrar a vivir, no habrá más remedio que redistribuir recursos y dedicarlos a aquello que haya demostrado mayor efectividad, abandonado lo que haya quedado obsoleto.

El primer paso necesario es identificar aquellos servicios y prestaciones que no añaden valor clínico y no financiarlos.

En el modelo hacia el que vamos, probablemente necesitamos reforzar las funciones de prevención, promoción y educación para la salud, en detrimento de los presupuestos de Atención Especializada.

Por otra parte, la atención a patologías prevalentes exige disponer de recursos en cantidad suficiente, priorizando su atención con criterios de gravedad y de oportunidad. Por otro lado no puede descuidarse, y dotarse de recursos finalistas, la investigación y la atención a las enfermedades raras o poco frecuentes.

Las estrategias de abordaje de la cronicidad hacen necesaria una asignación adecuada de los recursos.

Igualmente, procede plantearse un refuerzo inversor en TIC, que impulsen la historia clínica electrónica en todos los ámbitos sanitarios, con intercomunicabilidad entre ellos en todo el SNS, y que posibiliten el seguimiento de pacientes en sus domicilios y en su vida normal.

En cualquier caso, la sostenibilidad del SNS va más allá de la distribución de recursos, se trata más de un problema de dotación presupuestaria. Sin embargo, llevamos seis años en que los presupuestos sanitarios o bajan o no crecen.

Es cierto que hay que ir llevando los recursos allí donde más falta pueden hacer en cada momento, pero la cuestión fundamental a abordar para asegurar la sostenibilidad financiera del sistema con los niveles de calidad con los que siempre ha contado el SNS es incrementar su dotación presupuestaria.

12. Respecto a la distribución de recursos, existen partidas muy medibles y monitorizadas como el gasto farmacéutico del que se conoce su evolución exacta mes a mes, pero hay otras partidas; conciertos, productos sanitarios, fungible... de las que no se tiene el mismo seguimiento; ¿resultaría útil y aportaría valor llevar a cabo una monitorización de otras partidas de gasto?

Resultado del cuestionario

Para la toma de decisiones contar con información es importante, por lo que la monitorización de partidas, que permita además la evaluación de los resultados de salud que se consiguen con cada una de ellas es muy importante.

En cualquier caso, es importante plantearse la relevancia de las magnitudes a medir. El importe del gasto farmacéutico es muy elevado globalmente, su comercialización está muy regulada y no es complejo su seguimiento y monitorización. Esto no es así en el caso de otras tecnologías sanitarias y sería lo adecuado.

De todas formas sería planteable para partidas cuantitativamente elevadas y unitariamente importantes, como las prótesis y dispositivos implantables en Cardiología, Traumatología, Neurocirugía etc.

Aún así, hoy en día ya se tiene mucha información y hay muchas partidas de gasto sobre las que se tienen datos, aunque a veces lo que falta es que la información dispersa esté conectada, sea interoperable y pueda de esta forma ser más fácilmente interpretable.

27

13. ¿Es posible aplicar un análisis predictivo para prever cuál va a ser la evolución a futuro de las necesidades reales en materia sanitaria de la población para redistribuir los recursos allá donde puedan ser más necesarios?

Resultado del cuestionario

Tenemos información suficiente que nos permitiría hacer este tipo de proyecciones. Las nuevas tecnologías no son totalmente imprevisibles. Su desarrollo exige tiempo y se puede estudiar qué direcciones tomarán. También tenemos cierto grado de conocimiento sobre la evolución futura de la población, la morbilidad y la mortalidad. No eliminaremos la incertidumbre pero podemos acotarla. A este respecto la investigación científica es fundamental y también es esencial que los avances en investigación se trasladen a las mentes de los gestores sanitarios.

En esta línea existe un precedente en Inglaterra, el informe Wanless (“Securing our Future Health. Taking a Long Term View”), a pesar de que no se hiciera caso a sus recomendaciones. En España debería hacerse este ejercicio, pero a petición del Gobierno, para que no quedara como un informe o estudio más. De esta forma se podría llevar a cabo una planificación y asignación de los recursos de acuerdo a las necesidades reales de la población.

Aunque no podemos adivinar el futuro, lo que sí podemos hacer es trabajar para que se parezca a lo que nosotros esperamos de él. En el ámbito sanitario vemos a diario cómo dejamos atrás lo que suponíamos límites insalvables para ponernos nuevas barreras que serán traspasadas más temprano que tarde. La cirugía seguirá su progresiva evolución hacia las técnicas mínimamente invasivas, que cada vez serán más habituales para un mayor número de procesos. Las técnicas diagnósticas serán cada vez más precisas y nos proporcionarán resultados más fiables y ajustados. Los medicamentos resolverán cada día más problemas, y además la irrupción de la biotecnología y de la genética en el tratamiento supondrá anticiparse a la interacción entre paciente y medicamento, lo que mejorará los tratamientos y reducirá los efectos indeseables. Sin embargo, aparecerán nuevas dificultades en el SNS como la protección de datos, el coste de la medicina personalizada, que supondrá otro problema importante que habrá que afrontar, o la excesiva medicalización, que demandaran nuevos esfuerzos y atención.

28

14. ¿Qué mejoras tangibles a corto plazo, desde el punto de vista de la gestión, asignación de recursos, gestión clínica, etc... adoptaría?. ¿Qué hacer y/o qué no hacer?

Por su interés se recogen, agrupadas, todas las mencionadas por los miembros panelistas:

1. Cartera de servicios

- Identificar aquellos servicios y prestaciones que no añaden valor clínico y no financiarlos.
- Fomentar la salud pública con programas de educación sanitaria, cribado y diagnóstico precoz.
- Fomentar el uso de las vacunas e instaurar un programa de vacunación en el adulto, especialmente a partir de los 55 años.

2. Política de Recursos Humanos

- Implantar un sistema de pago por objetivos, real, eficaz y transparente. Implantar procesos de gestión clínica asegurando un desarrollo verdadero “contractual” entre el ámbito de la gestión y el ámbito clínico, así como que haya una reversión

de fondos a aquellos que consiguen eficiencias. Los objetivos para el profesional deben ser objetivos claros, estimulantes y alcanzables, que sirvan para implicar al profesional con la organización y con los objetivos globales y que repercutan en una parte variable de la nómina de aproximadamente un 30%.

- Introducir mejoras como: carrera profesional atractiva; cultura del sistema a compartir por los profesionales de participación y protagonismo en proyectos de servicio a los pacientes y de excelencia profesional y científica; remuneraciones dignas contra trabajo digno; abandono del sistema de plazas en propiedad de por vida; introducción de sistemas de medición de resultados y supervisión; estímulos monetarios y no monetarios a la productividad y el trabajo bien hecho, contando siempre con la evaluación por pares.

3. Política farmacéutica

- Llegar de forma definitiva a un acuerdo estable y duradero entre la Industria y la Administración para evitar medidas inesperadas de nuevos ajustes que afecten a las estrategias de las compañías, independiente de circunstancias puntuales de nuestra economía, que garantice estabilidad, y el acceso a los mejores medicamentos.
- Sería necesaria la disposición de partidas centralizadas para impulsar la innovación.

29

4. Organización y gestión del SNS

- Implantación y aprovechamiento real de las nuevas TIC. Este es un reto que está produciendo un cambio en la forma de trabajar de los profesionales, de compartir la información disponible, de generar avisos para situaciones diversas, de comunicarse con el paciente, de facilitar la participación de los ciudadanos en la gestión de su salud y en la comunicación con los centros asistenciales donde le están tratando. Es primordial explotar para la gestión y la planificación los sistemas de información sanitaria y conectarlos entre sí.
- Debe comenzar a implantarse de forma real la autogestión, en forma de unidades de gestión clínica, o autogestión en centros de salud; de forma que los propios profesionales se conviertan en gestores y se impliquen en la sostenibilidad en sus ámbitos de actuación y, lógicamente, con el reconocimiento correspondiente. Es necesario un marco general para el desarrollo práctico de la gestión clínica en los centros asistenciales.
- Ser proactivos en la implantación de medidas para el tratamiento de crónicos, fundamentalmente con la gestión de casos, la implantación real de la telemedicina y el seguimiento de pacientes con factores de riesgo.

- Medir resultados y costes de lo que hacemos en materia sanitaria.
- Institucionalizar y generalizar la evaluación de eficiencia de tecnologías sanitarias e introducir de forma práctica y reglada la evaluación económica.
- Profesionalizar la gestión sanitaria y mejorar a todos los niveles la gobernanza del sistema sanitario, desarrollando los principios de profesionalización, transparencia y rendición de cuentas.
- Centralizar decisiones y romper los silos presupuestarios. Interconectar presupuestos de las distintas esferas sanitarias.
- Corresponsabilizar a los pacientes e introducir los presupuestos personalizados.
- Implantar medidas de coordinación de los servicios sanitarios y sociales con rendimientos a corto plazo.
- Establecer los presupuestos en base a previsiones de actividad y de costes, con las consideraciones de población a atender, ajustes por complejidad de patologías prevalentes, edad, etc, así como unidades de referencia a mantener, variaciones por la aplicación de la eventual libre elección de pacientes o derivaciones de/a otros centros o ámbitos asistenciales.

Identificación de las necesidades económico-financieras del SNS

1. A la vista de los datos recogidos en el informe de situación que se adjunta, ¿Cree posible llegar a pactar un suelo de inversión sanitaria en términos de porcentaje sobre el PIB que en ningún caso pueda rebajarse?

Consideraciones previas

Una de las consecuencias de la crisis económica en España ha sido la reducción del gasto público en general y de la inversión sanitaria en particular. El gasto sanitario público con respecto al PIB, se ha ido reducido en los últimos años, pasando de representar un 6,7% del PIB en 2009, a un 5,9% en 2014 o un 5,7% este año 2015.

Según el Programa de Estabilidad del Reino de España, el Gobierno no prevé que el gasto sanitario público aumente antes de 2020 por encima del 6,5% del PIB (cifra en la que se situó en 2010). A partir de 2020, se espera un crecimiento paulatino hasta alcanzar el 7,8% del PIB en el año 2060.

Atendiendo al peso que tiene el gasto sanitario público respecto al gasto público total, en el año 2012 se situaba en España en el 14%, frente al 19% que suponía en Alemania o el 16% se Francia.

Evolución del presupuesto global de la sanidad pública entre los años 2009-2014.

Ejercicio	Presupuesto sanitario total (millones euros)	Disminución respecto al ejercicio anterior (%)
2009	64.317,71	-
2010	63.457,41	0,08%
2011	57.826,13	12,65%
2012	57.660,43	10,43%
2013	55.272,80	14,88%
2014	53.512,49	1,58%

Fuente: Presupuestos Públicos anuales de las Comunidades Autónomas.

Resultado del cuestionario

A continuación se resumen las posturas recogidas. Mayoritariamente se considera que debería poder llegar a pactarse y consensuarse una inversión suficiente para la sanidad, aunque no debería ser algo de carácter normativo. Cada país debe poder decidir en qué gastar de forma prioritaria su presupuesto.

En general se establece que la inversión sanitaria necesita, cuando menos, un crecimiento similar al del PIB; aunque en todos los casos se pone de manifiesto la dificultad de llegar a un pacto de estas características que fuera vinculante para todas las Comunidades Autónomas.

El riesgo de vincular el gasto sanitario al PIB es que este puede contraerse, y afectar por lo tanto a la inversión en sanidad.

Se propone incorporar el derecho de atención sanitaria pública como derecho fundamental a la Constitución Española, obligando por lo tanto al Estado a dotar al sistema de medios suficientes para garantizar este derecho.

Por otro lado hay expertos que se posicionan en contra de este tipo de pactos que ponen freno, a priori, a la capacidad de acción de Gobierno, y apostarían por invertir en función de las necesidades y los recursos disponibles, con consenso, transparencia y rindiendo cuentas sobre la utilización de recursos.

Para algunos, un suelo de gasto obligatorio introduce una rigidez no aconsejable y abogan por presupuestar con arreglo al análisis coste-beneficio aplicado a sanidad, sin recurrir a falsas soluciones arbitristas y gastar en lo que sea eficiente, es decir lo que nos produce mayores resultados en salud por cada euro gastado que cualquier alternativa comparable.

2. ¿En qué magnitud situaría el gasto sanitario público con respecto al PIB?

Consideraciones previas

Junto a los datos recogidos en las consideraciones que acompañan a la cuestión anterior, cabe señalar algunas magnitudes que ponen en relación las cifras de gasto público sanitario español con las de los países de nuestro entorno.

Como se ve en la tabla que se muestra a continuación, según los datos del informe OECD Health Statistics 2014, con los últimos datos disponibles actualizados a fecha de 2012, el porcentaje de gasto sanitario público con respecto al PIB que países referencia para España como Alemania o Francia, se sitúa en el entorno del 9%. Los países de la tabla se han ordenado en función de su PIB (de mayor a menor) en el año 2012.

32

Porcentaje Gasto sanitario público respecto al PIB del año 2012.

País	Porcentaje
Alemania	8,4
Reino Unido	N.D.
Francia	8,6
Italia	6,9
España	6,5
Holanda	10
Suecia	7,3
Polonia	4,4
Bélgica	8,2

Fuente: OECD Health Statistics 2014.

Como se puede comprobar, la media (sin contar España ni Reino Unido del que no se disponen de datos de gasto público) es del 7,7%.

Resultado del cuestionario

En general los expertos se muestran favorables a situar el gasto sanitario con respecto al PIB en la línea de los países de la OCDE de características similares a España, esto es; Alemania, Francia, Italia y Reino Unido. Según las cifras publicadas por la OMS en 2014 con datos de 2012, este porcentaje se situaría en el entorno del 7,5%.

Algunos de los expertos señalan que estas cifras de tipo macroeconómico hay que ponerlas en relación a la renta per cápita de cada país.

En cualquier caso, para algunos miembros del panel, esta magnitud dependerá en gran medida del modelo asistencial que España desarrolle ya que, si no se adoptan una serie de cambios necesarios en el Sistema para mejorar la eficiencia en la gestión del paciente crónico y pluripatológico, será necesaria una aportación mucho mayor.

3. Los presupuestos públicos anuales. ¿cómo afrontar las limitaciones, qué hacer con el déficit presupuestario en Sanidad?

Consideraciones previas

Año tras año, la sanidad pública en España ha sido deficitaria, generando importantes tensiones financieras entre todos los actores del SNS. Los presupuestos finales de las diferentes Consejerías de Sanidad son siempre superiores a los presupuestos de gasto iniciales.

En el período 2009-2011, la deuda con proveedores del SNS creció un 173%.

En 2012 y 2014 se articularon, por parte del Gobierno de España, dos Planes de Pago Extraordinarios que vinieron a sanear la deuda vencida con los proveedores sanitarios. Seis meses después del segundo Plan de Pagos, en septiembre de 2014, Fenin señalaba que la deuda contraída por las Administraciones Públicas ya era un 25% mayor que en el mes de febrero cuando se produjo el segundo Plan de Pago.

Según los últimos datos aportados por Fenin, a pesar de las medidas adoptadas para erradicar la morosidad, a cierre de marzo de 2015 el importe de las facturas de las Comunidades Autónomas pendientes de cobro a las empresas del sector ascendió a 1.640 millones de euros con plazos medios de pago de 229 días.

Las patronales del sector han demandado en reiteradas ocasiones la adecuación de los presupuestos al gasto real.

Respecto a los presupuestos iniciales de sanidad de las Comunidades Autónomas para el año 2015 y atendiendo a la evolución histórica del gasto en farmacia, de las 17 comunidades, once no tienen presupuesto suficiente para cubrir el ejercicio. Algunas de ellas no llegan con lo presupuestado ni siquiera a cubrir los nueve primeros meses del año.

Resultado del cuestionario

El déficit presupuestario en la Sanidad pública es un grave problema que habría que afrontar con decisión y valentía.

Desde el SNS se ha hecho todo lo posible para minimizar esta situación: se han eliminado las bolsas de ineficiencia, se ha mejorado la gestión y, con la crisis, hemos aprendido a hacer más con menos, aunque haya sido a costa del sueldo de los profesionales, pero todo tiene un límite.

La receta en el fondo es sencilla: hay que equilibrar ingresos y gastos.

Los gastos están bien definidos y con poco margen de mejora. Hacer una gestión más eficiente puede ser factible, pero es difícil que eso produzca un margen de ahorro significativo.

En el lado de los ingresos, no se puede estar pendiente de la evolución del PIB exclusivamente, porque si el país no crece conforme a las previsiones, es difícil hacer más ajustes a nuestro SNS.

Medidas como las economías de escalas, compras centralizadas, riesgo compartido, o cierta corresponsabilidad del ciudadano con el sistema, podrían mejorar, no solamente los ingresos directos, si no también disminuir el gasto.

El Acuerdo de Financiación vigente se basa en la transferencia por parte del Estado a las Comunidades Autónomas de un porcentaje de los ingresos fiscales. Si esos ingresos caen, se transfiere menos dinero a las autonomías. Aunque estas prioricen el gasto sanitario, puede que los ingresos sean insuficientes. Las Comunidades Autónomas pueden recurrir a endeudamiento con entidades financieras u otras fórmulas para poder hacer frente a los gastos sanitarios, pero el Estado decidió limitar esta competencia como medida para evitar el crecimiento del déficit general.

El modelo de financiación no prevé que en caso de disminución de los ingresos se debe mantener la financiación sanitaria desde el Estado, garantizando transferencias iguales o mayores que las del ejercicio precedente. Sin embargo aún en situación de crisis se mantiene la obligación de prestar el servicio aunque se reciban menos fondos. Algunas de las comunidades que recibieron hace más tiempo las transferencias vienen arrastrando una infrafinanciación durante décadas.

Junto a todo ello, comparado con los países de referencia, España tiene un problema en relación con su sistema fiscal. Teniendo figuras impositivas y tipos similares, su recaudación es ocho puntos de PIB más baja. Se debe fortalecer el modelo fiscal para lograr unos ingresos en relación al PIB en la media de los países de la UE.

4. Ante la necesidad de adaptar los presupuestos sanitarios a la realidad de gasto, ¿de qué forma podría afrontarse la rigidez presupuestaria pública?; ¿de qué forma cree se podrían adoptar presupuestos más dinámicos para permitir a los gestores una mayor capacidad de actuación y adaptación?

Resultado del cuestionario

En general todos los expertos coinciden en la necesidad de poder gestionar de forma más flexible los presupuestos sanitarios y, en una buena parte, en la dificultad de encontrar medidas adecuadas para hacerlo.

En cualquier caso, una de las posibilidades que apunta la mayor parte de los miembros del panel es la de los presupuestos plurianuales.

Se puede optar por presupuestos integrales y sobre todo por presupuestos de ciclo, en lugar de anuales. Si se cuenta con una parte del presupuesto pactada y con disposición a nivel de ciclo en lugar de anual se podría dotar al sistema de una mayor flexibilidad.

Todo lo que sea mejorar la agilidad, la descentralización, la autonomía de gestión y flexibilizar el funcionamiento empresarial, unido al control y al rendimiento de cuentas en función de resultados, ayudará a la mayor rentabilización de los recursos destinados a salud o a la prestación de los demás servicios públicos.

35

5. En 2015, entre la Comunidad Autónoma que más gasta per cápita en sanidad (País Vasco) y la que menos (Andalucía) hay más de 500 euros per cápita de diferencia. Más de la mitad de la Comunidades tienen un gasto sanitario per cápita inferior a la media (1.248€) ¿Cómo afecta este hecho a la equidad y cómo puede resolverse?

Consideraciones previas

Atendiendo a los presupuestos iniciales para Sanidad de las Comunidades Autónomas, se obtiene un gasto medio per cápita de 1.248 euros. Sin embargo, en esta distribución per cápita se aprecia, como recoge el enunciado, diferencias significativas entre Comunidades. A la cabeza del ranking se sitúan País Vasco y Navarra, las regiones no sujetas al régimen común de financiación. La lista la cierran tres comunidades con un importante peso poblacional en España: Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía.

Gasto sanitario per cápita por Comunidades Autónomas según el presupuesto inicial para el año 2015

Comunidades Autónomas	Euros/Hab.
País Vasco	1.565,2
Navarra	1.466,2
Asturias	1.409,4
Aragón	1.403,9
Cantabria	1.342,2
Castilla León	1.309,2
Rioja	1.278,2
Canarias	1.245,1
Extremadura	1.227,1
Baleares	1.159,9
Galicia	1.153,9
Castilla La Mancha	1.148,3
Madrid	1.145,0
Murcia	1.130,4
Cataluña	1.118,6
Valencia	1.106,8
Andalucía	1.004,3
Media en España	1.247,9

Resultado del cuestionario

En general, los miembros del panel de expertos están de acuerdo en que estas diferencias son demasiado notables y que, por tanto, pueden condicionar la equidad del Sistema Sanitario.

Para tratar de que todas las Comunidades Autónomas puedan tener acceso a más recursos, se apunta por parte de todos la posibilidad de otorgar una mayor responsabilidad fiscal a las Comunidades Autónomas, de manera que gestionen en mayor medida sus ingresos. De todas maneras y dadas las diferencias de renta que existen entre las regiones españolas, las transferencias desde las regiones más ricas a las menos, serían igualmente necesarias.

También se destaca como un punto fundamental la coordinación y colaboración entre Comunidades Autónomas, puesto que con esta coordinación no sería necesario contar con unidades hospitalarias súper especializadas o realizar trasplantes en todas la regiones.

La equidad pasa por una financiación similar entre Comunidades, y esta no debe depender de criterios desfasados.

En cualquier caso, es importante gestionar bien los presupuestos y elegir el modelo asistencia que la sociedad necesita, no hacer una sanidad focalizada a la puesta en marcha de nuevas infraestructuras diseñadas en épocas anteriores a la crisis.

6. Nuevas fórmulas de financiación del SNS. ¿Sería conveniente que la sanidad contará con un sistema de financiación específico fuera del sistema de financiación autonómico “ordinario”? ¿Debería contar la sanidad con fondos finalistas?

Consideraciones previas

Hasta la 1996, la financiación de la sanidad tenía carácter finalista.

A partir de entonces, las Comunidades Autónomas vienen recibiendo unas transferencias de fondos por parte del Estado que, junto con los ingresos propios, distribuyen en sus presupuestos anuales en función de las necesidades de cada momento.

Las sucesivas reformas del modelo de financiación autonómica; 1996, 2001 y la última en 2009; han ido incrementando la participación de las Comunidades Autónomas en la llamada corresponsabilidad fiscal efectiva, permitiendo una mayor participación de las Comunidades Autónomas en la gestión tributaria así como en los ingresos que el Estado obtiene de los impuestos de competencia estatal (IRPF, Sucesiones y Donaciones, IVA, Patrimonio, AJD, etc).

Dadas las necesidades específicas de los sistema regionales de salud, hay gestores que han abogado por que la financiación para la Sanidad, así como las compensaciones que lleva a cabo el Estado, como por ejemplo, las derivadas de la asistencia a desplazados nacionales o extranjeros, no debería ir a la “caja única” de los departamentos de Hacienda, sino revertir directamente en la financiación de la Sanidad pública.

Resultado del cuestionario

En este punto hay diversidad de opiniones. Aunque mayoritariamente, se recogen más opiniones a favor de los fondos finalistas.

Algunos de los expertos que han formado parte del panel consideran que la sanidad debería contar con fondos finalistas y contar con un gasto por habitante igual para todas las Comunidades Autónomas. Hay que recordar que en origen la sanidad contaba con fondos finalistas para su financiación y que fue a partir de los nuevos modelos de

financiación, 1996 y 2001, cuando se cambió el modelo y se definió una financiación no finalista para la sanidad. Por este motivo, son varios los expertos que consideran poco probable este paso atrás.

Algunos puntualizan que en todo caso, se debería contar con fondos finalistas para partidas que salgan del ámbito de local o regional, o que afecten a partidas extraordinarias o sobrevenidas a lo largo del ejercicio como el coste de una nueva innovación, el presupuesto para la atención a las enfermedades raras, programas de vacunación, etc.

Por el contrario, algunos de los panelistas consideran que ingresos y gastos deben ser considerados en su globalidad y que el SNS debe ser financiado vía impuestos, atendiendo a las necesidades que surjan en cada momento dando maniobrabilidad a los gestores.

7. Nuevas fuentes de financiación. ¿Es posible encontrar una nueva fuente de financiación para la sanidad que la dote de más recursos?. Si considera que sí, cítelas.

Consideraciones previas

38

Como se ha señalado previamente, la financiación de la sanidad pública proviene de la recaudación que lleva a cabo el Estado y las autonomías vía impuestos. El modelo de financiación que entró en vigor en el año 2002 (modificado en 2009) amplió la “cesta de tributos” susceptible de cesión a las Comunidades Autónomas. A partir de este momento, en torno al 50% de los ingresos no financieros de los presupuestos autonómicos proviene de los tributos cedidos por el Estado.

Como consecuencia lógica se deriva que a menor recaudación, menos ingresos. Sin embargo, en época de crisis las necesidades de los sistemas públicos de salud no se reducen, sino que incluso incrementan.

Cuando la capacidad financiera se reduce pero las necesidades a las que hacer frente, como mínimo, se mantienen, resulta inevitable que surja en el debate la necesidad de buscar nuevas fuentes de financiación que permitan mantener un SNS universal y de calidad como el que tiene España.

Resultado del cuestionario

Todos los miembros del Think Tank ven como única vía de financiación de la sanidad pública la recaudación fiscal. En este sentido, varios coinciden en la necesidad de reformar el sistema fiscal español y apuntan a la posibilidad de que determinadas tasas como las que gravan el tabaco, alcohol o hidrocarburos, pudieran destinarse de forma finalista a

financiar la sanidad. Sin embargo esta es una posibilidad que califican de poco probable, dadas la experiencias que se han visto en algunas Comunidades que han tratado de ir por esta línea (Cataluña), así como por el hecho de que los expertos en hacienda pública no abogan por impuestos finalistas. No hay que olvidar tampoco la dificultad de incrementar la presión fiscal en momentos de crisis económica.

Ninguno de los expertos que ha participado en el Grupo de Alto Nivel considera el copago por asistencia sanitaria como una fuente de financiación.

8. Cómo definir un Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas que preserve la equidad, ¿Cómo compensar a las autonomías más perjudicadas?

Resultado del cuestionario

La política de redistribuir y compensar se ha venido utilizando durante 35 años y ha acabado arrojando como resultado la situación actual, una financiación muy dispar entre Comunidades Autónomas. El camino que se apunta por los expertos es que las Comunidades puedan tener una mayor autogestión y una mayor participación de sus ingresos fiscales, se atienda a la base poblacional real de cada región con ajustes por edad, utilizar las transferencias interregionales o contar con una financiación específica para unidades y servicios de referencia.

Anexo I – Cuestionario enviado al panel de expertos

1. Identificación de las necesidades del Sistema Nacional de Salud

- 1.1 ¿Cree que el Informe Abril sigue de plena actualidad en su 25 aniversario?
- 1.2 ¿Considera necesario revisar la cartera de servicios del SNS tanto desde el punto de vista asistencial como farmacéutico?
- 1.3 El SNS cuenta con unas estructuras sanitarias, que conllevan a su vez unas estructuras de costes, establecidas hace años. ¿Son esas estructuras las adecuadas para el momento que vive el SNS?
- 1.4 ¿Considera que debería fomentarse la participación del paciente en el SNS? ¿De qué forma se puede maximizar esta participación?
- 1.5 El profesional sanitario. ¿De qué forma se puede implicar al profesional como palanca de apoyo en los cambios que deba afrontar el SNS?. ¿Qué rol deben jugar los profesionales dentro del SNS?
- 1.6 ¿Es posible convertir el diagnóstico precoz en una herramienta para la sostenibilidad? ¿Considera necesario invertir en estrategias que den resultados a largo plazo, como el caso de la Hepatitis C?
- 1.7 ¿Es posible convertir la prevención en una herramienta para la sostenibilidad? ¿Considera adecuada una mayor inversión en políticas de prevención como la vacunación?
- 1.8 La colaboración público-privada: El papel de la sanidad privada en la sostenibilidad de SNS.
- 1.9 Cambios en los patrones de morbilidad; ¿Está preparado el SNS para dar respuesta al reto del envejecimiento y de la cronicidad?
- 1.10 La innovación disruptiva. ¿Cómo actuar ante la aparición de grandes innovaciones? ¿Cuáles son las lecciones aprendidas en los últimos tiempos en este sentido?
- 1.11 ¿Considera que el SNS precisa de una redistribución de recursos, desinvertir en unas áreas para hacerlo en otras?

- 1.12 Respecto a la distribución de recursos, existen partidas muy medibles y monitorizadas como el gasto farmacéutico del que se conoce su evolución exacta mes a mes, pero hay otras partidas; conciertos, productos sanitarios, fungible... de las que no se tiene el mismo seguimiento; ¿resultaría útil y aportaría valor llevar a cabo una monitorización de otras partidas de gasto?
- 1.13 ¿Es posible aplicar un análisis “horizon scanning”, es decir, prever cuál va a ser la evolución a futuro, de las necesidades reales en materia sanitaria de la población para redistribuir los recursos allá donde puedan ser más necesarios?
- 1.14 ¿Qué mejoras tangibles a corto plazo, desde el punto de vista de la gestión, asignación de recursos, gestión clínica... adoptaría?. ¿Qué hacer y/o qué no hacer?

2. Identificación de las necesidades económico-financieras del SNS

- 2.1 A la vista de los datos recogidos en el informe de situación que se adjunta, ¿Cree posible llegar a pactar un suelo de inversión sanitaria en términos de porcentaje sobre el PIB que en ningún caso pueda rebajarse?
- 2.2 ¿En qué magnitud situaría el gasto sanitario público con respecto al PIB?
- 2.3 Los presupuestos públicos anuales: ¿Cómo afrontar las limitaciones, qué hacer con el déficit presupuestario en Sanidad?
- 2.4 Ante la necesidad de adaptar los presupuestos sanitarios a la realidad de gasto, ¿de qué forma podría afrontarse la rigidez presupuestaria pública?; ¿de qué forma cree se podrían adoptar presupuestos más dinámicos para permitir a los gestores una mayor capacidad de actuación y adaptación?
- 2.5 En 2015, entre la Comunidad Autónoma que más gasta per cápita en sanidad (País Vasco) y la que menos (Andalucía) hay más de 500 euros per cápita de diferencia. Más de la mitad de la Comunidades tienen un gasto sanitario per cápita inferior a la media (1.248 €) ¿Cómo afecta este hecho a la equidad y cómo puede resolverse?
- 2.6 Nuevas fórmulas de financiación del SNS: ¿Sería conveniente que la sanidad contará con un sistema de financiación específico fuera del sistema de financiación autonómico “ordinario”?; ¿Debería contar la sanidad con fondos finalistas?
- 2.7 Nuevas fuentes de financiación. ¿Es posible encontrar una nueva fuente de financiación para la sanidad que la dote de más recursos?. Si considera que sí, cítelas.
- 2.8 Cómo definir un Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas que preserve la equidad, ¿Cómo compensar a las autonomías más perjudicadas?.



Coordinación y elaboración del documento

Santiago de Quiroga

Vicepresidente de Fundamed

Arantxa Vallés

Consultora Sanitaria de Fundamed

Patricia Palomera

Responsable de Calidad de Fundamed

María Cevey

Consultora Sanitaria de Fundamed

Lucía Barrera

Comunicación y RR.II. de Fundamed

Este trabajo ha sido posible, en parte, gracias a la colaboración, a través de una donación independiente de Gilead España.



fundamed 
fundación de ciencias del
medicamento y
productos sanitarios

 **THINKTANK**