

Diez temas candentes de la Sanidad española para 2012

Dos agendas simultáneas:
recortes y reformas

Crecimiento Inteligente



Presentación

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

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

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

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

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

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

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

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

Participantes

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

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

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

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

Moderadores:

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

Participantes:

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

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

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

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

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

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

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

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

Índice

Introducción	6
Resumen ejecutivo	10
Tema 1. No sólo “recortes”, también reformas.....	14
Tema 2. Agenda de cambios: nacional y autonómicas	26
Tema 3. Un plan para el pago de la deuda a los proveedores.....	32
Tema 4. Hay que modernizar el régimen de personal	42
Tema 5. También hay que activar la generación de ingresos.....	50
Tema 6. Es el momento de relanzar la colaboración público-privada	58
Tema 7. Proteger a las industrias de salud asentadas en España	68
Tema 8. Más pasos para la orientación hacia los crónicos.....	76
Tema 9. Un mayor esfuerzo en Salud Pública	84
Tema 10. Revisión de la cartera de servicios.....	92
Índice de figuras	98
Índice de tablas	99
Anexos	100
Índice de Anexos	101
Contactos	134

Introducción

Las tres fuerzas que están influyendo en el sector salud globalmente

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

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

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

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

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

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

Fuerzas	Atributos clave
Revolución asistencial	<ul style="list-style-type: none">• Se está avanzando hacia una economía de la salud centrada en el paciente, como en otros sectores.• Cambio posibilitado por la conectividad de los <i>stakeholders</i> y por los grandes cambios en las tecnologías de la información.
Reformas regulatorias	<ul style="list-style-type: none">• La explosión de los costes y la calidad en el centro de las preocupaciones y de las agendas políticas:<ul style="list-style-type: none">– economías desarrolladas-envejecimiento de la población.– economías en desarrollo-enfermedades de la prosperidad.
Impacto de la nueva ciencia	<ul style="list-style-type: none">• La genómica está produciendo un cambio espectacular en las posibilidades de la especificidad de los pacientes.• Customización masiva en el horizonte.• El péndulo se está moviendo de poner el foco en la enfermedad a poner el foco en la salud.

Fuente: Elaboración propia.

para sistemas de financiación fundamentalmente públicos.

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

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

Las cuatro crisis del sistema sanitario español

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

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

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

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

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

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

La necesaria revolución de la productividad en sanidad

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

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

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

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

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

Las diez palancas de mejora de la productividad en sanidad

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Gestión de enfermedades crónicas

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

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

3. Simplificación del desarrollo de nuevos tratamientos

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

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

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



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

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

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

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

4. Focalización inteligente de la asistencia

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

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

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

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

5. Guerra al despilfarro

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

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

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

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

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

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

7. Valoración de resultados

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

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

8. Trasladar la atención al sitio más próximo al paciente

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

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

9. Alineamiento de incentivos

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

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

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

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

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

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

Los diez temas candentes de la Sanidad española para 2012

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

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

Resumen ejecutivo

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

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

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

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

En este apartado se proponen algunas:

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Este problema tradicionalmente ha venido afectando a:

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre sus elementos negativos:

- La existencia de plazas “en propiedad”.

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

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

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

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

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

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

El grupo de expertos debatió sobre diferentes formas de generar ingresos, entre las que se encuentran:

1. Correcta facturación a las mutuas de accidentados de trabajo.
2. Plantear modelos de venta de activos.
3. Competir a nivel internacional en la captación de pacientes.
4. Cobro de ciertos servicios no sanitarios.

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

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

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

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

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

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

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

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

medicamentos no son sino fórmulas sofisticadas de CPP.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tema candente nº 9: Un mayor esfuerzo en Salud Pública

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

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

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

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

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

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

Tema candente nº 10: Revisión de la cartera de servicios

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

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

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

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

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

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

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

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

1

No sólo “recortes”, también reformas

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

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

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

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

Diferencias entre “recortes” y reformas

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

“Burbuja sanitaria”

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

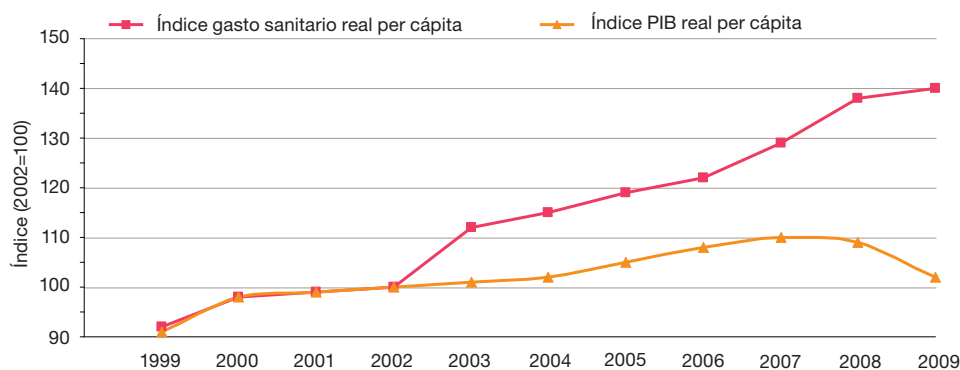
público, descontando el efecto de la inflación, ha crecido de forma muy rápida también en la mayoría de los países de la UE-15, en todos ellos a un ritmo superior al PIB. Sólo Irlanda, Finlandia y Reino Unido han crecido a un ritmo claramente superior al español (sin datos de Grecia).¹⁰

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

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

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

Figura 2.
Gasto sanitario público y PIB por persona.



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

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

¹⁰ OECD Health Statistics.

Compromiso de estabilidad presupuestaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reales Decretos-ley con impacto en el gasto sanitario

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

Reducción del precio de los genéricos

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

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

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

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

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

Prescripción por principio activo

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

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

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

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

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

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

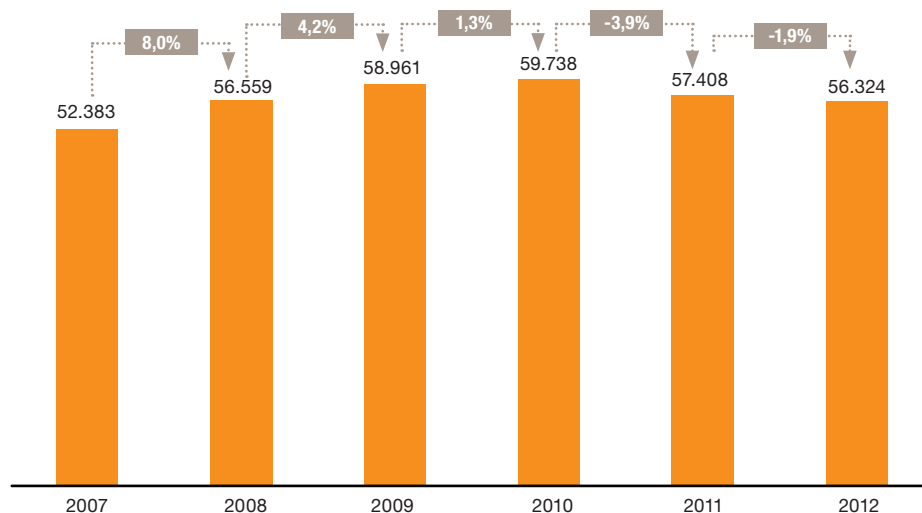
A nivel de las Comunidades Autónomas, la aplicación de medidas de austeridad y disminución del déficit público está siendo heterogénea. Mientras algunas Comunidades Autónomas han desarrollado ya varios planes de ajustes, otras plantean medidas más tibias. Tampoco la situación es comparable. Cataluña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

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

Los recortes también han sido aplicados por las Administraciones Autonómicas

Los presupuestos en sanidad en 2012 siguen descendiendo

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



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

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

Grandes diferencias en gasto sanitario entre Comunidades Autónomas

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

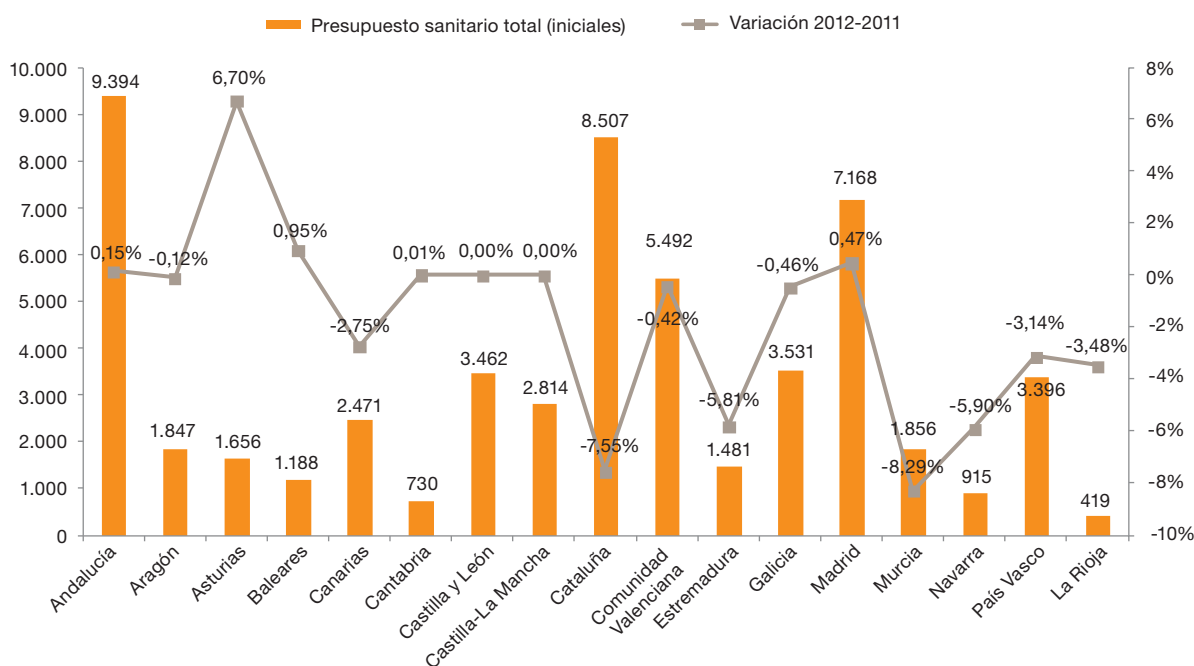
En términos de presupuesto sanitario per cápita se reproduce la tendencia decreciente, en línea con lo sucedido en el año 2011, manteniéndose las diferencias significativas entre la comunidad autónoma con mayor presupuesto per cápita, País Vasco, respecto a la de presupuesto menor, Comunidad Valenciana,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

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

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

Necesidad de una cierta homogeneidad en los recortes

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



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

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

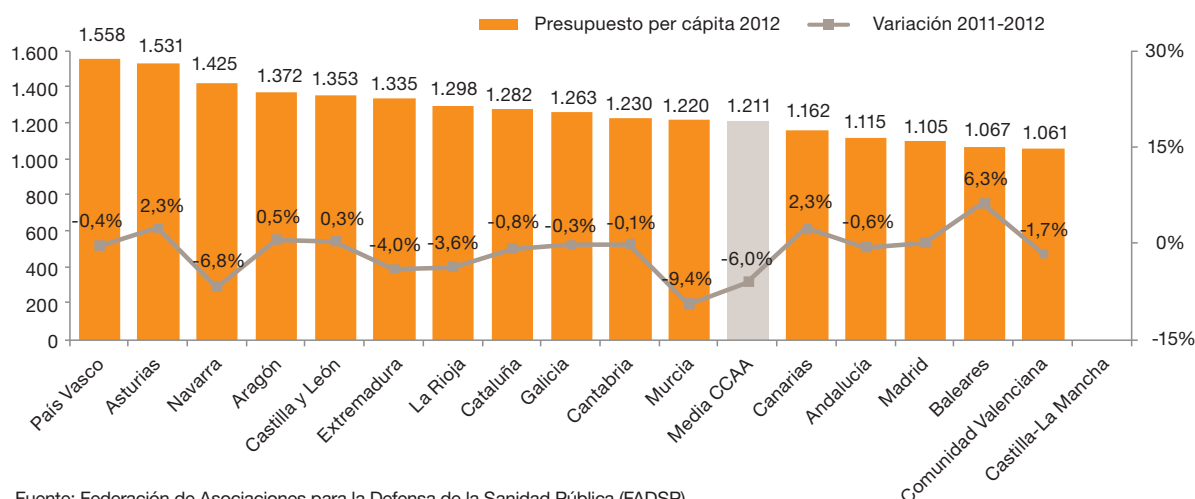
profesionales y ciudadanos al sistema, lo que es crítico para su sostenibilidad.

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

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

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

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



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

Propuestas de reforma

Tabla 2.
Resumen de propuesta de reformas

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

Fuente: Elaboración propia.

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

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

Gestión de la atención de crónicos

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

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

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

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

Creación de una Central de Resultados

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

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

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

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

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

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

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

mayoritaria o aquellos privados que lo deseen.)²⁰

Creación de un NICE español/ Agencia de Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El nuevo concepto de “desinversión sanitaria”

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

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

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

Utilización intensiva de nuevas tecnologías

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

Sigue siendo un reto la telemedicina

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

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

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

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

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

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

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

Para impulsar la introducción de nuevas tecnologías hace falta evaluación

La interoperabilidad es una auténtica necesidad en nuestro país

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

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

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

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

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

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

Racionalización de los servicios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Implicaciones

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

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

2

Agenda de cambios: nacional y autonómicas

La experiencia nos dice que es muy complicado impulsar proyectos de reformas autonómicas si no existe una agenda de cambios a nivel estatal.

No se trata de recentralizar funciones ni de homogeneizar las actuaciones.

Se trata de, partiendo de la diversidad de modelos y de iniciativas, y teniendo en cuenta las competencias de las comunidades, definir una agenda de reformas a nivel estatal.

Se deberían identificar aquellos elementos que, por su mayor capacidad para generar consensos y eficacia demostrada, puedan ser adoptados de forma conjunta.

Iniciativas de responsabilización del ciudadano, determinados elementos de política de personal, la política general de innovación, el aumento de la interoperabilidad entre los sistemas de información, la redefinición de la cartera de servicios o la identificación de criterios generales para establecer modelos de colaboración público-privada, serían, entre otros, algunos de los elementos que podrían figurar en esta agenda.

No se está proponiendo ninguna recentralización

Como punto de partida, debe quedar claro que no se está proponiendo aquí la recentralización de determinadas funciones en sanidad. De hecho, la coexistencia de diversidad de modelos y la puesta en marcha de iniciativas innovadoras es un gran valor. Sin embargo, es difícil impulsar proyectos de reformas a nivel autonómico, en ciertos temas claves, si no hay una agenda de cambios a nivel estatal.

Es difícil impulsar cambios de gran alcance sin una agenda nacional de cambios

La propuesta es que, el Gobierno Central, sin invadir competencias de las comunidades, utilice sus facultades de coordinación para definir una agenda de reformas estatales.

Las facultades del Gobierno Central en este tema son fundamentalmente las de coordinación general de la sanidad²⁹, según se establece en el artículo 70 y siguientes de la Ley General de Sanidad

y el carácter básico del componente fundamental de las principales leyes sanitarias: Ley General de Sanidad y Ley de Cohesión y Calidad, ya que en ambas se hace referencia para sustentar su carácter básico al artículo 149.1.16ª de la Constitución Española.

El papel que debe asumir el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es objeto continuo de debate político.³⁰ Su papel está actualmente definido por la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y es de coordinación, cooperación, comunicación e información

Se trataría pues de incluir en esta agenda elementos clave que generaran un alto grado de consenso. Una propuesta de posibles elementos para una agenda nacional de cambio se recoge en la Tabla 3.

Propuestas para una agenda nacional

Tabla 3.
Posibles elementos para una agenda nacional de cambio.

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

Fuente: Elaboración propia.

²⁹ El carácter de la coordinación estatal ha sido objeto de varias sentencias del Tribunal Constitucional, entre ellas la 43/1983, de 20 de mayo.

³⁰ La salud es barata, pero ¿nos la podemos pagar? El País. 3/11/11

Criterios generales para la responsabilización del ciudadano en su propia salud y en la utilización del sistema

Son múltiples las experiencias dirigidas a incrementar el grado de corresponsabilización, en dos líneas fundamentales.

Sólo con la implicación del ciudadano se logra mejorar el nivel de salud y favorecer una mejor utilización de los servicios

Por una parte, la puesta en marcha de medidas, generalmente desde el ámbito de la Salud Pública, dirigidas a obtener un mayor grado de concienciación sobre la necesidad de mantener conductas saludables, que además de revertir directamente en la salud general de la población, contribuyen a la sostenibilidad del sistema, disminuyendo el coste asociado a las enfermedades “evitables”.

Iniciativas como la Escuela Gallega de Salud para los ciudadanos, impulsada por el Servicio Gallego de Salud, o la iniciativa desarrollada por el Ib-Salut de Baleares, consistente en la incorporación de enfermeras en colegios públicos, que además de realizar determinadas pruebas, imparten actividades formativas relacionadas con la salud a alumnos, profesores y padres, con el objetivo de reducir el gasto sanitario y una utilización más responsable de los servicios, van en esta dirección.

Un segundo bloque de medidas sería el dirigido a la racionalización de la demanda de servicios. La reducción de la demanda “superflua” o el mal uso de servicios que permita una contención de los gastos a medio plazo.

En esta línea está el envío de facturas sombra en la prestación de determinados servicios públicos, con el objeto de conseguir un comportamiento más responsable de los usuarios. Un paso más allá sería la introducción de un tiquet moderador como elemento de disuasión, al desincentivar el mal uso de ciertos servicios.

Sin entrar en el debate de copago sí o no, lo que parece evidente es que es difícil avanzar en esa línea sin iniciativas a nivel nacional y simplemente dejando este asunto en acciones impulsadas por las Comunidades Autónomas que, por su heterogeneidad, contribuirían más a la confusión en el seno del Sistema Nacional de Salud. En todo caso, los objetivos del copago serían: a) disuadir la demanda innecesaria; b) recaudatorios (pocos: la recaudación por copago es en general corta); y, c) contribuir a la orientación del consumo hacia servicios coste-efectivos. Un análisis muy detallado del copago ha sido publicado recientemente por Enrique Costas.³¹

Determinados elementos de política de personal

La iniciativa de mayor calado, como podría ser la superación, de forma gradual y a medio plazo, con respecto a los derechos adquiridos, del régimen estatutario en el Sistema Nacional de Salud, debería ser objeto de una iniciativa nacional.

Adicionalmente a lo anterior, que sería lo más relevante, se propone un cierto papel nacional en la introducción de determinados elementos de política de personal que permitan avanzar hacia modelos de retribución variable ligados a la corresponsabilización, a la consecución de los objetivos de las instituciones y a la obtención de resultados en salud, favoreciendo la adecuación de la práctica clínica al conocimiento científico, con una reducción de variaciones injustificadas.

Otra línea de actuación sería la incentivación de modelos que permitan un mayor grado de autonomía de gestión de los profesionales, como las fórmulas cooperativas en Atención Primaria, que han sido impulsadas en Cataluña.

Parece claro que el posible debate del copago debe plantearse a nivel nacional

La superación del régimen estatutario como iniciativa nacional

³¹ Costas Lombardía, Enrique. Elogio del copago, El País, 27/01/12.



Tiene que haber un impulso nacional a las políticas de innovación en sanidad

Política general de innovación

En línea con las iniciativas a nivel europeo, “Europa 2020”³² y sus iniciativas insignia “Unión Innovación”³³ y una “Agenda Digital”³⁴, se debe continuar avanzando en políticas coordinadas y generales de apoyo a la innovación.

Desde el ámbito académico, mediante el rápido impulso de conocimientos generados a la sociedad y al tejido productivo.

Desde la perspectiva de las industrias del sector de la salud, mediante el desarrollo de políticas generales de apoyo a la competitividad a través de la I+D+i, como de la **Estrategia Estatal de Innovación (E2I)**.³⁵ Las vertientes son múltiples en este sentido: desde la contribución al crecimiento económico general y al equilibrio de la balanza comercial, hasta la realización de aportaciones significativas para la prevención, el

diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, que mejoren la calidad y sostenibilidad del sistema.

Interoperabilidad en los sistemas de información de las diferentes Comunidades Autónomas

Se deben impulsar iniciativas dirigidas a permitir el intercambio de información sanitaria entre Comunidades Autónomas y la interoperabilidad entre todos los sistemas de información del Sistema Nacional de Salud, en línea con lo recogido en el **Plan Avanza**.³⁶ Se requiere impulsar soluciones innovadoras disponibles en otros ámbitos, que no requieran grandes inversiones, pero que permitan avanzar en esta dirección. La interoperabilidad de los sistemas resulta además un elemento clave para la implantación generalizada de iniciativas de telemedicina.

La interoperabilidad en la agenda nacional de cambios

³² http://ec.europa.eu/europe2020/index_es.htm (consultado 13 febrero, 2012).

³³ http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm (consultado 13 febrero, 2012).

³⁴ http://ec.europa.eu/information_society/digital-agenda/index_en.htm (consultado 13 febrero, 2012).

³⁵ <http://www.micinn.es/portal/site/MICINN> (consultado 13 febrero, 2012).

³⁶ <http://www.planavanza.es/Paginas/Inicio.aspx> (consultado 13 febrero, 2012).



Sólo una actuación a nivel nacional permitirá una redefinición de la cartera de servicios

Redefinición de la cartera de servicios

Es necesaria una redefinición de la cartera de servicios que permita avanzar rápidamente hacia una financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías. Entre las primeras medidas anunciadas por el nuevo Gobierno se encuentra la elaboración de una cartera básica de servicios, a través de una Ley de Servicios básicos.

Regulación de los criterios generales para las fórmulas de colaboración público-privada en sanidad

La colaboración público-privada en sanidad es parte del futuro y está muy ligada a la renovación del sistema. Pero hay que hacerlo bien. Se trata de fijar un marco general que preserve los intereses de la Administración –que no pueden ser otros que ofrecer servicios de calidad a la población a un precio razonable– y los de las empresas implicadas –que tienen que servir a esos intereses, identificando

oportunidades de negocio, para lo cual deben ser muy eficientes–.

Hasta ahora, las nuevas iniciativas de colaboración público-privada en sanidad, dejando aparte la del mutualismo administrativo y los conciertos tradicionales, se han hecho por iniciativas de Comunidades Autónomas, sin que hubiera ningún impulso ni implicación a nivel nacional. Digamos que desde la Administración Central se estaba de espaldas a estas iniciativas.

Pero su impulso y garantía de éxito posiblemente requieran una mayor implicación a nivel nacional, tal vez mediante un marco regulatorio general, que preserve los intereses de las partes y establezca las “reglas de juego” generales y, en todo caso, dando transparencia a los resultados obtenidos por estas iniciativas.

Se trataría, en definitiva, de impulsar este tipo de fórmulas y, al mismo tiempo, desvincular su aplicación de apriorismos ideológicos, como ha venido ocurriendo hasta ahora.

Impulso a la orientación del sistema hacia los pacientes crónicos

Las iniciativas autonómicas de reorientación del sistema hacia los crónicos deben tener un impulso nacional

El elevado grado de consenso sobre su necesidad como elemento clave para la sostenibilidad y calidad del sistema sanitario y la existencia de múltiples iniciativas de éxito, constituye una base excelente para la apuesta decidida por iniciativas coordinadas a nivel nacional en este sentido, aprovechando lo avanzado por diferentes Comunidades Autónomas.

Los avances en las distintas comunidades han sido relevantes y el papel de liderazgo en esta transformación del País Vasco, incuestionable. Sin embargo, tal vez ha llegado el momento de impulsar de forma definitiva esta transformación mediante una iniciativa a nivel nacional.

La necesaria reformulación del Fondo de compensación interterritorial

Fondo de compensación interterritorial

Debe evaluarse, en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, la necesidad de

establecer un fondo de compensación en las Comunidades Autónomas en las que se produzca un claro desequilibrio por el número de pacientes atendidos procedentes de otras comunidades, bien por turismo, desplazamiento temporal o situaciones limítrofes. La clarificación de esta cuestión permitiría resolver tensiones como las vividas en el último año, entre País Vasco y La Rioja o Cataluña y Aragón.

Además de la agenda a nivel nacional, las distintas Comunidades Autónomas definirían sus planes concretos de reformas, de acuerdo con los diferentes modelos y experiencias de gestión que quisieran impulsar.

La implantación de estas dos agendas simultáneas es un aspecto crítico para la gobernanza del SNS.

Lógicamente el que haya una agenda nacional no impide que haya agendas autonómicas

Para que haya gobernanza debe haber una coexistencia entre la agenda nacional y las agendas autonómicas

Implicaciones

- *Desde el Gobierno central se debe impulsar una agenda de reformas, de acuerdo con sus facultades y competencias legales.*
- *En paralelo, las Comunidades Autónomas deberán acometer la elaboración de sus propias agendas de reformas, sin renunciar a sus propios modelos de gestión, y la implantación de iniciativas innovadoras que aporten valor al sistema.*

3

Un plan para el pago de la deuda a los proveedores

El retraso en el pago a los proveedores no es un tema nuevo.

Sin embargo, la crisis ha producido un agravamiento de esta situación, fundamentalmente por dos hechos: la reducción de los presupuestos públicos en sanidad y un mayor compromiso con el cumplimiento de los objetivos de déficit por parte de las Comunidades Autónomas.

Pero aún peor que la deuda acumulada, es la incertidumbre respecto a su pago en el futuro.

De manera histórica, la deuda viene afectando especialmente a empresas farmacéuticas como proveedores de medicamentos hospitalarios, a empresas de tecnología médica y proveedoras de servicios sanitarios.

Pero el problema del retraso en los pagos se está extendiendo a ámbitos que, hasta ahora, no se habían visto afectados, como las oficinas de farmacia, o las concesiones hospitalarias en modelos de colaboración público-privada.

Un plan de pagos bien articulado y realista, que permita afrontar el futuro sin incertidumbre, es indispensable para las compañías y el sistema sanitario en su conjunto.

Desde 2007 ha venido subiendo la deuda de las Administraciones Públicas

Desde 2007 los niveles de deuda total en el conjunto de las Administraciones Públicas han presentado un continuo crecimiento, alcanzando niveles históricos a mediados de 2011 (datos representados en la Figura 6).

En 2010, la Administración Central trató de estabilizar su necesidad de financiación; sin embargo, el conjunto de las Administraciones Públicas en España no ha conseguido disminuir el déficit. Según los datos publicados por el Banco de España (diciembre 2011), la deuda pública española, en términos del Protocolo de Déficit Excesivo (PDE), se situaba, a finales de septiembre de 2011, en los 706.340 millones de euros, equivalentes al 66% del PIB, misma ratio que al término de junio. La estabilidad de la ratio de deuda del conjunto de las administraciones en el tercer trimestre del año fue el resultado del mantenimiento por parte de la Administración Central en el 50%, del

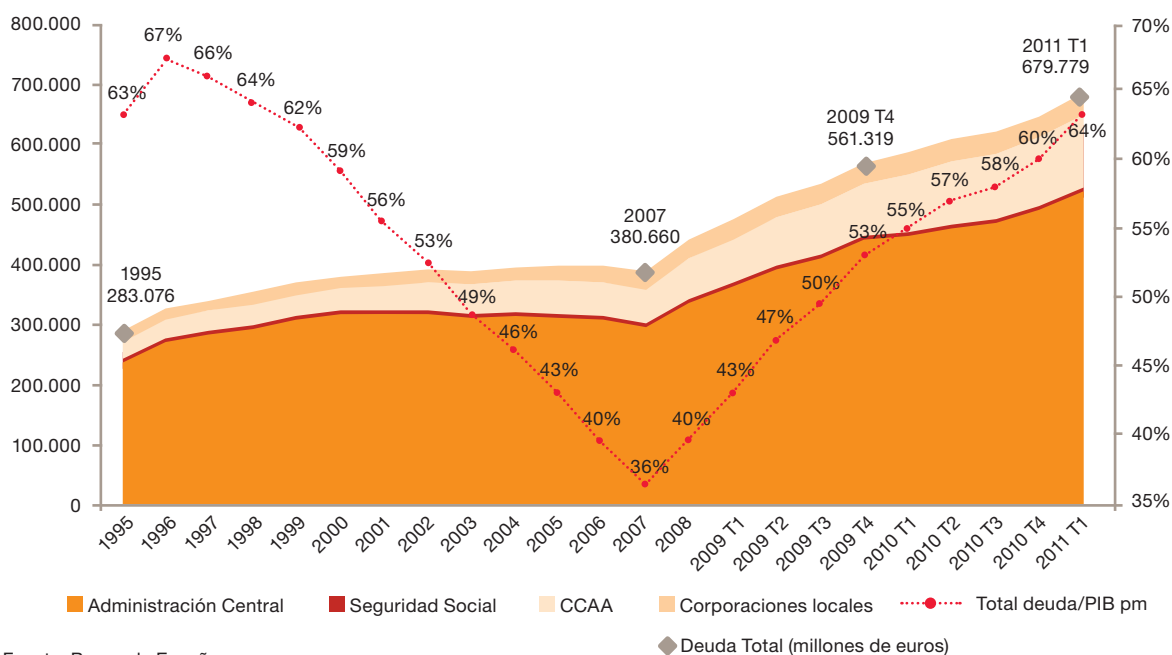
aumento de 0,1 puntos porcentuales de PIB en las Comunidades Autónomas hasta el 12,6% y del descenso de 0,1 puntos en las Corporaciones Locales, cuya ratio se situó en el 3,4%.³⁷

En este contexto de deuda de las Administraciones Públicas, el sistema sanitario es tradicionalmente mal pagador y los retrasos en los pagos no son ni mucho menos una novedad.

Sin embargo, la crisis económica ha agravado esta situación, fundamentalmente por dos motivos: el primero, la disminución de los presupuestos públicos en sanidad, ya que, en términos de presupuesto sanitario inicial de las Comunidades Autónomas se produjo un descenso del 6% entre 2010 y 2012. Y el segundo, la voluntad de ajustar el gasto al presupuesto, en el marco de los compromisos generales de déficit adoptados por las Comunidades

El sistema sanitario, tradicionalmente mal pagador

Figura 6. Evolución de la deuda total de las Administraciones Públicas en España (en millones de euros) y ratio deuda/PIB (en %).



³⁷ Síntesis de Indicadores Económicos. Diciembre 2011. Ministerio de Economía y Hacienda

Autónomas, hecho que no se había producido anteriormente.

Los datos de deuda financiera de las Comunidades Autónomas no incluyen la deuda a los proveedores sanitarios. La imposibilidad legal para emitir deuda por encima de determinados límites (o en caso de no estar prevista en ley de presupuestos) o la dificultad para encontrar financiación en el mercado de capitales a las que se enfrentan algunas Comunidades Autónomas, está agravando el retraso en el pago a proveedores. En cierta medida, se está financiando el déficit presupuestario a costa de la generación de deuda a los proveedores.

Pese a las distintas medidas de recorte del gasto sanitario, como el recorte en gasto farmacéutico o la reducción en los salarios de personal, el déficit del sistema continúa siendo un problema no resuelto.

Este desajuste está siendo soportado fundamentalmente por los proveedores. Afecta fundamentalmente a empresas farmacéuticas, en el caso de medicamentos hospitalarios, empresas de

tecnología médica, empresas proveedoras de servicios sanitarios en régimen de concertación, así como de servicios no sanitarios (lavandería, limpieza, *catering*, etc.).

La evolución de los datos de deuda por suministro de medicamentos a hospitales y de productos sanitarios continúa en aumento

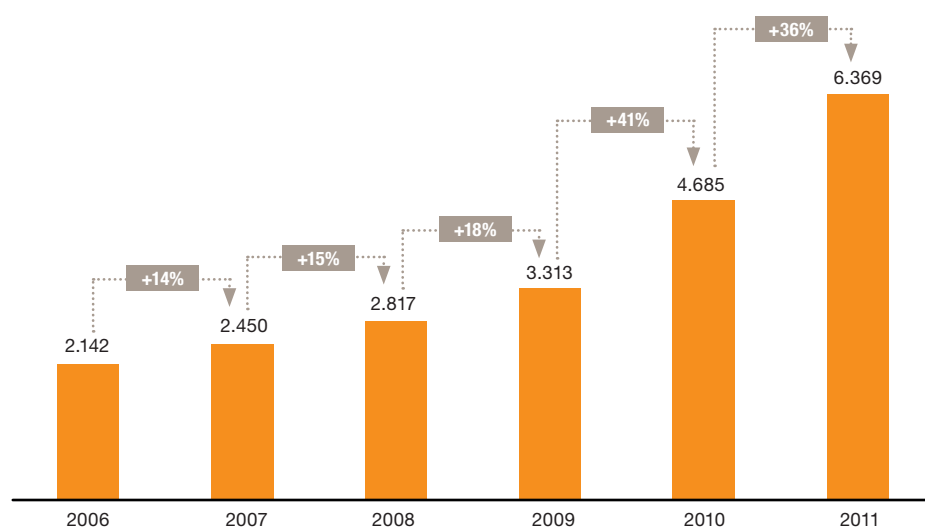
La deuda farmacéutica hospitalaria viene manteniendo una tendencia al alza aunque con un visible incremento producido a partir de 2009 (Figura 7). Los datos a 31 de diciembre de 2011, situaban esta deuda en 6.369,3 millones de euros, lo que suponía un incremento del 36% respecto al dato con el que se cerró el año 2010 y un 92% de incremento respecto a la registrada en 2009. De hecho, sólo dos Comunidades Autónomas han conseguido reducir su deuda respecto a la de 2010.³⁸

Con estos datos no se puede hablar de cambio de tendencia sino de un empeoramiento de la situación.

El desajuste entre gastos e ingresos en el sistema sanitario está siendo soportado por los proveedores

Deuda farmacéutica hospitalaria al alza

Figura 7. Evolución de la deuda farmacéutica hospitalaria (millones de euros).



Fuente: Estimaciones de Farmaindustria a partir de Encuesta Anual y Trimestral de deuda por Suministros Hospitalarios. Nota: se computa la deuda correspondiente al importe de facturas pendiente de pago a 31 de diciembre de cada año (en concepto de suministro de medicamentos a hospitales del Sistema Nacional de Salud).

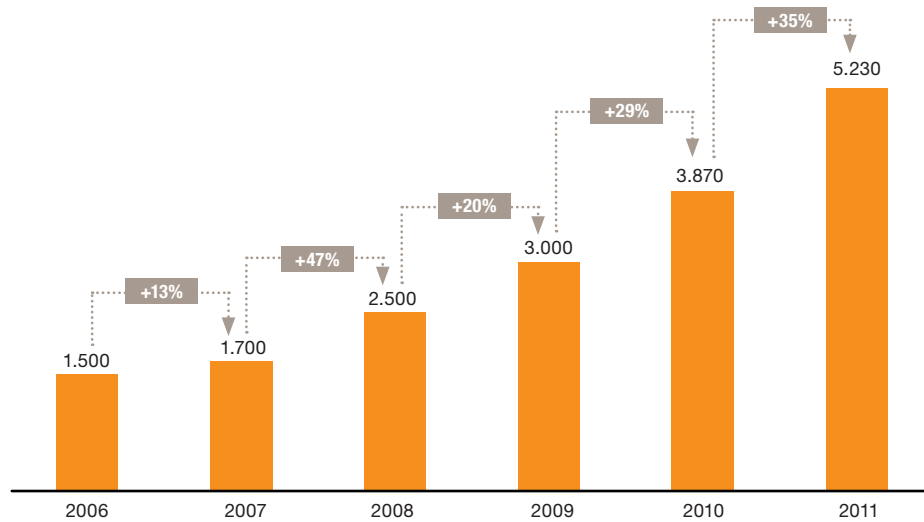
³⁸ Farmaindustria. Datos de monitorización trimestral. Datos a 31 de diciembre 2011.

Deuda de las empresas de tecnología médica, también al alza

En el caso de las empresas de tecnología sanitaria, la deuda de las Comunidades Autónomas con las compañías integradas en FENIN, ascendió a cierre de 2011, a 5.230 millones de euros, un 35% más que el año anterior (Figura 8).³⁹

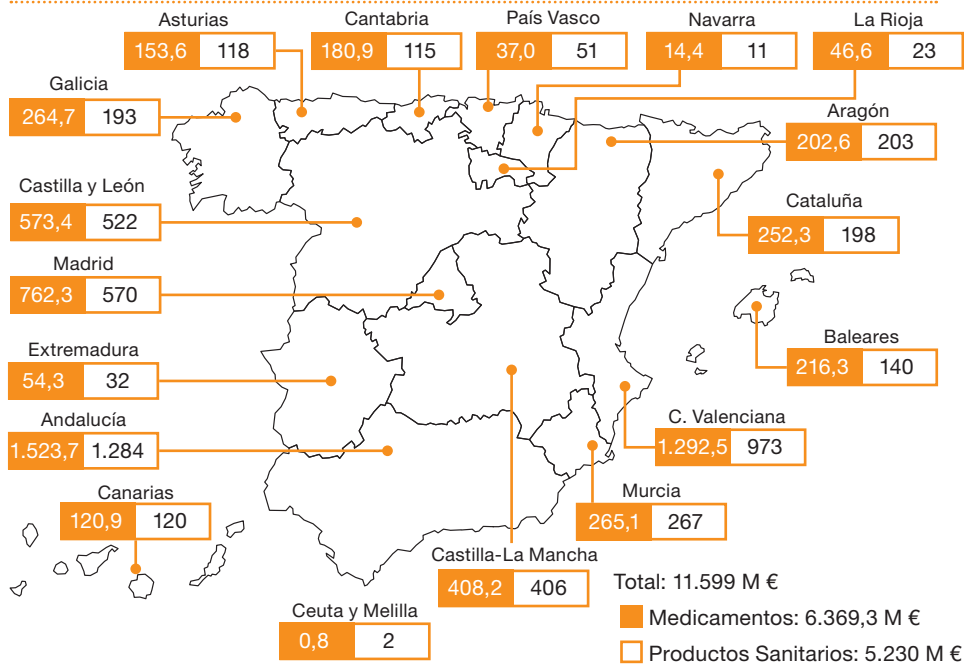
Considerando estos dos datos, la deuda total en suministros de medicamentos a hospitales del SNS y en tecnologías sanitarias ascendería a cerca de 11,6 mil millones de euros (Figura 9).

Figura 8. **Evolución de la deuda con empresas de tecnología sanitaria de la Sanidad Pública (millones de euros).**



Fuente: FENIN. Diciembre 2011.

Figura 9. **Evolución de la deuda con empresas de tecnología sanitaria de la Sanidad Pública (millones de euros).**



Fuente: Elaborado a partir de datos de Farmaindustria y FENIN a diciembre de 2011.

³⁹ FENIN. Datos publicados correspondientes a diciembre 2011.

El porcentaje estimado que la deuda a proveedores sanitarios supone sobre el presupuesto sanitario total se sitúa en torno al 20% para el conjunto de las Comunidades Autónomas, con al menos ocho comunidades en las que se supera este porcentaje (Tabla 4).

Estos datos ponen de manifiesto el riesgo de la viabilidad del pago de las facturas sanitarias si no se adoptan medidas adecuadas.

Y no sólo se incrementa la deuda, sino también los días de retraso en el pago. En el

caso de medicamentos hospitalarios el plazo medio de pago para el conjunto del Sistema Nacional de Salud se situó en 525 días a 31 de diciembre de 2011, 135 días más que en 2010 lo que supone un incremento del 34,6%. Si comparamos los datos de 2011 con el año 2009 el incremento es superior al 80% (Figura 10).

El plazo medio de pago de la Administración a empresas de tecnologías sanitarias se situó, al cierre del ejercicio 2011, en 473 días de retraso de media, 126 días más que en el año 2010 (Figura 11).

Tabla 4.
Deuda sanitaria estimada de las Comunidades Autónomas en términos de porcentaje sobre presupuesto de sanidad.

Comunidad Autónoma	Total deuda (M €) tercer trimestre	%Total deuda s/PIB	Deuda med hosp. (M€)	Deuda tec. sanitaria (M€)	Deuda med. hosp+tec sanitaria (M€)	Presupuesto sanidad (M€)	% deuda med. hosp+tec sanit/presup. san.
Total	135.151	12,6%	6.369,3	5.230	11.599	57.408	20,2%
Andalucía	13.738	9,5%	1.523,7	1.284	2.807,7	9.379	29,9%
Aragón	3.388	10,3%	202,6	203	405,6	1.849	21,9%
Asturias	2.042	8,8%	153,6	118	271,6	1.552	17,5%
Baleares	4.501	16,8%	216,3	140	356,3	1.176	30,3%
Canarias	3.419	8,2%	120,9	120	240,9	2.541	9,5%
Cantabria	1.329	9,7%	180,9	115	295,9	730	40,5%
Castilla-La Mancha	6.612	18,3%	408,2	406	814,2	2.814	28,9%
Castilla y León	5.090	8,8%	573,4	522	1.095,4	3.462	31,6%
Cataluña*	39.268	19,7%	252,3	198	450,3	9.201	4,9%
Comunidad Valenciana	20.469	19,9%	1.292,5	973	2.265,5	5.515	41,1%
Extremadura	2.011	11,0%	54,3	32	86,3	1.572	5,5%
Galicia	6.971	12,4%	264,7	193	457,7	3.547	12,9%
La Rioja	933	11,8%	46,6	23	69,6	434	16,0%
Madrid	15.191	7,9%	762,3	570	1.332,3	7.134	18,7%
Murcia	2.759	10,0%	265,1	267	532,1	2.023	26,3%
Navarra	2.075	11,1%	14,4	11	25,4	972	2,6%
País Vasco	5.355	7,9%	37,0	51	88,0	3.506	2,5%

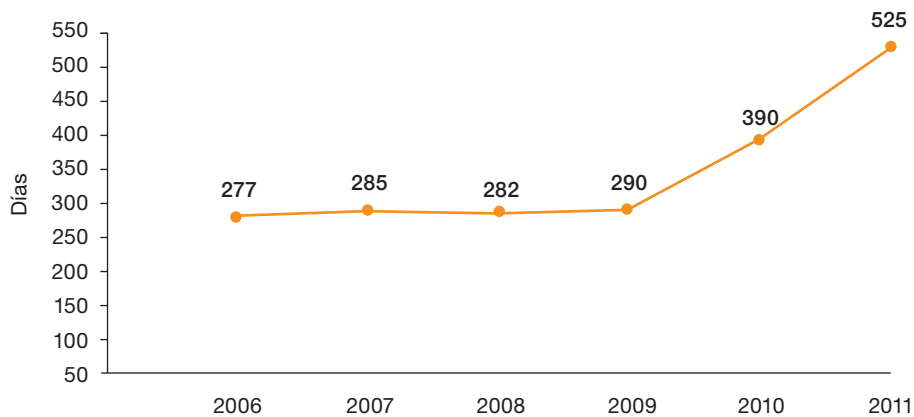
Fuente: Datos de deuda total: Banco de España correspondientes al tercer trimestre de 2011 (publicados en diciembre 2011). Datos de deuda por suministro de medicamentos a hospitales del SNS: Farmaindustria a 31 de diciembre de 2011. Datos de deuda de administraciones públicas con empresas del sector de tecnologías sanitarias: FENIN, datos a 31 de diciembre de 2011. Datos de presupuestos sanidad correspondientes a 2011. Recursos del SNS. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social (2007-2011). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

*Los datos de Cataluña proporcionados por Farmaindustria corresponden sólo a hospitales ICS.

Nota: En el caso de datos de tecnologías sanitarias Navarra se encuentra dentro del plazo legal de pago y cuya cantidad pendiente de cobro no se consideran deuda.

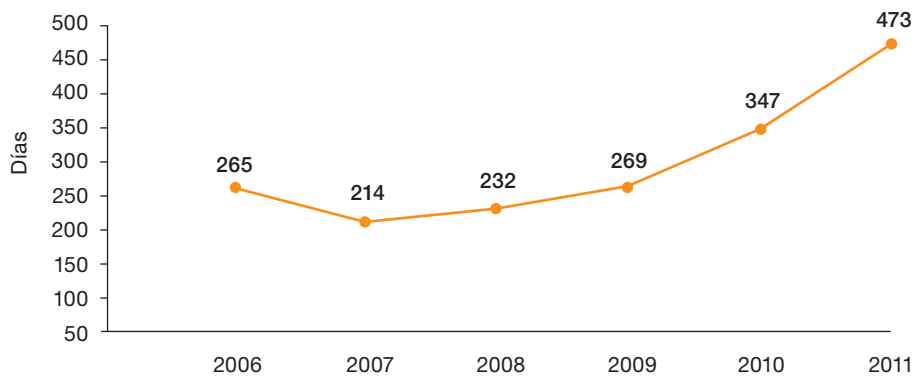
**Período de pago
medio, al alza**

Figura 10.
Evolución del periodo medio de pago a proveedores de medicamentos hospitalarios (días).



Fuente: Farmaindustria a partir de Encuesta Anual y Trimestral de deuda por suministros hospitalarios. Nota: Se computa el período medio de pago del SNS para sus aprovisionamientos farmacéuticos hospitalarios a 31 de diciembre de cada año.

Figura 11.
Evolución del periodo medio de pago a empresas de tecnologías sanitarias por parte de la Sanidad Pública (días).



Fuente: FENIN. Se representan "Days of Sales Outstanding": criterio de cálculo del plazo medio de pago.

Algunas Comunidades Autónomas tienen plazos de pago de más de 600 días

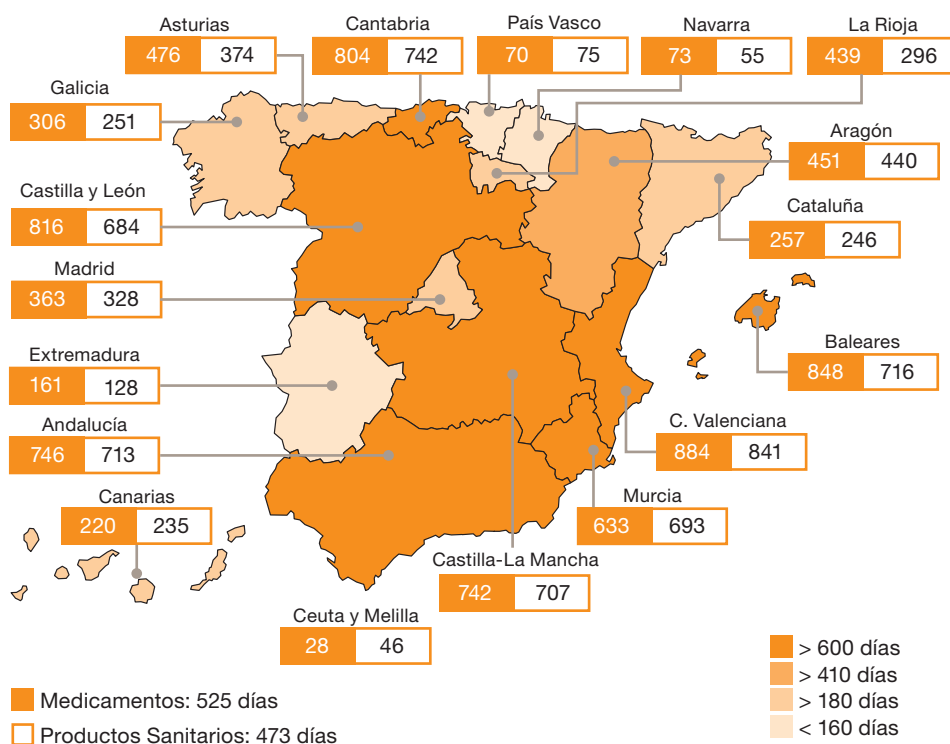
En ambos casos (medicamentos hospitalarios y tecnologías sanitarias) varias Comunidades Autónomas se encontraban en 2011 por encima de los 600 días de retraso (Figura 12).

Y esto pese a que el retraso en los pagos debería reducirse en función de la Ley 15/2010, que estableció medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales, obligando a las Administraciones Públicas a saldar las deudas con sus proveedores en un plazo de 60 días durante 2010, 50 días durante 2011, 40 días durante 2012 y 30 días a partir de 2013. Así, los datos comentados anteriormente indicarían que se estarían superando en ocho veces los plazos legalmente establecidos.

La solución al incumplimiento de esta ley se antoja muy complicada. Por una parte, no se cuenta con la disponibilidad presupuestaria que permita afrontar el pago de la deuda; pero, por otra, en caso de incumplimiento, las Administraciones, en caso de reclamación, deberían hacer frente tanto al pago de intereses como a los costes del proceso.

Algunos de los proveedores están advirtiendo de que podrían dejar de suministrar productos a hospitales y centros de salud en los próximos meses debido a los impagos de las Administraciones.⁴⁰ Sin embargo, no es previsible una situación de falta de suministro de medicamentos a la población que está garantizada por Ley.⁴¹

Figura 12. **Plazos medios de pago a proveedores sanitarios (días).**



Fuente: Elaborado a partir de datos de Farmindustria y FENIN a diciembre de 2011.

Nota: La clasificación de las comunidades en función de la media de periodo de pago (código de colores en la leyenda) indica si tanto para medicamentos como para tecnologías sanitarias se superan los rangos de periodo de pago indicados.

⁴⁰ Tiempo. Las líneas rojas de los "recortes". 08/09/11.

⁴¹ El artículo 64.1c de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece que el laboratorio farmacéutico deberá tener abastecido el mercado con los productos registrados, de modo adecuado y continuado para posibilitar el cumplimiento de las exigencias de funcionamiento que se señalan en el artículo 70.1, pudiendo suspenderse tal abastecimiento sólo en casos excepcionales debidamente justificados tras disponer de la correspondiente autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Siendo mala, esta situación no es nueva. Las Comunidades Autónomas siempre han tenido deuda con estos proveedores, aunque esta haya aumentado de manera espectacular en los últimos años. Al caso de proveedores de medicamentos y productos sanitarios se han unido ahora las oficinas de farmacias. Esta sí es una situación sin precedentes, que repercute no sobre grandes empresas (ya de por sí grave), sino sobre pequeños establecimientos familiares, como son las farmacias.

Las oficinas de farmacia también han entrado en el problema de la deuda con las Administraciones Públicas

Aunque el importe que se les adeuda es aún reducido (400 millones de euros en concepto de facturas no cobradas acumuladas a fecha septiembre 2011⁴²), las estimaciones prevén un agravamiento para finales de 2011, con un 70% de las farmacias afectadas y una deuda cercana a los 2.000 millones de euros, que

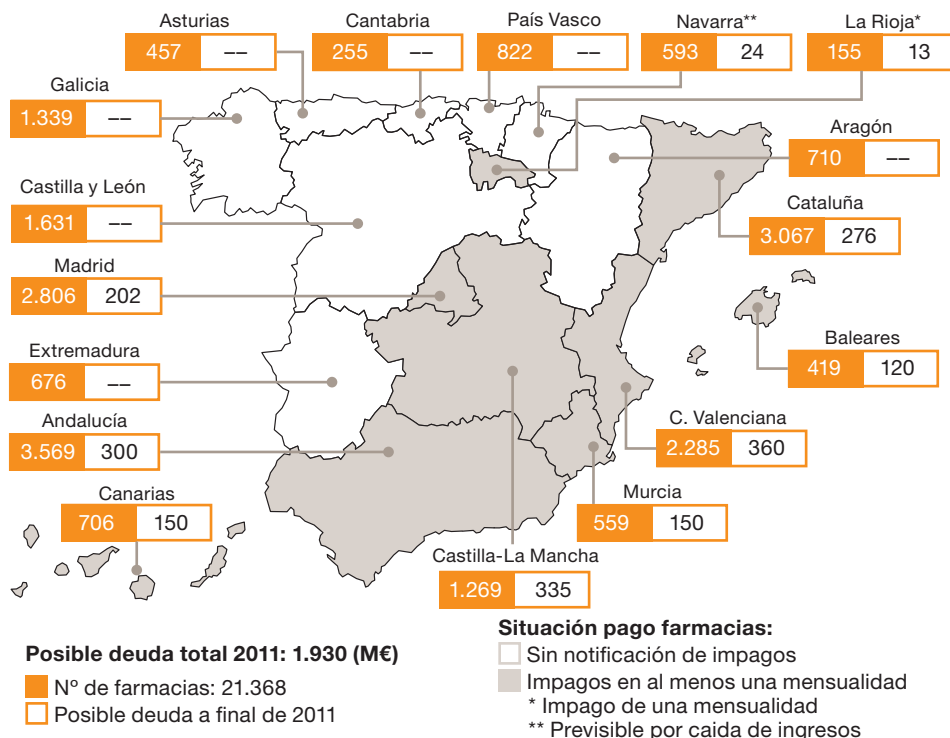
afectará prácticamente a todas las comunidades (Figura 13).

Según el informe del **Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE)**, varias Comunidades Autónomas presentaban una situación de impagos a farmacias en el mes de octubre de 2011. La capacidad de endeudamiento de las farmacias en el momento actual es muy limitada, agravada por la situación de crisis económica global. FEFE estima que, en estas circunstancias, el impago de dos mensualidades sitúa al 60% de las farmacias en riesgo y tres meses de impago sería inabordable para la práctica totalidad de las farmacias.

Aunque el retraso en el pago a proveedores de oficinas farmacia puede llegar a 120 días con un alto coste

Los retrasos de los pagos a las farmacias no afectan a todas las Comunidades Autónomas

Figura 13. **Nº de farmacias y estimación de previsión de impagos a farmacias por parte de las Comunidades Autónomas a finales de 2011 (millones de euros).**



Fuente: Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE).
 Noviembre 2011

⁴² Comunicado de prensa FEFE. 25 de septiembre de 2011.

financiero, este retraso no sería asumible por las empresas de distribución para la totalidad de las farmacias de una comunidad autónoma, ni la industria podría soportar un aplazamiento similar a los almacenes de distribución.⁴³

Ante los retrasos anunciados en el pago en distintas Comunidades Autónomas, podrían producirse problemas de desabastecimiento, o incluso la entrada de algunas farmacias en concurso de acreedores. Ante esta situación, FEFE viene insistiendo en la necesidad de que se aborden los impagos con carácter estatal y reclama los avales del Gobierno para que no se produzca una quiebra en la prestación farmacéutica.

Esta situación ha producido cierta alarma: primero, al tratarse de un sector que normalmente no sufría impagos; segundo, por ser el dispositivo sanitario más cercano a la población (hay más de 21.000 farmacias repartidas por toda España que atienden diariamente a unos dos millones de personas); y tercero, al hecho de que las oficinas de farmacia son pequeñas empresas familiares, que tienen mayor dificultad para renegociar la deuda y, en general, cuentan con capacidad limitada para conseguir crédito.⁴⁴ Más vulnerables a esta situación son las farmacias pequeñas, las que han sido compradas hace menos de cinco años y las de primera adquisición, ya que sólo las farmacias con capacidad de endeudamiento tendrán mayor posibilidad de abastecimiento.⁴⁵

En algunos casos se están adoptando soluciones colectivas como la financiación conjunta por parte de bancos o cajas o la existencia de pólizas de los correspondientes colegios para suplir la diferencia de días de pago.

Por ejemplo, en Castilla-La Mancha se ha firmado un convenio entre la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, el Consejo de Colegios Farmacéuticos de la región y la entidad financiera Globalcaja,

por el que los farmacéuticos podrán acceder a líneas de crédito para cobrar las recetas que se les adeuda.⁴⁶ Por su parte, en la Comunidad Valenciana, los farmacéuticos aprobaron en noviembre de 2011 un plan de pagos presentado por el Gobierno Valenciano.⁴⁷

Si bien se están dando pasos para el establecimiento de pactos con farmacéuticos en varias Comunidades Autónomas, la necesidad de un plan de pagos todavía continuará siendo tema de intenso debate en 2012.

Los retrasos en los correspondientes pagos mensuales se están empezando a producir también en otros ámbitos como las concesiones hospitalarias, poniendo en peligro fórmulas interesantes de colaboración público-privada. Este hecho ha empezado a producirse, por ejemplo, en el caso de los hospitales de Alzira, Torrevieja, Denia, Manises y Elche, las cinco concesiones administrativas sanitarias de la Comunidad Valenciana.⁴⁸

Todo apunta a que esta situación debe resolverse de forma urgente. En el caso de las empresas farmacéuticas, especialmente las nacionales, «corren el riesgo de desaparecer y por supuesto no ser capaces de mantener los niveles de innovación y empleo» en palabras de Jordi Ramentol, presidente de Farmaindustria.⁴⁹ Se está produciendo una descapitalización del sector, las inversiones previstas para 2012 están paralizadas y es importante considerar su posible contribución al agravamiento del problema del paro.

Como sector, se están proponiendo soluciones en la línea de solicitud de ayudas o préstamos que permitan tomar decisiones de alcance para la reforma del modelo, tomando como ejemplo el caso del Fondo de Reestructuración Ordenada Bancaria (FROB). Otra alternativa que se ha planteado es la venta de cartera de la deuda sanitaria a inversores internacionales, especialistas en compra de carteras de dudoso cobro.

Las concesiones hospitalarias se han incorporado recientemente a los problemas de los retrasos de los pagos de las Administraciones Públicas

⁴³ Observatorio del Medicamento FEFE. Octubre 2011.

⁴⁴ La salud es barata, pero ¿nos la podemos pagar? El País. 3/11/2011

⁴⁵ Tiempo. "Las líneas rojas de los "recortes"". 08/09/2011

⁴⁶ Eleconomista.es 03/11/2011.

⁴⁷ Europa Press. 04/11/2011

⁴⁸ Según información publicada en Las Provincias. 27/03/2011.

⁴⁹ Los laboratorios reclaman el pago de la deuda pendiente. ABC. 15/12/2011

Necesidad de un plan de pago de la deuda acumulada, así como compromisos para que esta situación no vuelva a producirse

En este sentido, el Gobierno Central aprobó, en el Consejo de Ministros de 3 de Febrero de 2012, la creación de una línea de créditos ICO para las Comunidades Autónomas, dotada con 10.000 millones de euros.⁵⁰ Posteriormente, el acuerdo adoptado por el Consejo de Política Social y Financiera, de 6 de marzo y el Real Decreto-ley 7/2012, de 9 de marzo, por el que se crea el Fondo para la financiación de los pagos a proveedores, dotado con 35.000 millones de euros, han permitido la creación de un mecanismo extraordinario de financiación para el pago a los proveedores de las Comunidades Autónomas, que se espera permita avanzar en la resolución de este problema.

Algunas comunidades están dando pasos en el diseño de Planes de Pago a proveedores a nivel general. Como ejemplo, la Región de Murcia ha presentado un Plan de Pagos que incluye un cronograma para liquidar facturas por un importe que supera los 1.200 millones de euros en un máximo de cinco años. Para ello, se ha diseñado, con varias

entidades financieras y el Instituto de Crédito y Finanzas de la Región de Murcia – ICREF, una serie de herramientas y protocolos para que las empresas obtengan liquidez, mientras se resuelve la deuda comercial contraída por la Comunidad. Además se ha puesto en marcha un sistema certificado de reconocimiento de deudas por parte del ICREF que sirve de garantía con el que acudir a los bancos y cajas para obtener financiación.

Ante la situación descrita, es necesario un plan de pagos de la deuda acumulada que garantice la viabilidad del sector de las industrias sanitarias. Es urgente encontrar una fórmula que aporte certidumbre sobre cómo se va a afrontar la deuda y un escenario estable y de confianza, evitando que continúe siendo un elemento distorsionador del sistema.

La no solución de este problema a corto-medio plazo podría producir consecuencias no deseables en todos los actores que componen la cadena de valor en la que intervienen las industrias sanitarias.

Implicaciones

- *El diagnóstico de la situación real en cuanto a déficit y deuda acumulada de la sanidad continúa siendo una asignatura pendiente.*
- *Una vez conocida, es inaplazable articular un plan de pagos negociado para hacer frente a la deuda que acumula y que está asfixiando al sector.*
- *Sigue pendiente la definición de herramientas adecuadas que permitan a las Comunidades Autónomas sanear la deuda.*
- *Una vez “puesto el reloj a cero”, es decir, resuelto el problema de la deuda acumulada, son necesarios compromisos y actuaciones para que esta situación no vuelva a producirse.*

⁵⁰ <http://www.lamoncloa.gob.es/> Consultado 9 febrero, 2012

4

Hay que modernizar el régimen de personal

La implantación de medidas que permitan una gestión eficaz de los recursos humanos va a ser una de las reformas clave, incluyendo la adaptación de los horarios a las necesidades asistenciales, evitando los horarios sólo “de mañana”.

La implicación de los profesionales en la implantación de reformas es crítica y esto no será posible si no se aboga por la introducción de elementos de diferenciación y reconocimiento del mérito individual y colectivo.

Entre estos elementos se señala como clave el impulso de sistemas de retribución variable, no ligados únicamente a indicadores de actividad, y el pago por *performance*.

Sólo de esta forma se estimulará la atracción y la retención de talento en el sistema.

Existe un cierto consenso en que el actual sistema estatutario se ha convertido en una limitación a la implantación de medidas en este sentido.

Por ello se propone, sin perjuicio de agotar las posibilidades de mejorar la gestión bajo el régimen estatutario y respetando los derechos adquiridos, que las nuevas incorporaciones tiendan a realizarse preferentemente en régimen laboral.

El régimen estatutario, cada vez más percibido como limitación para el aumento del dinamismo y flexibilidad necesarios en la actividad sanitaria

La actual aplicación del régimen estatutario, mayoritario en nuestro sistema de salud, requeriría una reflexión y flexibilización, que hiciese hincapié en aquellos elementos que están limitando el aumento de la eficiencia del sistema y la retención de talento en el mismo.

El régimen estatutario está sustentado en elementos más propios de antaño que de los sistemas sanitarios modernos, más preocupados por la flexibilidad, la corresponsabilidad y la introducción de elementos que contribuyan a la atractividad del sistema para el profesional.

Elementos más negativos del régimen estatutario

Entre los elementos del régimen estatutario que estarían limitando la modernización del sistema podrían incluirse:

- la existencia de plazas en propiedad
- la extremada rigidez, en la práctica, para la adaptación de los horarios y las dedicaciones a las necesidades asistenciales
- un sistema disciplinario ineficaz
- y, sobre todo, las limitaciones para la diferenciación y el reconocimiento del mérito individual y colectivo

Nuevos ingresos: régimen laboral

Es por lo que, respetando los derechos adquiridos, esto es, sin desposeer a nadie de la condición de estatutario, el sistema debe avanzar **hacia su modernización**.

Y esto pasaría porque las nuevas incorporaciones se realicen bajo el régimen laboral. En la Tabla 5 se recogen, de forma resumida, los principales elementos de modernización del sistema de gestión de personal propuestos.

En ese marco, hay que avanzar hacia modelos que permitan la diferenciación y el reconocimiento individual y colectivo, impulsando sistemas de retribución variable que permitan valorar la calidad del desempeño (avanzando hacia modelos de **pago por performance**), y huyendo así del pago por actividad, de tan nefastas consecuencias en sanidad.

Estos cambios actuarían además como palanca de cambio para el resto de reformas propuestas, dado que para lograr un alto grado de adhesión de los profesionales a los compromisos y objetivos de incremento de calidad del sistema, es necesario contar con un sistema que permita “premiar” niveles mayores de compromiso con los objetivos propuestos.

Por tanto, una gestión eficaz de los recursos humanos es uno de los componentes esenciales de las reformas, para lograr una mayor involucración de los profesionales en la consecución de los objetivos generales de mejora de la calidad.

El pago por performance, no por actividad, una necesidad

Tabla 5.
Posibles elementos de modernización sistema de gestión de personal.

- 1** Implantación de modelos de retribución variable, más completos no únicamente basado en pago por actividad
- 2** Modelos de pago por *performance*
- 3** Mayor flexibilidad y penalización de comportamientos de no compromiso
- 4** Nuevas incorporaciones preferentemente en régimen laboral

Fuente: Elaboración propia.

Elementos de modernización de la gestión de personal

Las **políticas de pago por performance (Pay for performance o P4P)** se vienen aplicando, de forma cada vez más extendida, como política de remuneración a profesionales del ámbito privado como público. Sus principales características se recogen en la Tabla 6. En EE.UU., se calcula que en torno al 30% de las aseguradoras sanitarias privadas han implementado algún tipo de pago por desempeño.

En Europa, las iniciativas pioneras han surgido del sector público, donde ha sido

especialmente relevante por su envergadura y alcance, el modelo implantado en el **NHS británico**, que introdujo el pago por desempeño en 2004 (las principales características del modelo se recogen en la Tabla 7). El modelo del NHS utiliza cuatro tipos de parámetros en función de los cuales se establecen los incentivos económicos de sus médicos (parámetros de calidad asistencial, de organización, de satisfacción del cliente y un bloque de otros criterios que incluye varios parámetros de calidad). El modelo se ha

El NHS, pionero en Europa en las políticas de pago por performance

Tabla 6.
Características generales de los modelos de pago por performance (P4P).

Aspira a discriminar y premiar las prácticas médicas y los resultados excelentes respecto a los que no lo son, previo acuerdo contractual entre los financiadores y los proveedores.	Está orientado a la mejora del desempeño profesional que se mide en función de los resultados alcanzados en diferentes dimensiones.
Constituye un instrumento de gestión por incentivos, constituido por un conjunto de medidas e indicadores que afectan al modelo de compensación o retribución de los profesionales médicos.	El compromiso se manifiesta mediante la vinculación al riesgo financiero del aumento o disminución de los objetivos negociados, que es asumido, en parte o totalmente, por los propios médicos.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7.
Modelo retributivo de pago por desempeño del NHS.

A quién se dirige	Médicos de Atención Primaria
Sistema de puntuación	<ul style="list-style-type: none"> • Se basa en un sistema de indicadores consensuados con profesionales y organizaciones profesionales que miden el desempeño profesional mediante un sistema de puntos. • Sistema de puntuación basado en cuatro grupos de criterios: <ul style="list-style-type: none"> – Parametro de calidad asistencial: el desempeño de los profesionales. <i>Supone 550 puntos (52% del total).</i> – Parametros de organización: <i>Supone 184 puntos (17% del total).</i> – Parametros de satisfacción del cliente: Se mide a través de encuestas. <i>Supone 100 puntos (10% del total).</i> – Otros criterios: incluyendo vacunación infantil, medidas anticonceptivas, Test papanicolau (36 puntos), estándares de calidad (50 puntos) y 130 puntos si califican con altas puntuaciones en todas las áreas. <i>Suponen 216 puntos (21% del total).</i> • Puntuación máxima 1.050 puntos

Fuente: Elaboración propia.

aplicado a todos los médicos de Atención Primaria del país como un instrumento contractual, lo que ha conllevado un importante esfuerzo de consenso con los profesionales, así como el aval del conocimiento científico.

Kaiser Permanente, en EE.UU., también cuenta con un modelo de retribución variable por consecución de objetivos centrado en la calidad asistencial, satisfacción del paciente y contribución del profesional a los objetivos de la compañía. El sistema prevé bonus en caso de cumplimiento de los criterios propuestos y penalizaciones en caso de incumplimiento.

Medicare Australia, el sistema universal de salud, perteneciente a la agencia nacional australiana, cuenta con un

programa de incentivos basados en el pago por resultados, en el que una parte del bonus se liga a la mejora del estado de salud de los pacientes. El sistema prevé también penalizaciones para médicos que no cumplan con determinados requisitos del modelo. El modelo se sustenta en siete áreas (sistemas de información, asistencia fuera de la jornada laboral, cuidados en enfermedades crónicas, salud mental, práctica en los cuidados, uso responsable de medicamentos y enseñanza).

La implementación de sistemas de pago por “performance” no es tarea sencilla. La definición consensuada de lo que se considera buen desempeño, la definición de los indicadores y mecanismos de medida más adecuados, y la definición

La implantación de modelos de pago por performance en sanidad no es tarea sencilla



de los mejores niveles de atención para su implantación, son algunos de los aspectos a considerar para una implantación eficaz (Tabla 8).

En España, el modelo retributivo está contemplado en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco de personal sanitario de los servicios de salud. El modelo incluye retribuciones fijas, que son competencia del Estado (sueldo, trienios y pagas extraordinarias) y retribuciones complementarias, subdivididas en fijas y variables, que son competencia de las Comunidades Autónomas y que tienen una implantación progresiva. En las retribuciones complementarias, se incluye el **complemento por productividad**, remuneración basada

en el rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas. En algunos casos, esta retribución ha contemplado una parte fija por efecto de armonización retributiva, perdiendo en estos casos el objetivo que perseguía.

Como ejemplo de modelo de complemento de productividad aplicable al personal estatutario, el Servicio Andaluz de Salud se basa para su aplicación en la evaluación del cumplimiento por el profesional de los objetivos previamente establecidos para la Unidad de Gestión Clínica, Servicio o Unidad de Protección de la Salud en el que se encuentre integrado.

Tabla 8.

Resumen de aspectos a considerar y recomendaciones para el diseño e implementación de Programas de Pago por Performance (P4P)

<p>1. La definición de buen performance no está claramente definida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe cierto desacuerdo entre el posible objetivo del pago por performance, si los P4P deben restringirse a medidas de calidad o deben incluir también medidas de eficiencia y volumen actividad. • Se debe preparar el entorno antes de implementar medidas de pago por performance.
<p>2. Falta de consenso sobre el tipo de medidas que se requieren para el soporte de estos sistemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las medidas deben de ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a diferentes entornos, en función de la especialidad etc.
<p>3. La mayoría de los sistemas de información no están adaptados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere una actualización de los sistemas de información para la implantación de sistemas P4P.
<p>4. Requieren costes de inicio (start up costs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Requiriendo la reorganización de los mecanismo de pago existentes. • Se requiere decisión sobre la forma en que se financian los costes iniciales.
<p>5. En el modelo del NHS hasta el 30% de los salarios de médicos de Atención Primaria corresponden a sistema P4P</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es de más difícil implantación en hospitales, donde las responsabilidades por performance son más complejas. • A nivel de hospital los programas P4P deberían ofrecer incentivos por unidad de negocio para fomentar la participación.
<p>6. Los incentivos económicos no son la única vía, deben considerarse también otros drivers</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Benchmarking y publicación de resultados y capacidad de elección de los pacientes son otros drivers de calidad a considerar.
<p>7. La coexistencia de múltiples drivers de calidad pueden conducir a la perversión de los incentivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario el alineamiento de los esquemas de incentivos de manera que ninguno sea favorecido frente a otros. • Deben evaluarse los riesgos y anticiparse a su aparición para evitar la existencia de incentivos perversos.

Fuente: Paying for Performance. Incentives and the English Health System. PwC. Health Research Institute. 2008

Por ello, los elementos clave de este sistema son la definición de objetivos y la evaluación del grado de consecución de los mismos, de los que dependerá tanto la distribución de los incentivos fijados como de los remanentes que se hayan podido generar con las cuantías no distribuidas por cumplimiento parcial de los objetivos fijados.

En definitiva, es necesario un sistema que estimule y retenga el talento en el sistema, motivando a los profesionales, evitando el igualitarismo e incentive la calidad, el esfuerzo, el compromiso y el sentido de pertenencia a la organización, la eficiencia y la excelencia.

Existe un cierto consenso de que el régimen estatutario puede estar ejerciendo de freno en el proceso de avance hacia un nuevo modelo retributivo “vinculado con los resultados y a la mejor práctica clínica”.

En este sentido, algunas Comunidades Autónomas, como Cataluña, desde 1981 no han impulsado la construcción de hospitales por el sistema tradicional, para facilitar la autonomía de gestión y contar con personal laboral en las nuevas instituciones.

Otras iniciativas dirigidas a dotar de una mayor autonomía de gestión a los profesionales son las **Entidades de Base Asociativa (EBAs)**, empresas (sociedades limitadas) constituidas total o parcialmente por profesionales sanitarios que establecen una relación contractual con el servicio público de salud para ofrecer servicios sanitarios a cambio de una financiación capítativa. En Cataluña, por ejemplo, existen varias EBAs de médicos de familia y enfermeras para la autogestión de centros de atención primaria y una de pediatras para la autogestión de la atención integral (primaria-hospitalaria). En la Comunidad Valenciana se ha propuesto también la

creación de EBAs en Atención Primaria, en lo que supone un modelo de “autogestión”.

Por tanto, se trataría de no continuar creciendo bajo modelos que frenen las reformas que se consideran necesarias para la gestión del personal sanitario.

La propuesta de reforma pasaría por tanto, sin perjuicio de agotar las posibilidades de mejora de la gestión bajo el régimen estatutario y, por supuesto, de respetar los derechos adquiridos, evolucionar hacia un modelo de contratación en régimen laboral que facilite la implantación de sistemas de retribución variable ligados a desempeño como herramienta para la mejora de la calidad y eficiencia del sistema.

Sin embargo, la coexistencia de ambos regímenes (estatutario y laboral) sería inevitable por lo que resulta necesario profundizar en medidas que permitan mejorar la eficacia, optimizar los costes y, en consecuencia, la eficiencia de los recursos humanos garantizando el nivel de calidad asistencial.

No obstante, todos estos cambios no son fáciles de realizar, dada la situación de partida caracterizada por: a) la falta de flexibilidad en la gestión de recursos humanos; b) insuficiencias en los sistemas de información; c) alto nivel de absentismo y escaso control del uso fraudulento de la baja por incapacidad temporal; d) déficits conceptuales en cuanto a las formas de reconocimiento y diferenciación de los profesionales; e) problemas culturales con los sindicatos, hasta ahora grandes defensores de los sistemas de uniformización, frente a la diferenciación y el reconocimiento; y f) la existencia de formas inadecuadas de incentivar la actividad.

Todo ello no debe ser una barrera para evolucionar hacia un modelo de retribución variable que penalice el

Las Entidades de Base Asociativa, iniciativas para impulsar la autonomía responsable de los profesionales

absentismo, defina los procesos y equilibre las cargas de trabajo y module las reivindicaciones de los colectivos, con el único fin de promover el desarrollo e incentivación de los profesionales y como consecuencia el aumento de su rendimiento.

En este cambio de modelo el papel de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud será fundamental.

Estos cambios en el modelo deberán tener su reflejo en la **carrera profesional** donde la evaluación de las competencias debe ser el eje de medición fundamental. Además deberán tener en cuenta el **derecho de movilidad** de los

profesionales recogida en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, es preciso además incrementar el nivel de profesionalización de la gestión. El avance en la profesionalización de los gestores sanitarios es un tema pendiente y uno de los graves “debes” del SNS. Debe impulsarse la existencia de una masa crítica de gestores profesionales bien formados, evitando caer en la situación francesa de crear un cuerpo funcional, lo que añadiría rigidez al sistema, pero sí fijando ciertos requisitos para el acceso a determinados cargos, así como los criterios de formación continuada y evaluación de estos profesionales.

La profesionalización de la gestión, lamentablemente, todavía una tarea pendiente



En definitiva, sacar a la función directiva en los centros e instituciones sanitarias de la sospecha de politización.

No obstante, todo lo relativo al régimen de personal requiere una visión amplia de la organización, del proceso de trabajo en salud, los actores (trabajadores y profesionales de salud), los resultados para los pacientes y la ciudadanía en general.

Es importante señalar también la importancia de la educación continua, la

evaluación periódica de las competencias (recertificación) y de otros mecanismos de motivación y beneficios asociados al trabajo.

Posiblemente, la cuestión del personal sea la más importante del sistema sanitario, en el presente y futuro a medio y largo plazo.

Solamente un sistema de recursos humanos dinámico, productivo, y bien gestionado puede dar respuestas a las demandas, cuestiones y retos del sistema sanitario.

Los temas de personal, los más importantes en el presente y para el futuro

Implicaciones

- *La mejora de la gestión del personal es una de las reformas que deben abordarse de manera prioritaria.*
- *El modelo debe primar la corresponsabilidad de los profesionales y permitir la incentivación de la diferenciación y la consecución de resultados de salud óptimos.*
- *Entre los frenos a su implantación se identifica el actual modelo estatutario. Sin perjuicio de agotar las posibilidades de mejora que permite la gestión bajo el régimen estatutario y, por supuesto, respetando los derechos adquiridos, se plantea la necesidad de que las nuevas incorporaciones se realicen mayoritariamente bajo régimen laboral frente al actual sistema.*

5

También hay que activar la generación de ingresos

Las reformas no deben limitarse únicamente a actuar sobre la oferta.

El sistema debe hacer un esfuerzo por convertirse en un generador de ingresos, siempre bajo la premisa de mantenimiento de sus elementos de equidad.

Se debe aprovechar su potencial buscando soluciones imaginativas para la generación de ingresos, de manera que la obtención de recursos no se limite únicamente a los presupuestos públicos.

Entre las alternativas factibles para la generación de ingresos adicionales se analizan algunas alternativas, como la facturación más eficaz de la actividad asistencial a las mutuas, la venta de activos del sistema, la captación de pacientes extranjeros o el cobro por ciertos servicios no sanitarios.

Los impuestos generales seguirán siendo la principal fuente de recursos, pero el sistema tiene que activar también la generación de ingresos

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

El sistema tiene que hacer un esfuerzo por convertirse en generador de ingresos, siempre respetando los elementos de equidad.

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

Algunos planteamientos iniciales para este avance en la generación de ingresos se recogen de forma resumida en la Tabla 9.

Posibles distintas formas de generación de ingresos

Tabla 9.
Distintas formas analizadas de generación de ingresos.

- 1** Facturar a las mutuas el total de lo que corresponda de la actividad asistencial derivada de las enfermedades profesionales
- 2** Plantear modelos de venta activos
- 3** Competir a nivel internacional en la captación de pacientes
- 4** Cobro por ciertos servicios no sanitarios

Fuente: Elaboración propia.

Facturar a las mutuas el total de lo que corresponda de la actividad asistencial derivada de las enfermedades profesionales

En 2010 se registraron en España 18.186 enfermedades profesionales, según datos del Sistema de Comunicación de Enfermedades Profesionales (Cepross), que recibe información de las patologías sufridas por los trabajadores incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales. Además, habría que contabilizar en este mismo año un total de 10.042 enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (según datos del Análisis General de Patologías no Traumáticas Causadas o Agravadas por el Trabajo, Panotratss, que completa la estadística de la Seguridad Social sobre las enfermedades relacionadas con el trabajo, al recoger las enfermedades que contrae el trabajador por la realización de su trabajo y no incluidas en la lista de enfermedades profesionales, así como los agravamientos de lesiones que ya padeciera el trabajador con anterioridad).⁵¹

España y Francia son los países de la Unión Europea que registran un mayor número de enfermedades declaradas a causa del trabajo ya que poseen, según ha reconocido la propia UE, los sistemas de información más efectivos.

En 2009 se produjeron 700.000 accidentes en jornada de trabajo con baja laboral, 16.787 enfermedades profesionales y 7.200 reconocimientos de incapacidades. La media nacional se sitúa en 5,24 accidentes de trabajo en jornada con baja por cada 100 afiliados.

Sin embargo, desde varios sectores se viene denunciando una infravaloración del número de casos de enfermedades profesionales recogidas en las estadísticas oficiales. Según un estudio elaborado por el **Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)**⁵² en 2007, se estima que cada año se producirían una media de 80.000 nuevos casos de enfermedad laboral, la mayoría de ellas alteraciones osteomusculares y enfermedades de la piel. Sin embargo, las estadísticas oficiales tan sólo reconocían

Facturar correctamente a las Mutuas de Accidentes de Trabajo



⁵¹ Nota de prensa. La Moncloa. 12/05/2011.

⁵² Impacto de las enfermedades laborales en España. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. 2007.

alrededor de 30.000 casos anuales de enfermedades profesionales, la inmensa mayoría de ellas leves y sin baja, (datos que indicarían que tan sólo se estarían registrando en torno al 36% de las enfermedades laborales).

En este sentido, el **Instituto Vasco de la Salud Laboral (OSALAN)** ha realizado un estudio para estimar a cuánto asciende la factura de las enfermedades profesionales en el País Vasco.⁵³ En 2008, la Sanidad Pública habría dedicado en torno a 106 millones de euros a costear enfermedades incluidas en el listado de las 141 consideradas profesionales. Estos casos deberían haber sido atendidos por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, pero según revela el estudio, una gran mayoría de estas dolencias serían atendidas por médicos de atención primaria y no a través de las mutuas para que se reconozcan como enfermedades profesionales (contribuyendo a su infravaloración en las estadísticas), siendo Osakidetza quien asume el coste correspondiente.

En el sentido opuesto, las mutuas habrían decidido reclamar a Osakidetza un total de 400.000 euros por enfermedades inicialmente consideradas profesionales que acabaron siendo contingencias comunes en 2010. Con esta herramienta, el País Vasco habría sido uno de los primeros en abrir el debate sobre la necesidad de corresponsabilizar a las partes implicadas y dotarse de una herramienta de diagnóstico de estas dolencias, que sirva para planificar la estrategia de prevención de riesgos laborales.

Este es sólo un ejemplo, pero de corroborarse los datos de infradiagnóstico y mediante la explotación adecuada de los registros y estadísticas sobre enfermedades profesionales, podría suponer una importante fuente de ingresos si se regula la facturación realizada por parte de la Sanidad Pública, en este concepto, a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, o bien si se reducen los gastos asociados a la asistencia de este tipo de enfermedades, al asumir su atención directamente las mutuas.



⁵³ El País. 27/05/2011.

Posible análisis sobre la venta de activos

Plantear modelos de venta de activos

Otra de las posibles vías de incremento de los ingresos que permitirían contribuir a la reducción del déficit y que se están barajando en los últimos años por parte de diversas administraciones son las nuevas fórmulas de gestión patrimonial pública, entre ellas, las conocidas como *sale & lease-back*.

Hasta ahora, las acciones planteadas en este sentido han estado lideradas por Andalucía y, más recientemente, por Cataluña.

Básicamente, consisten en transmitir la propiedad de edificios cuya titularidad corresponde a la Administración, al tiempo que se suscribe un contrato de alquiler para que sigan siendo utilizados por la Administración. Se trata de una fórmula empleada, entre otros, por varios Estados comunitarios, desde el conocido caso de la sociedad pública austríaca Bundesinmobiliengesellschaft (BIG) en los años 90.⁵⁴

Esta fórmula permite la obtención de liquidez inmediata, aunque para garantizar su contribución a la reducción de la deuda y el déficit públicos, deben realizarse bajo estrictos criterios técnicos (que requieren que el capital comprometido sea privado, la operación se produzca en condiciones de mercado y se analicen caso a caso las condiciones de arrendamiento operativo).

A modo de ejemplo, Cataluña ha iniciado la venta de activos, especialmente inmuebles propiedad del Govern, concepto por el que, en 2011, se generaron ingresos por 550 millones de euros y con estimaciones de que en 2012 la recaudación ascienda a 800 millones de euros.⁵⁵ Ante el anuncio de la cesión de la titularidad por parte del Gobierno Central a la Generalitat de siete hospitales y la sede del Instituto Catalán de la Salud, se ha planteado la venta de

estos edificios con el objetivo de ingresar entre 300 y 400 millones de euros que irían destinados a la sanidad.⁵⁶

En Andalucía, la Ley del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de 2011 abrió la posibilidad de venta a inversores privados y, en marzo, el Consejo de Gobierno acordó la venta y posterior arrendamiento de 94 edificios administrativos, con los que prevé ingresar unos 1.000 millones de euros⁵⁷.

Competir a nivel internacional en la captación de pacientes

El 24 de abril de 2011 entró en vigor la directiva europea⁵⁸, que regula el acceso a la **asistencia sanitaria transfronteriza** segura y de calidad entre países de la Unión Europea, y que pretende garantizar que los pacientes de cualquiera de los países miembros reciban atención médica en otros países en función de la cobertura que les corresponda en su país de origen. Existe coincidencia en señalar las importantes oportunidades que el nuevo marco plantea para aquellos proveedores más competitivos, como España, que al contar con un sistema sanitario fuerte y reconocido en el ámbito internacional, se espera que sea capaz de atraer a un número importante de pacientes de varios países, tanto a los hospitales públicos como privados. Igualmente también se señalan retos e interrogantes que deberán ser clarificados para trasladar la normativa a la legislación de los Estados, que tienen de plazo hasta octubre de 2013 para realizarlo.

Entre los interrogantes más significativos se encuentra el modelo de facturación, que en opinión de algunos expertos debería ser gestionado por las Comunidades Autónomas, de manera que el reintegro correspondiente a la asistencia médica a ciudadanos europeos sea abonado directamente a las Comunidades prestadoras del servicio. Hasta ahora las Comunidades no estarían

España puede competir para la atracción de pacientes a nivel internacional

⁵⁴ Sale & lease-back de inmuebles de las Administraciones Públicas: potencialidad y condicionamientos. Expansion.com 05/08/2011.

⁵⁵ La Vanguardia. 25/11/2011.

⁵⁶ El País 30/06/2011.

⁵⁷ El Mundo 12/08/2011.

⁵⁸ DIRECTIVA 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.



recibiendo el 100% del coste de los pacientes que atienden.⁵⁹

La nueva directiva puede tener repercusiones importantes en Comunidades Autónomas como Baleares o Canarias, grandes receptoras de turistas europeos, o ciudades como Barcelona, uno de los destinos europeos con más potencial para atraer turismo sanitario y en la que se han realizado más de 10.000 tratamientos a extranjeros.

En su potencial final, tendrá una “trascendencia fundamental, la transposición que se realice al ordenamiento jurídico estatal”.⁶⁰ En el texto de la directiva se recoge sin embargo, que la transposición a los ordenamientos nacionales y su aplicación, **no deben conllevar que se aliente a los pacientes a recibir tratamiento fuera de su Estado miembro de afiliación.**

Una consideración importante es que la directiva establece que cualquier ciudadano de un país miembro de la Unión Europea, tendrá derecho a cualquier tratamiento médico y farmacéutico incluido en la cartera de servicios del país de acogida, pero matiza que el país de origen del paciente

no pagará el tratamiento global, si este no está incluido en la cartera de servicios del país de origen, de manera que el coste de la parte del tratamiento no incluido en la cartera del país de origen deberá ser asumido por el paciente. Por ello, los expertos señalan como crítico establecer la cartera de servicios de todos los países de la Unión Europea, “de tal manera que cada centro sanitario que atienda a un paciente deberá conocer lo que está o no cubierto por el sistema sanitario de su país de origen, debiendo emitir dos facturas (una con lo cubierto y otra en caso de haber realizado tratamiento para el que no existe cobertura en el país de origen)”.

Las oportunidades no se limitan al ámbito público, ya que la directiva apoya, además, la creación de **redes europeas de referencia**, en las que participen de modo voluntario centros altamente especializados y reconocidos a nivel europeo. Se abre la puerta de esta forma a la posibilidad de acudir a proveedores sanitarios privados, por parte de los asegurados por otros países y reconoce el derecho de los pacientes a ser informados de esta posibilidad.

⁵⁹ IV Jornada Sanitaria Illa del Rei de Menorca. Nueva directiva europea sobre asistencia sanitaria transfronteriza, así como su repercusión en los sistemas de salud de los países de la Unión Europea y en los derechos de los pacientes. Julio 2011.

⁶⁰ La movilidad de los pacientes, una oportunidad para España. Diario Médico. 03/05/2011.

Así, las oportunidades no se centran únicamente en la generación de ingresos por la atención de turistas (a través del cobro de tratamientos sanitarios no planificados), sino en el llamado **turismo de salud** que hace referencia a una forma de turismo con el objetivo de recibir un tratamiento médico (asociado o no a diversas opciones de ocio, tratamientos estéticos y de bienestar), y que supone un importante nicho de negocio, en especial en el caso de los hospitales privados.

En España existe un importante margen de crecimiento en este ámbito de negocio. Según un estudio realizado en 2009 por las aseguradoras alemanas TK y AOK, mientras el 25% de los tratamientos sanitarios no planificados realizados fuera de Alemania se realizan en España, sólo el 7% de los planificados fueron en nuestro país.⁶¹ Sin embargo, reunimos los principales ingredientes para ser un destino líder: buena oferta hotelera, uno de los mejores sistemas de salud y profesionales de primer nivel.⁶²

Por tanto, un posible aumento de la demanda a través de esta vía podría contribuir no sólo a la reactivación económica del sector sanitario, sino también de otros como el de la hostelería, los transportes y otros servicios indirectos.

Ejemplos de este tipo de iniciativas son el **Barcelona Centre Mèdic** (en el que participan 20 centros asistenciales que han generado 12 millones de euros anuales como foco de atracción de 2.000 turistas pacientes); el **Madrid Centro Médico** (apoyado por Madrid Network y su cluster de salud de la Comunidad de Madrid y por el Ayuntamiento, con el que se espera recaudar 5 millones de

euros y atraer a 3.400 turistas de salud en su primer año de funcionamiento), y la futura creación de la sociedad **España Centro Médico**, que aunará las dos anteriores, y otros clusters especializados existentes en Pamplona y en Palma de Mallorca.

Cobro por ciertos servicios no sanitarios

Un tema mucho más controvertido es el planteamiento que empieza a someterse a debate en algunas Comunidades Autónomas, como es la introducción de pagos por servicios no sanitarios. Los defensores esgrimen argumentos, tales como su contribución a asegurar la gratuidad universal de las prestaciones básicas, que evite introducir tasas directas por la prestación de servicios sanitarios. Revisar el cobro de algunos servicios complementarios no sanitarios, como las comidas o las pernoctaciones de acompañantes, o el pago por renovación de tarjeta sanitaria en caso de pérdida o extravío, son algunas de las situaciones que se están estudiando.

Algunos ejemplos en este sentido son el cobro de **10 euros por renovación de la tarjeta sanitaria** en Baleares o en Galicia en caso de deterioro o extravío.

Si bien es cierto que existen países en nuestro entorno que cobran por este tipo de servicios, la introducción de estas medidas, requiere un análisis detallado de sus consecuencias, de manera que se eviten inequidades en el acceso a determinados servicios y desigualdades sociales, que suponga un paso más una vez agotadas otras vías.

Cobro de ciertos servicios no sanitarios

⁶¹ TK Europe Survey 2009.

⁶² Presentación de Gabriel Uguet. Área internacional de la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP).

Implicaciones

- *La necesidad de reducción del déficit del sistema no debe fundamentarse únicamente en medidas de recorte y actuaciones sobre la oferta, sino que debe complementarse con la generación de ingresos.*
- *La generación de ingresos adicionales debe conseguirse tanto a través de la optimización de las actuales vías de generación de ingresos, como de la exploración de mecanismos adicionales y novedosos no aplicados a la sanidad hasta ahora.*
- *Las posibles alternativas deben ser analizadas cuidadosamente, de forma que se visualicen las diferentes vertientes de su puesta en marcha y su repercusión sobre otros sectores.*
- *Su puesta en marcha en ningún caso debe constituir una merma para la equidad del sistema.*
- *La nueva directiva europea de sanidad transfronteriza, la explotación de oportunidades ligadas al turismo de salud, la optimización del cobro a las mutuas por actividad asistencial derivada de enfermedades laborales o la exploración de nuevas nuevas fórmulas de gestión patrimonial se perfilan entre las acciones más factibles en esta dirección.*

6

Es el momento de relanzar la colaboración público-privada

La implantación de algunas de las fórmulas de colaboración público-privada no es algo nuevo en nuestro país, si bien es cierto que las necesidades de actualización tecnológica en un entorno de contención presupuestaria generalizada está abriendo la puerta a nuevos modelos de colaboración bajo conceptos *win-win*.

En este contexto, el sector privado aporta fundamentalmente financiación, asistencia sanitaria de calidad y eficiente a precio razonable y apertura a la innovación.

Con el objetivo de resolver algunos de los aspectos más controvertidos de estas fórmulas de colaboración, sería razonable iniciar el debate sobre la conveniencia de diseñar un marco regulatorio, que asiente las bases de los intereses públicos a preservar, junto con el tipo de relación deseable con la empresa o empresas privadas implicadas.

La CPP debe hacerse salvaguardando los intereses públicos

La colaboración público-privada (CPP) no es una moda. Distintas formas de CPP se dan prácticamente en todos los países europeos, lo que demuestra que son aplicables no sólo a infraestructuras sino a cualquier servicio.

La colaboración público-privada no es buena ni mala en sí misma; sólo es buena cuando se salvaguardan los intereses públicos y, al mismo tiempo, se reciben aportaciones del sector privado relevantes a un precio razonable.

¿Cuáles son los intereses públicos a preservar? Lógicamente, que se ofrezca a la población una asistencia sanitaria de calidad y de forma eficiente, siempre dentro de la lógica de los valores del Sistema Nacional de la Salud, que no son otros que la cobertura universal y la financiación predominantemente pública.

La CPP sólo puede funcionar con gobiernos fuertes y eficaces

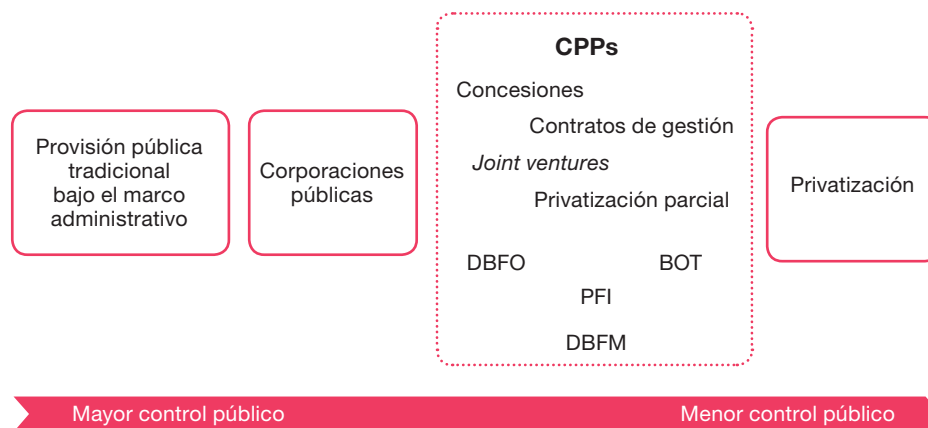
La colaboración público-privada sólo puede funcionar con gobiernos fuertes y eficaces, que tengan claras las prioridades públicas y estén dispuestos a defenderlas, así como una idea clara de lo que puede y no puede aportar el sector privado y bajo qué condiciones. De esta forma, se contribuirá a que este tipo de colaboración no se vea como una forma de dinamitar el sistema o de quebrar sus

valores fundamentales, sino que, al contrario, pueda ser contemplado como un compromiso con los valores fundamentales del mismo, que siempre puede ser interesante contemplar, pero especialmente en momentos de crisis. En contextos como el actual, con importantes limitaciones presupuestarias, es en el sector público donde se hace más evidente la necesidad de mejorar al máximo la eficiencia para garantizar los servicios, y de conjugar la gran limitación presupuestaria en inversiones con la necesidad de continuar avanzando en la actualización tecnológica del sistema. Merece la pena considerar entonces los distintos modelos de colaboración público-privada como una parte de la solución a estos retos del sistema. En la Figura 14 se recogen, de manera esquemática, diferentes modelos de prestación de servicios sanitarios.

La CPP es especialmente útil en el momento actual, con la gran limitación de inversiones

Entre las características principales de estos modelos, se encuentra: la duración relativamente larga de la relación, la financiación mixta privada y pública, una alta implicación del operador que participa en diferentes etapas del proyecto, riesgo compartido y situación *win-win* tanto para el sector público como el privado. No son fáciles y suelen requerir una importante inversión en

Figura 14.
Diferentes modelos de prestación de servicios sanitarios.



Fuente: Elaboración propia. Abreviaturas: CPPs: Colaboración público-privada; DBFO: (Design, Build, Finance, Operate); BOT (Build, Operate, Transfer); PFI (Private Finance Initiative); DBFM (Design, Build, Finance Maintain).

Para el éxito de la CPP hacen falta dos partes comprometidas con el modelo: una Administración que lo entienda y conozca las bases de su funcionamiento y unas empresas que estén dispuestas a entenderse con la Administración a largo plazo

esfuerzo y compromisos por ambas partes.

Lo que se requiere para el éxito de los proyectos CPP que, no lo olvidemos, son siempre proyectos a largo plazo es:

- Una **Administración** que tenga claros los intereses públicos a preservar y lo que debe pretender de la empresa privada, que no puede ser otra cosa que unos servicios de calidad a un precio razonable. Al mismo tiempo, que esté dispuesta a construir una relación con la empresa privada en la que se contemple un modelo de negocio para la misma y se tenga en cuenta sus necesidades de rentabilidad, dando también un margen a la empresa privada para que ejerza sus capacidades de gestión, sin querer decidirlo todo desde la Administración.
- Unas **empresas privadas**, que entiendan las prioridades de la Administración y del servicio público sanitario y que estén dispuestas a realizar un esfuerzo de diálogo

permanente con la Administración, dando respuesta a las necesidades de calidad del servicio público. Todo ello con un proyecto empresarial a largo plazo, que sea capaz de sustentar esa relación necesariamente prolongada.

No es nada fácil para las Administraciones ni para las empresas privadas entrar en esta lógica. Requiere todo un aprendizaje. Por otra parte, los acuerdos económicos no deben estar basados en la actividad, ya que de esta manera puede incentivarse la hiperactividad de manera inapropiada, sino en la cobertura poblacional, en la *performance* general o en criterios de resultados.

Nuestro país cuenta ya con una larga tradición en algunas de las fórmulas de colaboración público-privada, como son los conciertos que se llevan a cabo entre los servicios regionales de salud y centros privados, el mutualismo administrativo o las concesiones administrativas que incluyen la gestión de servicios sanitarios (Tabla 10).

Tabla 10.
Tipos de colaboración más frecuentes entre la Sanidad Pública y la Privada.

Conciertos	<ul style="list-style-type: none"> • Conciertos para pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos que suponen un desahogo a las listas de espera, como diagnóstico por imagen (RM, TC, PET, mamografías, etc.), intervenciones quirúrgicas, entre otros. • Conciertos para determinadas prestaciones sanitarias, como terapias respiratorias domiciliarias, diálisis, rehabilitación/fisioterapia, logopedia, etc. • Conciertos singulares: conciertos con hospitales privados, que permiten ofrecer asistencia sanitaria a un área poblacional completa en áreas con infraestructura insuficiente. Destacan, entre otros, la Fundación Jimenez Díaz (Madrid), POVISA (Vigo), varios hospitales de la orden de San Juan de Dios, varios hospitales de Cataluña, etc.
Mutualismo administrativo	<ul style="list-style-type: none"> • El mutualismo administrativo es el mecanismo de cobertura sanitaria de aproximadamente dos millones de funcionarios: MUFACE, MUGEJU e ISFAS. La financiación es pública y los beneficiarios eligen cada año recibir provisión privada (a través de aseguradores privadas como Asisa, Adeslas, DKV e IMQ) o pública. Aproximadamente el 85% de beneficiarios elige provisión privada.
Concesiones administrativas que incluyen la gestión de servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • En los últimos años se ha incrementado significativamente la presencia de concesiones administrativas que incluyen la construcción del hospital y la gestión de los servicios sanitarios y no sanitarios. Actualmente, existen en España 7 hospitales operativos (5 en la Comunidad Valenciana y 2 en Madrid) y, el laboratorio clínico central (Madrid), estando prevista la apertura en los próximos meses de 2 nuevos hospitales en Madrid (Móstoles y Collado) además de una nueva unidad de radioterapia en Canarias. • La empresa Ribera Salud, el grupo Capiro Sanidad y las aseguradoras privadas (Adeslas, Asisa, Sanitas y DKV) son los agentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Los conciertos han sido la forma tradicional y más utilizada de CPP

Los **conciertos con centros privados** en diferentes áreas de actividad (hospitales, centros médicos ambulatorios, pruebas diagnósticas, diagnóstico por la imagen, oncología radioterápica, hemodiálisis etc.) contribuyen de manera importante a valores fundamentales del sistema sanitario público como son la equidad, la accesibilidad (por ejemplo, en áreas geográficas en las que no se cuenta con infraestructura suficiente), la reducción de listas de espera y dan apoyo al cumplimiento de tiempos máximos de respuesta para determinadas patologías. La contribución de centros privados a la atención de pacientes del sistema público se pone de relevancia a la vista de los porcentajes de actividad de este tipo de centros dedicada a conciertos en diferentes áreas (Tabla 11).

En cuanto al **modelo de mutualismo administrativo**, representa un modelo de gestión sanitaria con beneficio para todos los agentes. Permite mantener la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud con un gasto per cápita menor (la prima MUFACE en 2008 se situó en 657 euros anuales frente a un gasto de 1.189 euros del SNS, sin farmacia) y reduce la presión de la demanda de pacientes en el sistema público.⁶³ Si el sistema público tuviera que asumir esta actividad se incrementaría el gasto sanitario público y se produciría un aumento en la demanda que conllevaría un incremento de las listas de espera.

El número de ejemplos de **concesiones administrativas que incluyen la gestión sanitaria** se ha incrementado notablemente en los últimos años

El mutualismo administrativo ha sido una forma exitosa de CPP

Tabla 11.
Porcentaje de actividad concertada en centros privados.

Centro/Servicio privado	Porcentaje actividad concertada sobre total
Hospitales	20%
Centros ambulatorios	11%
Laboratorios de análisis clínicos	12%
Diagnóstico por la imagen:	
<i>PET</i>	28%
<i>Otras pruebas diagnóstico por imagen</i>	20%
Oncología radioterápica	52%
Hemodiálisis	88%

Fuente: Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación, Informe Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad (IDIS). Todos los datos corresponden a 2010, salvo el dato correspondiente a centros ambulatorios y laboratorios de análisis clínicos que son datos 2009.

⁶³ Informe IDIS. Aportación del modelo del mutualismo administrativo en el mercado laboral sanitario español. Abril 2011.

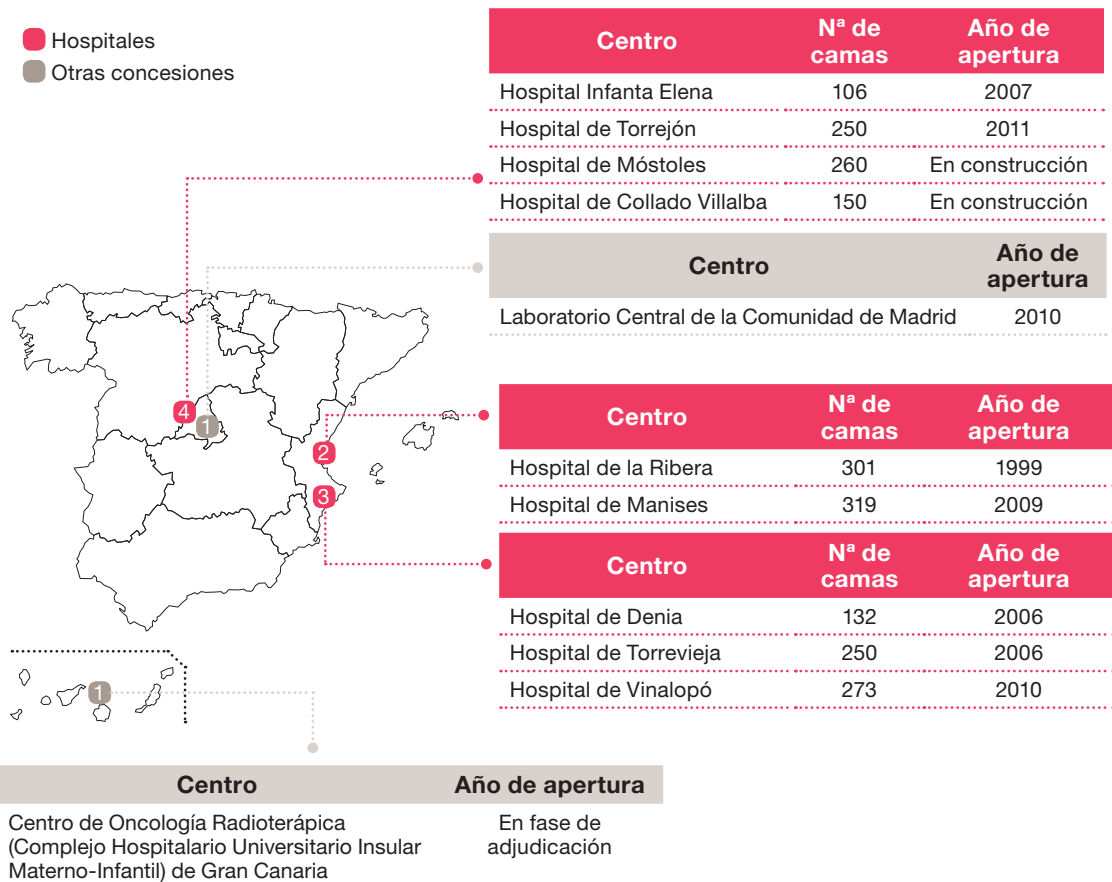
Las concesiones administrativas son nuevas formas de CPP que han demostrado su eficacia

(Figura 15). Entre los beneficios del modelo para la administración pública se encuentra el poder afrontar las necesidades de infraestructuras sanitarias, en un entorno de dificultades financieras, asumiendo el gasto a largo plazo y sin incurrir en endeudamiento financiero público. Asegura asimismo la calidad de los servicios ligando la facturación a la calidad y grado de cumplimiento de estándares previstos, lo que se incluye en los pliegos de cláusulas administrativas. Por último, permite un mayor control de gasto, estableciendo un coste fijo por paciente. Supone también ahorros respecto a

modelos tradicionales, especialmente cuando las concesiones incluyen infraestructuras y servicios clínicos y no clínicos frente a las que sólo incluyen la infraestructura y los servicios no clínicos.

En el ámbito de las concesiones administrativas y debido a las dificultades de acceso a préstamos, van a ser necesarios cada vez procesos de licitación más exigentes que permitan el cumplimiento de estándares de financiadores internacionales a los que previsiblemente se deberá acudir para la obtención de créditos.

Figura 15.
Concesiones administrativas que incluyen la gestión sanitaria.



Fuente: Elaboración propia.

Es posible la externalización de ciertas servicios de diagnóstico/tratamiento como nueva forma de CPP

Un paso más allá sería la **externalización de ciertos servicios de diagnóstico y/o tratamiento** a socios privados, que incluirían empresas de tecnologías y empresas de servicios. Como ejemplos en esta dirección se han planteado varios proyectos, como la concesión administrativa de un servicio de resonancia magnética en la Comunidad Valenciana o la de una unidad de oncología radioterápica en Canarias.

Por tanto, especialmente en un contexto como el actual, ¿qué puede ofrecer el sector privado? Fundamentalmente: 1) financiación, 2) asistencia sanitaria de calidad de forma eficiente y a un precio razonable y 3) apertura a la innovación contribuyendo a la puesta en marcha de

iniciativas en la agenda sanitaria de las Comunidades Autónomas.

El tema de la financiación no es un asunto menor, ya que si los presupuestos públicos en sanidad han disminuido en la mayoría de las Comunidades Autónomas, los de inversión (capítulo VI) están sufriendo un auténtico desplome en las mayorías de ellas (13 comunidades Autónomas han reducido el presupuesto de capítulo VI en el año 2011 con respecto al presupuesto del año anterior, con reducciones superiores al 40% en comunidades como Andalucía, Aragón, Galicia o La Rioja) (Tabla 12). Señalar que en el caso del Instituto Catalán de la Salud se paralizaron todas sus inversiones en 2011.⁶⁴ Y la situación se prevé aún más drástica para los presupuestos de 2012.

Los presupuestos de inversiones han disminuido sustancialmente en todas las Comunidades Autónomas

Tabla 12.

Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas. Total consolidado. Capítulo VI (inversiones) (miles de euros). Ejercicio económico 2009-2011

CCAA	2009	2010	2011	Variación 10-11	% Variación
Andalucía	411.937	402.966	214.040	-188.926	-46,88%
Aragón	65.701	57.361	32.695	-24.666	-43,00%
Asturias	26.195	21.647	14.501	-7.146	-33,01%
Baleares	48.079	45.353	45.353	0	0,00%
Canarias	89.927	46.987	49.377	2.390	5,09%
Cantabria	47.633	31.601	26.905	-4.696	-14,86%
Castilla-La Mancha	296.566	285.540	278.439	-7.101	-2,49%
Castilla y León	226.472	225.985	207.370	-18.615	-8,24%
Cataluña	195.904	218.610	149.183	-69.427	-31,76%
Comunidad Valenciana	211.082	223.067	234.111	11.044	4,95%
Extremadura	95.783	71.023	48.472	-22.551	-31,75%
Galicia	189.998	161.509	90.029	-71.480	-44,26%
La Rioja	6.301	11.313	6.650	-4.663	-41,22%
Madrid	189.360	39.478	126.489	87.011	220,40%
Murcia	73.763	36.066	32.757	-3.309	-9,17%
Navarra	43.821	86.751	74.174	-12.577	-14,50%
País Vasco	120.001	87.869	81.167	-6.702	-7,63%

Fuente: Recursos del Sistema Nacional de Salud. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social (2007-2011). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

⁶⁴ Diario Médico. 15/12/2011.

Por ello, la actualización tecnológica del sistema, particularmente en áreas intensivas en equipamiento (diagnóstico por imagen, oncología radioterápica, laboratorios, unidades de vigilancia intensiva, etc.) es difícilmente asumible en el actual contexto económico de las Administraciones Públicas sin recurrir a alguna forma de colaboración público-privada.

complejos, en los que resulte imposible determinar a priori los medios para satisfacer las necesidades del órgano de contratación o evaluar las soluciones que ofrezca el mercado. De esta forma se involucra al socio en la definición de la solución técnica, con el objetivo de incrementar la calidad de los servicios y optimizar la gestión de los recursos públicos. Tras una fase de licitación previa se abre un periodo de conversaciones con las empresas implicadas para ajustar diversos aspectos del contrato.

Comunidades como Canarias contemplan en su Plan Estratégico de Tecnologías y Sistemas de Información (PETSÍ) el desarrollo y financiación de una parte de sus proyectos cooperativos a través de modelos de colaboración público-privada.

Existen algunos ejemplos recientes de colaboración público-privada en el sector de la tecnología y servicios de diagnóstico y tratamiento en Cataluña, Murcia y Baleares. Sus principales características se resumen en la Tabla 13.

La nueva legislación permite introducir nuevas fórmulas para la adquisición y renovación de tecnología

Hay ya ejemplos de utilización de estas fórmulas para la adquisición de tecnología y para equipar nuevos hospitales

Aunque la tecnología ha sido tradicionalmente excluida de las operaciones de colaboración público-privada, consideramos que va a constituir un elemento central en la nueva generación de fórmulas CPP. En estas nuevas fórmulas, los fabricantes se convierten en “**socios tecnológicos**” que participan en una colaboración basada en el riesgo compartido. Debido a su complejidad suelen articularse a través de la fórmula de **diálogo competitivo**. Esta fórmula viene regulada en la Ley de Contratos del Sector Público, LCSP (art. 164 a 167) como procedimiento para adjudicación de contratos especialmente

Tabla 13.
Ejemplos de colaboración público-privada en el sector de la tecnología.

CCAA	Objeto Contrato	Destino	Adjudicatario	Importe	Duración	Año
Murcia	Dotación, renovación y mantenimiento de equipamiento clínico	Hospitales de Cartagena y Mar Menor	Siemens	132 millones de euros	15 años	2010 (adjudicación)
Cataluña	Actualizar y gestionar el equipamiento de diagnóstico por imagen	8 hospitales del Instituto Catalan de la Salud (ICS) Bellvitge, Vall d'Hebron, German Trias i Pujol, Viladecans, Arnau de Vilanova, Joan XXIII, Dr. Trueta y Verge de la Cinta	Pendiente	100 millones	7 años	2010 (licitación)
Baleares	Diálogo competitivo para la adquisición del equipamiento de cuidados respiratorios	Hospital Son Espases	GE Healthcare Clinical Systems, S.L.	Importe adjudicación 3,8 millones (IVA incluido)	7 años	2010 (adjudicación)
	Contrato de adquisición de alta tecnología para el diagnóstico y el tratamiento por imagen	Hospital Son Espases	GE Healthcare España S.A.	Importe adjudicación 26,2 millones (IVA no incluido)	7 años	2010 (adjudicación)

Fuente: Elaboración propia.

Estas nuevas estrategias para el equipamiento de hospitales permiten entre otras:⁶⁵

- La actualización de equipos existentes.
- Dotar de forma eficaz nuevos centros, en caso necesario, de forma progresiva en el tiempo.
- Introducir elementos de “disponibilidad” acorde a las necesidades de cada aparato (tiempo de respuesta ante incidencias, servicio técnico disponible, equipos de sustitución etc.)
- Aflorar soluciones específicas para problemas concretos, a través del proceso de diálogo con proveedores.
- En ocasiones, se incluye formación a profesionales o la incorporación de personal al funcionamiento del servicio.

Entre sus principales ventajas se encuentran: la reducción del impacto económico en las fases iniciales del proyecto, pese a la elevada complejidad inicial en la fase de licitación y diálogo; no se generan nuevos contratos a lo largo de la vida del equipamiento; se incentiva la calidad de los bienes y servicios suministrados; se fomenta la innovación y el uso eficiente de los recursos públicos y se integran las capacidades y experiencia del sector público y privado, incorporando al proveedor como socio tecnológico a largo plazo.

La Estrategia Estatal de Innovación impulsa la compra pública innovadora

En este ámbito, la **Estrategia Estatal de Innovación** es un programa de actuación promovido por la Secretaría General de Innovación, que dota al Sistema Nacional de Innovación con recursos e instrumentos dirigidos a fomentar la innovación y la competitividad como elemento clave para alcanzar una mejor y más dinámica economía del conocimiento. Entre sus prioridades, a nivel de mercados, se encuentra la economía de la salud y economía asistencial, promoviendo la denominada **compra pública innovadora (CPI)**. Lo que se pretende es

fomentar políticas públicas de compra como **elemento dinamizador de la innovación desde la demanda**. El Consejo de Ministros de 8 de julio de 2011 aprobó el procedimiento de articulación de la compra pública innovadora en los departamentos ministeriales y sus organismos públicos que supone:

- La reserva de hasta un **3% de los créditos** de la inversión nueva en todos los departamentos en 2013 para CPI.
- La puesta en marcha de un nuevo mecanismo de financiación de la CPI a través del CDTI con **préstamos al 0%** (Programa INNODEMANDA).

La compra pública innovadora puede ser un elemento de colaboración público-privada a aprovechar en los próximos años, por parte del Sistema Nacional de Salud para incorporar innovación que mejore el servicio y desarrollar soluciones para demandas futuras.

Otro ejemplo de cooperación público-privada podría ser los **contratos de riesgo compartido** entre la Administración y la industria farmacéutica en **medicamentos innovadores**. Este tipo de acuerdos distribuye los riesgos asociados a resultados entre las partes.

En España, las experiencias pioneras en contratos de riesgo compartido se han concretado en 2011 en Andalucía y Cataluña. En Europa, desde 2004, varios países han puesto en marcha contratos de riesgo compartido para financiar la entrada de nuevos medicamentos utilizando diferentes modelos (acuerdos de acceso a pacientes basados en coste-efectividad o los basados en resultados clínicos). Por ejemplo, Italia ha implantado acuerdos basados en resultados clínicos en el caso de ciertos medicamentos para el tratamiento del Alzheimer, de manera que se proporcionan de manera gratuita durante los 4 primeros meses de tratamiento y el

Los contratos de riesgo compartido para medicamentos son también formas novedosas de CPP

⁶⁵ Ponencia Congreso Nacional de Hospitales. Aplicando la Ley e Innovando. Experiencia de Baleares.

sistema de salud continúa financiándolo si se demuestra efectivo. En Reino Unido se han desarrollado acuerdos de acceso a paciente, acuerdos de coste-efectividad, frecuentes en el caso de nuevos medicamentos y acuerdos basados en resultados clínicos, bajo esquemas de “Flexible Pricing”. En este último caso, se establece un precio inicial que puede reducirse o incrementarse en función de la efectividad y seguridad demostrada del producto.⁶⁶

Los modelos de contrato de riesgo compartido, en los casos en los que existe alta incertidumbre sobre la eficacia hasta demostrar la efectividad de nuevos medicamentos o tecnologías, suponen una vía que incrementa la corresponsabilización de las industrias con la sostenibilidad del sistema.⁶⁷

La CPP puede utilizarse también para la renovación de los sistemas de información

Las formas de CPP pueden también utilizarse para **inversiones en sistemas de información**, tanto para la compra de equipos como para implantaciones totales y servicios “llave en mano”. La continuidad de las inversiones en sistemas de información es una necesidad y la práctica desaparición de presupuestos de inversiones puede

ralentizar su implantación, salvo que se recurra a este tipo de fórmulas.

Desde algunos sectores se contempla la **suscripción de un seguro sanitario privado** como una forma de colaboración con el sector público, por cuanto se descarga al mismo de parte de su actividad. En este sentido, el IDIS ha propuesto⁶⁸ el restablecer una fiscalidad favorecedora de la suscripción individual de un seguro sanitario, como ya existió en su momento y existe actualmente para las pólizas colectivas. Esta sería una forma de implicar a las familias en el sostenimiento del servicio sanitario, lo que en un momento de dificultades desde los presupuestos públicos podría ser muy interesante.

Sin embargo, la colaboración público-privada ha sido un tema muy controvertido y las distintas experiencias puestas en marcha han sido objeto de un fuerte debate público.

En este contexto, tal vez sería adecuado algún tipo de marco regulatorio general a nivel nacional, que sentara las bases de los intereses públicos a preservar, junto con el tipo de relación con la empresa o empresas privadas implicadas.

Fiscalidad favorecedora de la suscripción de un seguro sanitario

Podría ser interesante un marco regulatorio general sobre CPP en sanidad, con el fin de sacar estas fórmulas de la controversia pública

⁶⁶ “Task-force de políticas farmacéuticas innovadoras en el entorno europeo”. Barcelona, 23 de noviembre de 2010. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut.

⁶⁷ ¿Recortar o desinvertir? Jaume Puig-Junoy. Departamento de Economía y Empresa, UPF. Català de la Salut.

⁶⁸ Propuestas de futuro. IDIS, diciembre, 2011.



Implicaciones

- *Las fórmulas de colaboración público-privada, aunque han sido siempre una opción a valorar, son especialmente relevantes en tiempos de crisis, cuando se hace especial hincapié en la eficiencia y la necesidad de dar respuestas, por ejemplo, a la continua necesidad de renovación tecnológica del sistema sanitario.*
- *Para la aplicación de soluciones de colaboración público-privada son necesarios gobiernos fuertes que tengan claras las prioridades públicas, de tal manera que no se perciba esta forma de colaboración como una amenaza al sistema público, sino como un compromiso con sus valores fundamentales.*
- *Un marco normativo que regule los intereses públicos a preservar y los niveles de colaboración con las empresas contribuiría a reducir la controversia sobre este tipo de modelos.*

7

Proteger a las industrias de salud asentadas en España

Contar con una industria de salud competitiva e innovadora en España es imprescindible para tener una política de salud eficaz.

La implantación de medidas cortoplacistas, dirigidas a preservar la Sanidad Pública puede acabar destruyendo el tejido empresarial y colapsar el sistema sanitario colocándolo en una posición de extrema dependencia del exterior, que afecte a su sostenibilidad a medio y largo plazo.

Por tanto, no se trata de defender a la industria en sí, sino de apostar por un sistema sostenible en su conjunto.

En este sentido, se hace necesario un Plan de Apoyo a las industrias de salud asentadas en España que permita un entorno estable para la innovación y la garantía de viabilidad de empresas, en un sector básico para nuestra economía (por nivel de exportaciones, inversión en I+D+i o capacidad de generación de empleo cualificado).

Apoyando a una industria competitiva, contribuyendo a equilibrar su balanza de pagos, el sector sanitario estará aportando su grano de arena al desarrollo económico general, lo que revertirá en su propio beneficio, ya que constituye la única vía de garantizar a la larga, un servicio sanitario de calidad.

Una industria competitiva e innovadora, clave para una política de salud

No puede haber una política de salud eficaz, si no es contando con una industria fuerte, competitiva e innovadora en España, tanto de empresas nacionales como de multinacionales asentadas de forma estable en nuestro país (con plantas de producción y/o centros de investigación/innovación y no sólo como meras delegaciones comerciales).

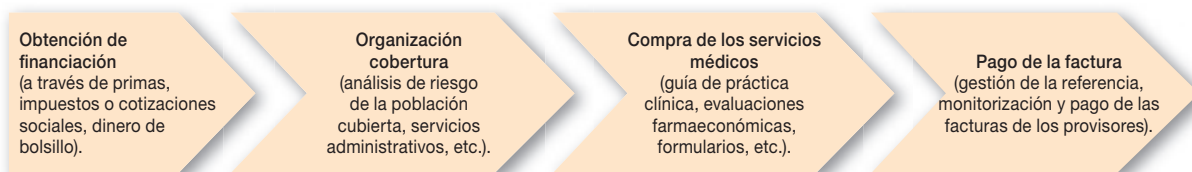
En ocasiones existe la tendencia a limitar la visión de las empresas del sistema sanitario al ámbito de los proveedores sanitarios y aseguradoras, no

considerando otras industrias del sector como la farmacéutica, las empresas de tecnología médica o de tecnologías de la información. Todos los componentes del sistema sanitario deben ser conscientes de las distintas **cadena de valor** de los diferentes agentes del sistema (representadas de manera esquemática en la Figura 16). Un mejor conocimiento de las mismas, permitiría contribuir a generalizar la visión de las empresas de productos y servicios del sector salud **como parte del sistema** y a identificar las relaciones de interdependencia entre las mismas.

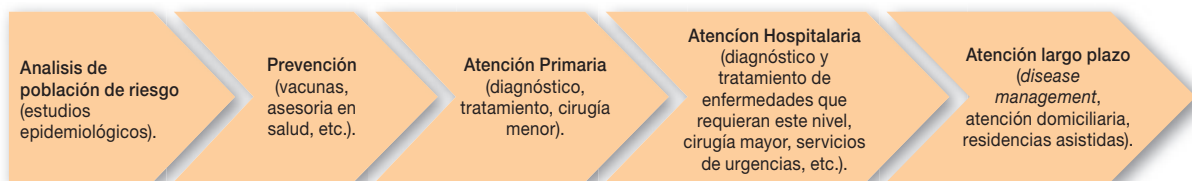
Cuando se opera sobre el sector sanitario, es importante conocer las cadenas de valor de las empresas que lo componen

Figura 16.
Cadenas de valor de los tres grandes tipos de empresas implicadas en el sector salud

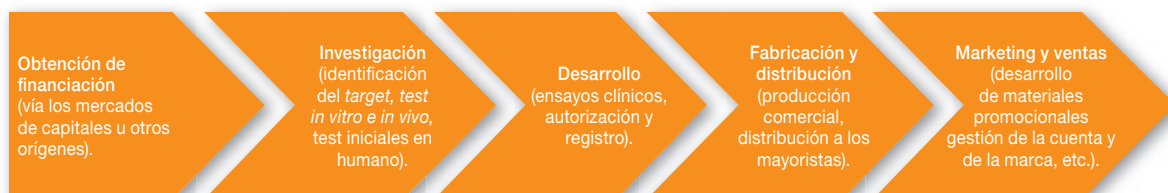
Cadena de valor de las aseguradoras sanitarias



Cadena de valor de proveedores sanitarios



Cadena de valor de las empresas de productos y servicios al sector



Fuente: Elaboración propia.

Una vez vistas las cadenas de valor de los agentes más relevantes del sistema sanitario, es importante ver cómo estas cadenas se integran entre sí en la cadena de valor del sector sanitario, como se expresa en la Figura 19.

En la figura vemos cómo la industria farmacéutica y de biotecnología, de tecnologías médicas y de tecnologías de la información son el eslabón principal de la cadena de valor donde se genera la innovación. Lógicamente, esa aportación de innovación se hace en interacción con el conjunto del sector sanitario y otros centros generadores de conocimiento (universidades, centros de investigación, etc.).

La implantación de medidas desde el sector público con la intención de preservarlo y defender sus intereses, puede tener repercusiones muy negativas sobre el tejido empresarial, que amenacen con colapsar el sistema sanitario en su conjunto. Esta situación es la que vienen señalando las principales

asociaciones del sector como **Farmaindustria y FENIN**.

Desde Farmaindustria se señala que la **merma de ingresos de las compañías farmacéuticas** como consecuencia de las medidas contenidas en los dos **Reales Decretos-Ley 4 y 8/2010** (de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público) **supera los 2.000 millones de euros al año**, lo que ha provocado la mayor caída del mercado farmacéutico de la historia (8% anual) en un momento en el que se acumula la mayor deuda hospitalaria.⁶⁹ El impacto del **Real Decreto-ley 9/2011** para la industria farmacéutica se estima en 1.850 millones de euros, lo que representa más del 10% de su mercado.⁷⁰

A falta del cierre del año, con los datos de 2011 acumulados a noviembre, siete de los diez principales laboratorios por ventas en España pierden facturación, en algunos casos con disminuciones del 15% respecto a la facturación en el mismo periodo del año anterior. Según

Ciertas medidas desde el sector público, con la intención de preservar el sistema, pueden amenazar al tejido empresarial y acabar siendo un problema para el conjunto del sector

Figura 17.
Cadena de valor del sector sanitario.



Fuente: Lawton R. Burns. "The Health Care Value Chain". San Francisco, Jossey-Bass, 2002

⁶⁹ El Economista. 29/06/2011.

⁷⁰ Nota de prensa Farmaindustria. http://www.farmaindustria.es/Prensa_Farma/NotasDePrensa/. Consultado 20 diciembre 2011.



Farmaindustria, el mercado farmacéutico cerrará 2011 con una caída de sus ventas en farmacia del 9% y en 2012, si no se toman otras medidas de recorte y sin considerar el impacto del último Real Decreto-ley 20/2011, los ingresos se reducirán otro 10%. Estas caídas se unen a las que ya experimentaron en 2010, que de media se situaron en torno al 10% de sus ventas, con dos de los reales decretos de reducción de los precios de los fármacos ya en vigor.⁷¹

La industria farmacéutica “atraviesa un momento crítico” con riesgo de desaparición de laboratorios en España y una posible deslocalización de las inversiones en investigación y desarrollo o producción que las multinacionales farmacéuticas realizan en España. La imagen del país se está erosionando ante las matrices, ya que, para los responsables de las filiales españolas es difícil explicar la rebaja de los precios y los retrasos en los pagos.

En esta misma dirección, la **Cámara de Comercio de EE.UU. en España (AmChamSpain)** advierte de que “aunque hasta la fecha la disminución de nueva inversión extranjera en nuestro país no ha venido acompañada de

deslocalizaciones masivas, esto puede cambiar radicalmente en los próximos meses.”⁷² Entre las soluciones que se demandan al Gobierno para evitar esta situación y el consiguiente impacto en la generación de empleo, productividad, transferencia de conocimientos especializados y tecnología y aumento de las exportaciones, destaca el pago de la deuda de las administraciones a los proveedores. El actual contexto económico en Europa, está llevando a muchas multinacionales a replantear su continuidad en aquellos mercados que puedan tener cualquier tipo de riesgo de impago. Ante el riesgo de que el actual problema de falta de liquidez se convierta en uno de solvencia, muchas se están replanteando su continuidad en España. Ante esta situación, AmchamSpain solicita al Gobierno una normativa que establezca compromisos y calendarios de pago de las deudas acumuladas hasta la fecha, por el conjunto de las Administraciones Públicas con sus suministradores. Entre estos compromisos se reclama la obligación de adoptar los presupuestos con dotaciones finalistas, con un seguimiento permanente que evite desviaciones, con plazos de pago asumibles por los proveedores y con responsabilidades

⁷¹ CincoDias.com. “El mercado farmacéutico español se desmorona”. 02/01/12.

⁷² AmChamSpain. Nota al Gobierno sobre Inversión Extranjera Directa. 28 de diciembre de 2011.

claras para aquellos que no respeten los límites de morosidad.

Ante esta perspectiva es necesario un **Plan de Apoyo** a las industrias de salud asentadas en España.

Profarma y Plan Sectorial: dos iniciativas previas pero limitadas a la industria farmacéutica

La idea no es nueva, se trataría de una iniciativa similar a los **Planes PROFARMA** de fomento de la competitividad en la industria farmacéutica. El último de ellos fue aprobado en 2009 para un período de cuatro años 2009-2012, a través de un programa conjunto, del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, del Ministerio de Sanidad y Política Social y del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Se trataba entonces, y sobre todo ahora, de favorecer un marco de estabilidad y certidumbre para la industria farmacéutica, fomentando un mayor nivel de inversión por parte de la misma, contribuyendo a la modernización del sector y potenciando aquellas actividades que aportan un mayor valor

añadido, de manera que se invierta en nuevas plantas industriales, así como en nuevas tecnologías para la producción, fomentando la investigación.

En el caso de las empresas nacionales se trataba de incrementar la competitividad de la industria farmacéutica fomentando su internacionalización, la incorporación de nuevas tecnologías a sus procesos productivos y de investigación y mejorar la selección de sus líneas de investigación. En el caso de las empresas multinacionales se perseguía aumentar su compromiso en el desarrollo de la estructura industrial, aumentando su esfuerzo inversor tanto en producción como en I+D+i en España y mejorando significativamente la balanza comercial.⁷³

Estos objetivos generales pretendían materializarse en una serie de objetivos concretos como eran:

- El aumento de las **inversiones totales** realizadas en España por las empresas participantes en PROFARMA, considerándose especialmente relevante el aumento de las inversiones en activos de producción y de investigación.

El impulso a la internacionalización de las empresas de salud españolas, un componente básico del Plan

Un Plan Profarma también para las industrias de tecnología médica



⁷³ <http://www.mityc.es/PortalAyudas/profarma>. Consultado 13 enero, 2012.

Beneficios del Plan Profarma

- El **incremento del empleo** en actividades relacionadas con la I+D+i, así como producción y control de calidad.
- El **incremento de los gastos corrientes en I+D** sobre las ventas al Sistema Nacional de Salud.
- La **inversión de la tendencia del déficit creciente de la balanza comercial** de las empresas incluidas en PROFARMA.

Entre los beneficios que las empresas reciben por su inclusión en el Programa PROFARMA se encuentran:

- Una **reducción de las aportaciones que éstas deben hacer al Sistema Nacional de Salud** de acuerdo con lo previsto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- La clasificación obtenida por las empresas incluidas en el Programa se considera un elemento de prestigio, que está teniendo impacto en el esfuerzo inversor que realizan (para conseguir una mejor clasificación). En el caso de filiales españolas de empresas multinacionales la posibilidad de mejorar la calificación obtenida es un importante elemento de argumentación para capturar nuevas inversiones.
- La clasificación obtenida en el Programa será considerada información relevante en la solicitud de ayudas públicas correspondientes a programas de apoyo que formen parte de la política industrial del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio y de la política de apoyo a las I+D+i del Ministerio de Ciencia e Innovación.

El Plan PROFARMA está dirigido a empresas del sector farmacéutico, ubicadas en España, que sean productoras de materias primas farmacéuticas o de medicamentos de uso humano y que realicen actividades de I+D+i en España.

Sería necesaria una iniciativa similar dirigida al sector de las tecnologías.

Con posterioridad, en marzo de 2011 se presentó el **Plan sectorial para la industria farmacéutica**⁷⁴, como una iniciativa conjunta del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Ministerio de Ciencia e Innovación con participación de Farmaindustria, con el objetivo fundamental de servir de marco para estimular el desarrollo en España de este sector, sobre las bases de predictibilidad y una compatibilidad con el buen funcionamiento y sostenibilidad del SNS.

La industria farmacéutica es el sector líder en inversión en I+D industrial en España (invierte anualmente el 20% de todo el gasto en I+D del conjunto de la industria española, lo que supone unos 1.000 millones de euros) y generador de empleo (40.000 empleos directos en España y unos 160.000 empleos indirectos, la mayoría de ellos cualificados).⁷⁵

Entre los objetivos del Plan sectorial para la industria farmacéutica se señalaban:

- Colaborar en la garantía de acceso del conjunto de la población a todos los medicamentos que necesite en condiciones de igualdad efectiva.
- Colaborar en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, tanto en sus aspectos económicos como en los concernientes a su calidad, equidad y cohesión.
- Estimular el uso racional del medicamento.
- Favorecer un marco regulador del medicamento que dote al sector de la mayor estabilidad y predictibilidad posibles.
- Impulsar la I+D+i biofarmacéutica en general y especialmente la dirigida a aportar soluciones o avances significativos en el tratamiento de determinadas patologías, con planteamientos colaborativos público-privados.

Un fallido Plan sectorial para la industria farmacéutica, pero que sigue siendo una necesidad, tanto para la industria farmacéutica como para la de tecnologías sanitarias y tecnologías de la información

⁷⁴ Nota de prensa del MSC de 31/03/2011 consultada en <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa> 20 diciembre, 2011.

⁷⁵ Plan Sectorial para la industria farmacéutica. 2011.

- Potenciar la producción farmacéutica en España y la expansión exterior incrementando las exportaciones.
- Favorecer la estabilidad y el desarrollo del empleo en el sector, especialmente el empleo cualificado y el empleo de la mujer.
- Favorecer un marco regulador del medicamento que dote al sector de la mayor estabilidad y predictibilidad posibles.

El desarrollo de la elaboración del Plan Sectorial se interrumpió con la publicación del Real Decreto-ley 9/2011.

Las patronales de industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias vienen poniendo sobre la mesa la difícil situación que está atravesando el sector después de las medidas de ajuste derivadas de los Reales Decretos-Ley 4 y 8/2010 y 9/2011, y advierten de su repercusión para la economía española.

Por parte de Farmaindustria se insiste en que la “vía de reducción de precios para obtener nuevos ahorros está agotada y comprometiendo el futuro inmediato de muchas compañías farmacéuticas nacionales, pues se están descapitalizando y no generan suficientes recursos para afrontar las inversiones en investigación e internacionalización que requieren, y esto ha puesto en riesgo de deslocalización la inversión tanto en plantas productivas como en I+D de las compañías multinacionales en España, además de haber generado la pérdida de miles de puestos de trabajo hasta la fecha”.

Se reclama un Plan de Viabilidad que permita abordar una solución financiera para la deuda sanitaria, que establezca un entorno predecible para la innovación y garantice la viabilidad comprometida de decenas de empresas, haciendo posible volver a llevar a la economía española a la senda de crecimiento de la mano de un sector como el sector de industrias sanitarias, sólidamente implantado en nuestro país y que realiza

una importante inversión en I+D (uno de los principales sectores exportadores y fuente de empleo cualificado). Para ello, es necesario dotar a la sanidad de los recursos que necesita, priorizándola en los presupuestos públicos.

Los nuevos planes no deberían centrarse únicamente en empresas farmacéuticas, sino considerar el conjunto de empresas en el sector de salud (empresas farmacéuticas, empresas de tecnología médica y de tecnología de la información).

Si el Gobierno español pusiera en marcha planes de refuerzo al desarrollo e innovación de las industrias de salud en España, esto no sería distinto a lo ya activado por Gobiernos de otros países de nuestro entorno. Tan recientemente como en diciembre de 2011, el Primer Ministro Británico anunció un plan de refuerzo a las industrias de salud británicas dotado con 180 millones de libras.⁷⁶ La iniciativa se llama *Life Sciences Strategy* y en su presentación el Primer Ministro, David Cameron, dijo:

“Podemos estar orgullosos de nuestro pasado, pero no podemos ser complacientes sobre el futuro. La industria está cambiando, no sólo año a año, sino mes a mes...”

“Quiero que los grandes descubrimientos de la próxima década se originen en laboratorios británicos y las nuevas tecnologías en start-ups británicas”

La balanza comercial ha sido tradicionalmente uno de los desequilibrios más importantes de nuestra economía. En el caso del sector farmacéutico y de tecnologías sanitarias, la balanza comercial sigue siendo negativa aunque con avances en el último año gracias al esfuerzo en internacionalización y diversificación de los mercados.

El déficit comercial farmacéutico se redujo en un 40% en 2010, debido

Otros Gobiernos europeos son muy activos en el estímulo al desarrollo de sus industrias de la salud

La balanza comercial está tradicionalmente desequilibrada a favor de las importaciones, tanto en la industria farmacéutica como de tecnología médica

⁷⁶ <http://mediacentre.dh.gov.uk/2011/12/05/govt-boost-to-uk-life-science-industry/> (consultado 11 febrero, 2012)

fundamentalmente, a un crecimiento del 12,8% de las exportaciones y una caída del 5,9% de las importaciones. La balanza comercial de tecnología sanitaria se situaría igualmente en

niveles negativos, manteniendo la línea de años anteriores. Por tanto, pese a los avances en comercio exterior, la balanza sigue siendo negativa en ambas industrias (Tablas 14 y 15).

Tabla 14.

Balanza comercial farmacéutica total 2010 (millones de euros). Variación 2009-2010.

	Importaciones	Variación 09/10 (%)	Exportaciones	Variación 09/10 (%)	Balanza comercial
Materias primas	409,83	-56,3	499,81	4,4	89,98
Productos farmacéuticos	11.074,02	-1,7	8.374,76	13,4	-2.699,26
*Medicamentos	8.727,50	-3,1	7.172,10	13,5	-1.555,40
Total	11.483,85	-5,9	8.874,58	12,80	-2.609,27

Fuente: Memoria Farmaindustria 2010 a partir de datos de Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Estadísticas del Comercio Exterior de España.

Nota: Los datos de 2010 son provisionales y corresponden a la agregación de los datos mensuales de la D.G.A.I.E. Sin embargo, los incrementos toman como base los datos consolidados de 2009, por lo que las variaciones resultantes han de valorarse con cautela.

Tabla 15.

Balanza comercial de tecnología sanitaria 2008-2010 (millones de euros).

	2008*	2009*	2010
Importaciones	3.782,40	3.768,81	4.385,00
Exportaciones	1.385,47	1.349,84	1.435,00
Balanza comercial	-2.396,93	-2.418,97	-2.950,00

Fuente: Memorias FENIN 2009 y 2010 a partir de datos de la Dirección General de Aduanas/Fenin. *Los datos de 2008 y 2009 corresponden al periodo enero-noviembre.

Implicaciones

- *Es imprescindible para el sistema sanitario contar con una industria sanitaria fuerte, capaz de competir internacionalmente y que contribuya a equilibrar la balanza de pagos y de manera indirecta, al desarrollo económico general del país.*
- *El Plan de Apoyo a la industria no es una forma de privilegiar al sector sino de contribuir a la recuperación económica general lo que revertirá en una salud pública de mayor calidad.*
- *El Plan de Apoyo debería contener iniciativas similares al Plan Profarma y al Plan Sectorial para la industria farmacéutica pero ampliado al sector de tecnologías sanitarias.*
- *Parte del compromiso del sector sanitario con el desarrollo económico –única forma de garantizar a la larga un servicio sanitario de calidad– es contribuir al equilibrio de la balanza de pagos de las industrias de la salud.*

8

Más pasos para la orientación hacia los crónicos

Una de las grandes reformas pendientes a acometer es el cambio desde un modelo centrado fundamentalmente en lo agudo, hacia un modelo con una mayor orientación a las patologías crónicas.

Se han dado pasos, pero la reorientación decidida del conjunto del sistema consiguiendo mayores niveles de integración y procesos reales centrados en la cronicidad es aún incipiente.

El camino está marcado, se conoce bien el problema y algunas de las soluciones. Las experiencias a nivel local son muy atractivas.

Los modelos implantados se basan en la segmentación de la población diana, la potenciación de la enfermería gestora de casos y la aplicación de plataformas que permitan la utilización de las tecnologías de la información para mejorar la interconexión entre pacientes y los diferentes agentes del sistema, así como garantizar un acceso personalizado a la información y asistencia incluso desde el propio domicilio.

Pero deben darse pasos adicionales si se aspira a dar respuesta eficaz a los retos que la tendencia de la cronificación de enfermedades y el envejecimiento nos plantean.

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

El actual modelo de atención a agudos no permite asumir los retos que plantea el fenómeno de la cronicidad. El rápido incremento de las enfermedades crónicas experimentado a nivel global, y su previsible evolución en los próximos años, justifica plenamente el cambio de modelo si se quiere dar una respuesta eficaz a la vez que sostenible a las necesidades de los enfermos crónicos y el envejecimiento, que ejercen la principal presión económica sobre el sistema.

El actual modelo de atención, orientado hacia los agudos, inadecuado para enfrentarse a los retos de la cronicidad

El cambio más relevante: la implicación de los pacientes en el tratamiento y seguimiento de su enfermedad

En otras palabras, un sistema orientado hacia los agudos, basado en contactos episódicos con los pacientes, no está adaptado para las necesidades de los crónicos. El multiplicar simplemente los contactos episódicos a lo largo de toda la duración de la enfermedad crónica como única respuesta, ni sería sostenible en términos económicos ni garantizaría la calidad de tratamiento de estas enfermedades.

Sin perjuicio de todos los demás componentes del cambio, el principal ha de ser la mayor implicación del paciente en el tratamiento de su enfermedad.

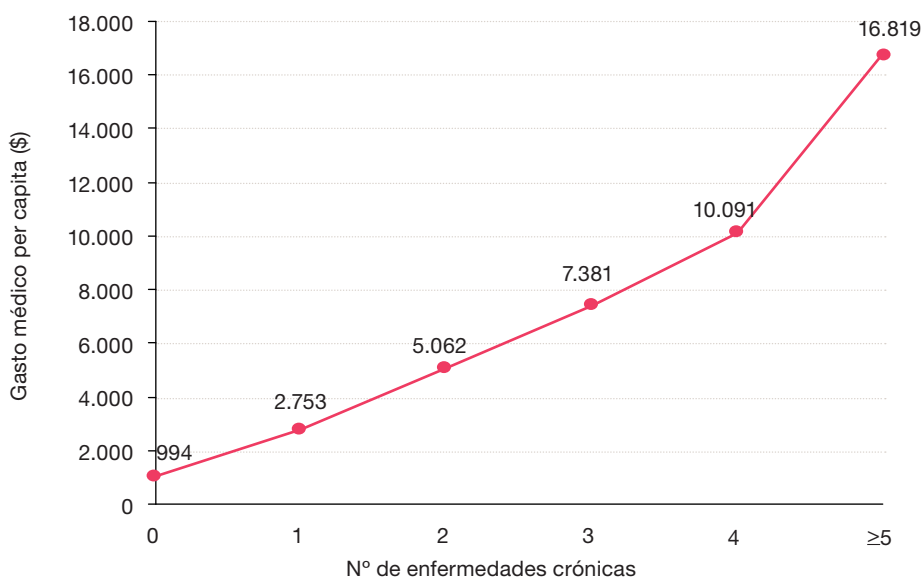
Según datos de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, el 60% de las muertes que se producen cada día en el mundo están relacionadas con enfermedades de tipo crónico que podrían prevenirse.⁷⁷

En cuanto a su impacto sobre los sistemas sanitarios, las enfermedades crónicas llegan a motivar el **80% de las consultas a atención primaria**, el 60% de los ingresos hospitalario; en total el 72% del gasto sanitario.⁷⁸ Se estima además que el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas es responsable de dos tercios del aumento del gasto sanitario actual. Los costes de los pacientes con más de una enfermedad crónica, se multiplican por seis respecto a los que sólo presentan una.

Se ha estimado que los costes de los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas es 17 veces superior al de pacientes que no padecen ninguna enfermedad crónica (Figura 18). Y la mayoría de las personas mayores tienen más de una enfermedad crónica.

El coste de los pacientes está en relación al número de enfermedades crónicas que padecen

Figura 18. **Gasto per cápita medio anual de pacientes con diferente número de enfermedades crónicas.**



Fuente. Anderson G. Chronic conditions: making the case for ongoing care. Baltimore: Johns Hopkins University, November 2007.

⁷⁷ Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Organización Mundial de la Salud. 2005.

⁷⁸ Jornadas "Políticas en salud: economía política del gasto sanitario", octubre de 2008. La normalización de un modelo disfuncional. R. Bengoa. Director de Kroniker. Observatorio sobre la Calidad y la Gestión de las Enfermedades Crónicas.

La prevalencia de las enfermedades crónicas, en rápido aumento

Y el ritmo de crecimiento va en aumento. La OMS prevé que en el período 2005-2015 las defunciones por enfermedades crónicas hayan aumentado un 17%, lo que significaría que el 64% de las defunciones se debieran a este tipo de enfermedades.⁷⁹

Constituyen por tanto un problema sanitario de primer nivel, con un alto impacto sobre calidad de vida, productividad y estado funcional de los pacientes, que por su magnitud pueden comprometer la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

El patrón de enfermedades ha cambiado, estamos ante la epidemia de la enfermedad crónica y la realidad es que los nuevos modelos de gestión del paciente crónico en España son aún experiencias locales, con carácter casi experimental.⁸⁰

Las consecuencias sobre el sistema sanitario del cambio epidemiológico y poblacional no son, sin embargo, un hecho inesperado. Se trata de gestionar un problema del que se tienen evidencias desde hace años, del que se conocen los datos y los riesgos.⁸¹

Las enfermedades crónicas presentan unos patrones comunes que las diferencian sustancialmente de las agudas más allá de la enfermedad crónica concreta: tienen causas múltiples y complejas, suelen aparecer de forma gradual, son más prevalentes en las edades avanzadas y requieren cuidados y atención médica de larga duración.⁸²

Las enfermedades crónicas tienen distintas necesidades de atención

Estas diferencias hacen que el tipo de intervenciones óptimas en los enfermos crónicos presente unas características y factores críticos de éxito diferentes de las intervenciones, que tradicionalmente han obtenido mejores resultados en enfermos agudos. Por tanto, el modelo actual presenta una serie de limitaciones que es preciso revisar, para afrontar el reto sanitario que supone la cronicidad.

Entre los elementos clave para la reorientación del sistema hacia la atención de enfermos crónicos se encuentran la identificación y estratificación de los pacientes con enfermedades crónicas, la definición de protocolos específicos, la potenciación de la figura del gestor de casos (con un refuerzo importante del papel de enfermería), el desarrollo de sistemas de seguimiento y monitorización a distancia, así como, por supuesto, una mucho mayor implicación del propio paciente en el tratamiento y seguimiento de su enfermedad.

El diseño de estrategias de atención a crónicos requiere una segmentación previa por tipo de paciente crónico (en la Figura 19 se recoge una representación del modelo propuesto por Kaiser Permanente con segmentación de los pacientes en tres niveles según el riesgo para el paciente y la gravedad de su condición), para cada uno de los cuales se establecen los mecanismos de actuación más adecuados, que prevengan los episodios de reagudización y que consecuentemente supongan una mejora en la calidad de vida del paciente y una mayor eficiencia.

Uno de los servicios clave en el enfoque de la patología crónica, es la integración en los equipos de atención primaria de **enfermeras de gestión de casos**. Las iniciativas dirigidas a la implantación de sistemas de crónicos en nuestro país prevén la creación de esta figura. Por ejemplo, la *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi* prevé enfermeras gestoras de casos o enfermeras de enlace que evaluarán las necesidades físicas y sociales de los pacientes y llevarán a cabo un plan de cuidados “para que las personas con patologías complejas tengan un proceso asistencial más suave”. En esta misma dirección, el Instituto Catalán de la Salud publicó en 2010 una **Guía de las enfermeras gestoras** de casos, orientando su cartera de clientes hacia

Estratificación de los pacientes, protocolos específicos, gestores de casos y sistemas de seguimiento a distancia, elementos claves de la orientación a crónicos

La segmentación es un prerequisite para abordar una correcta gestión de crónicos

Enfermeras de gestión de casos, una figura a impulsar

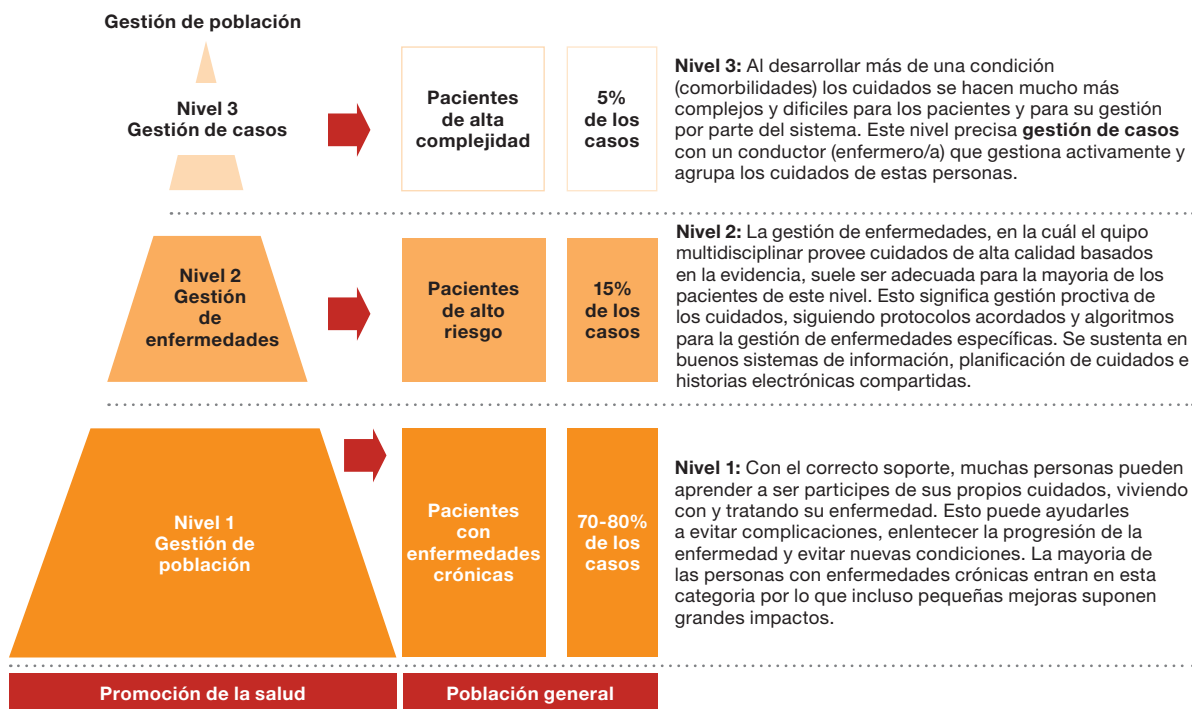
⁷⁹ Preventing chronic diseases a vital investment. World Health Organization 2005

⁸⁰ Declaraciones del Dr. Pedro Conthe, Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

⁸¹ Jornadas: “Políticas en salud: economía política del gasto sanitario”, octubre de 2008. La normalización de un modelo disfuncional. R. Bengoa. Director de Kroniker. Observatorio sobre la Calidad y la Gestión de las Enfermedades Crónicas.

⁸² Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Julio 2010.

Figura 19.
Segmentación de pacientes crónicos. Modelo pirámide de riesgo.



Fuente: Kaiser Permanente (KP). Health Maintenance Organization (HMO).

aquellos con un patrón definido de comorbilidad o pluripatología y características de complejidad.⁸³ El modelo de gestión de casos de Andalucía establece entre las funciones que deben asumir las enfermeras gestoras de casos en Atención Primaria el desarrollo y revisión de planes actuación específicos: protocolos, guías de práctica clínica y planes de cuidados, mantener actualizado los registros de personas susceptibles de recibir cuidados enfermeros en el domicilio o la mejora de la coordinación del equipo de Atención Primaria con la red social.⁸⁴

Sólo el uso intensivo de la tecnología permitirá una correcta orientación a crónicos

Otra de las claves del modelo es el **uso intensivo de la tecnología**, como canal para racionalizar y agilizar las interacciones entre el paciente y el sistema. La tecnología juega un papel fundamental en el éxito del modelo

Kaiser Permanente, siendo los sistemas de información y comunicación los que posibilitan la conexión entre los diferentes elementos del modelo (paciente, profesionales sanitarios y no sanitarios, profesionales asistenciales, etc.). Además de medios de comunicación tradicionales para la interacción con el paciente, **Kaiser Permanente** posee dos canales de información y comunicación: *Healthconnect* y *Panel Support Tool*. A través de *Healthconnect*, se puede acceder a recursos como guías de práctica clínica, experiencias y mejores prácticas o modelos de cuidados efectivos e innovadores. Permite además realizar algunos procesos asistenciales *on line*, como el envío de resultados al médico de parámetros medidos por el propio paciente de manera autónoma y la realización de consulta electrónica. *Panel Support Tool* permite gestionar el

⁸³ Unidades de atención a la complejidad clínica a los equipos de salud. Aplicación del modelo de gestión de casos en la atención primaria de Salud. Instituto Catalán de la Salud. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud 2010.

⁸⁴ Manual de la gestión de casos de Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en Atención Primaria. Febrero 2007.

seguimiento de pacientes crónicos, y medir el grado de cumplimiento por parte del paciente del plan de trabajo establecido para su patología por la figura del gestor de casos. En caso de detectarse que un determinado paciente no cumple su plan de trabajo, se pueden emitir alertas automáticas para recordarle las tareas pendientes. De esta manera se facilita que el paciente cumpla con sus tratamientos, consiguiéndose mejoras en su estado de salud y minimizando riesgos de recaídas e incluso ingresos hospitalarios.

TIC y la Telemedicina. Uno de los servicios a ofrecer por el CSSM es el **seguimiento a distancia de pacientes crónicos**.⁸⁵

La implantación de estrategias de gestión de crónicos debe aprovechar las capacidades del sistema actual pero introduciendo una serie de cambios de paradigma que complementen el modelo existente. En el contexto de la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, se han identificado como elementos clave para este cambio de modelo la atención a distancia, la atención continuada, proactiva en lugar de reactiva, integrada y basada en la prevención, curación, cuidado y rehabilitación (Tabla 16).

La gestión eficiente de los pacientes crónicos exige un modelo operativo eficiente, orientado a las necesidades específicas de los diferentes colectivos de pacientes y que **integre todos los**

El País Vasco, líder de la orientación a crónicos

Un ejemplo en esta dirección es el Centro de Servicios Sanitarios Multicanal (CSSM) del País Vasco. La plataforma tiene como objetivo **impulsar la transformación del Sistema Sanitario Público poniendo a disposición de los ciudadanos y pacientes distintos canales y mejorando la accesibilidad y universalidad de los servicios sanitarios** mediante la aplicación de las

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



⁸⁵ <http://osarean.blog.euskadi.net>. Consultado 30 enero, 2012.

niveles asistenciales del sistema sanitario y social. Este modelo debe alcanzar el equilibrio adecuado entre la **estandarización y protocolización** de las actuaciones y la **adecuación de las mismas a las singularidades** de cada caso concreto.

La implantación del modelo operativo requiere el desarrollo de nuevas habilidades y capacidades en los profesionales asistenciales y el uso de tecnologías y canales de comunicación innovadores, que permitan a estos profesionales centrarse en las tareas de

Tabla 16.

Elementos emergentes hacia un nuevo modelo para el Sistema Sanitario Vasco.

Elementos emergentes del nuevo modelo de orientación a crónicos

	Elementos actuales	Elementos emergentes
Accesibilidad	Presencial	A distancia
Producto	Servicios Sanitarios	Valor Salud
Arquitectura	Proveedor-céntrica	Ciudadano-céntrica
Calidad	De servicio y de gestión	Sistémica
Modelo de atención	Episódico	Continuo y coordinado
	Reactivo	Proactivo
	Hospitalocéntrico	Integrado
Propuesta de valor	Accesibilidad	Salud
	Centrado en la atención	Prevención, Curación, cuidado y rehabilitación

Fuente: Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Julio 2010.



máximo valor añadido para el paciente. Todos estos imperativos, convierten las iniciativas de este tipo en todo un reto, tanto a nivel organizativo como de gestión del cambio.

Las evidencias disponibles sobre el impacto de la introducción de estrategias de gestión de cuidados crónicos son aún heterogéneas, por lo que las generalizaciones deben realizarse con precaución. Con estas consideraciones previas, se considera que las estrategias de atención a crónicos pueden suponer una aportación significativa a la mejora de la eficiencia del sistema, fundamentalmente, a través de la prevención de ingresos innecesarios de pacientes complejos, generación de ahorros a través de la reducción del número de re-ingresos evitables, reducción de la utilización de servicios de manera presencial, las derivadas de intervenciones educativas orientadas a la autogestión o la menor utilización de urgencias. Por ejemplo, entre los pacientes crónicos gestionados de forma más intensa e individualizada, se ha descrito un descenso en ingresos hospitalarios de entre el 21% y el 48 %⁸⁶.

El cambio de modelo de atención a crónicos mantiene ciertos paralelismos con el sistema de atención a la dependencia, que por la magnitud del

problema y su impacto en la sostenibilidad del sistema requiere igualmente una reflexión en profundidad.

En esta línea, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia pretendía contribuir a la sostenibilidad de los presupuestos públicos sobre todo sanitarios y de cuidados de larga duración. Sin embargo, cinco años después no se ha desarrollado totalmente. Para el desarrollo futuro del sistema de atención a la dependencia es clave la **reorganización y coordinación de la atención social y sanitaria** (articulada a través de una Agencia de la Dependencia prevista en la Ley). Para una óptima ordenación del sistema es clave la **reorganización de la asistencia hospitalaria y de la media y larga estancia**. Esto conlleva la necesidad de definir de forma precisa la correcta asignación de pacientes a cada tipo de centro en función de sus necesidades. Además de mejorar la calidad general de la asistencia, esta reorganización tendría un alto impacto en costes, puesto que, por ejemplo, se estima que el **coste de una cama en hospital de agudos es cinco veces superior a la de una plaza de carácter sociosanitario, que a su vez tiene un coste dos veces superior a una plaza residencial**.⁸⁷

La reorganización de la asistencia hospitalaria de media y larga estancia, un tema pendiente

⁸⁶ Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Julio 2010.

⁸⁷ Reflexiones para una mejora organizativa de la Atención Social y Sanitaria. Fundación Edad&Vida.

Implicaciones

- *Un punto crítico para garantizar la sostenibilidad del sistema y dar respuesta al cambio de patrón epidemiológico hacia la cronicidad de las enfermedades es avanzar en la generalización de estrategias de atención a crónicos que supongan un cambio del modelo general de asistencia.*
- *Esto requiere cambios, fundamentalmente de tipo organizativo, y la sincronización de políticas en el área de la Salud Pública y sociosanitaria, y en particular una gran implicación de la Atención Primaria y un nuevo rol de la enfermería.*
- *La identificación y desarrollo de innovaciones en la gestión de enfermedades crónicas debe ser una prioridad estratégica. Los principales países de nuestro entorno cuentan con marcos estratégicos en esta dirección. En el caso de las enfermedades crónicas, los avances que se realicen a nivel de organización de los servicios, combinado con la aplicación de tecnologías, de la información pueden contribuir de forma decisiva a prolongar y mejorar la calidad de vida de los pacientes.*
- *Las iniciativas a pequeña escala a nivel de Comunidades Autónomas permiten ir avanzando en la implantación de modelos de crónicos, permitiendo identificar y generalizar casos de éxito, demostrando los beneficios para el sistema.*
- *Los cambios deben ir dirigidos a implantar herramientas que permitan el seguimiento continuo de los pacientes, a través de profesionales especializados en gestión de casos, que faciliten la información personalizada y una participación más activa de los pacientes en el manejo de su enfermedad.*
- *La multidisciplinariedad y la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales (Atención Primaria-Especializada-Sociosanitaria) es clave en el cambio de modelo, para fomentar la gestión de sistemas integrados de salud y la continuidad de cuidados.*
- *En esta línea, es fundamental la aplicación de tecnologías de la información, que permitan al paciente tener acceso de manera continua a servicios de apoyo por parte del sistema y a los profesionales realizar una labor de monitorización y seguimiento de la evolución del paciente. La implantación de la historia clínica electrónica como herramienta de coordinación y continuidad de la asistencia es fundamental.*

9

Un mayor esfuerzo en Salud Pública

En contextos de crisis económicas la importancia de la puesta en marcha de políticas de salud pública se hace aún más patente.

Su principal objetivo es la mejora del estado de salud general, pero además se ha demostrado su valor desde una perspectiva coste-efectividad, suponiendo una importante contribución al mantenimiento de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, reduciendo la incidencia de enfermedades con gran impacto económico.

La aplicación de estrategias de Salud Pública requiere abordajes transversales, con implicaciones en “todas las políticas”, con el objetivo de lograr la participación de un amplio abanico de actores para maximizar su impacto.

La obesidad es considerada por la OMS como la pandemia del siglo XXI con graves consecuencias para la salud.

La obesidad es un importante factor de riesgo en enfermedades como las respiratorias y cardíacas, la diabetes tipo 2, la hipertensión, algunos tipos de cáncer, así como de muerte prematura. La obesidad empieza a ser considerada como el *new smoking*, por su influencia como factor de riesgo en determinados tipos de cáncer, impacto que se considera mayor incluso que el del tabaco.

El de la obesidad es quizá uno de los ejemplos de mayor relevancia y en el que las iniciativas de Salud Pública pueden tener mayor impacto positivo, pero por supuesto no el único.

Las políticas de salud sobrepasan el sistema sanitario e implican a todo el Gobierno y toda la sociedad

Aspectos como el entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe, de los alimentos que se comen, los animales con los que convivimos, el ejercicio físico que se realiza o el entorno social y medioambiental de las personas, son **todos ellos factores que determinan la salud**.⁸⁸ Por tanto, las acciones de gobierno, a cualquier nivel, las intervenciones públicas o privadas, tienen, en mayor o menor grado, repercusiones sobre la salud. De ahí que el enfoque de la Salud Pública actual se dirige a conformar acciones que rebasan el ámbito de los servicios sanitarios y requieren, por tanto, nuevas formas de organización y coordinación.⁸⁹ Los servicios sanitarios y sociales **sólo serán sostenibles** si aseguramos para nuestra población los mejores niveles de salud y autonomía posibles en todos los tramos de la vida y con la garantía de la máxima igualdad.

El denominado Informe Lalonde, de 1974, estableció como los cuatro determinantes de la salud la **biología, el entorno y estilos de vida**, que definen hasta el 90% del estado de salud de una persona, y el **sistema sanitario, que respondería sólo por un 10-11%**. Por tanto, ante el actual problema de sostenibilidad del sistema, parece clara la necesidad de centrar el foco en políticas que actúen también sobre el resto de determinantes.⁹⁰

Sin embargo, los sistemas públicos de salud se han orientado tradicionalmente y siguen haciéndolo en la actualidad, en torno al eje de la curación de enfermedades y de la prevención clínica más que a la atención primaria y la promoción de la salud.

Y esta situación se refleja también en los presupuestos. En 2009, el gasto medio en servicios de prevención y salud pública de los países incluidos en las comparativas de la OCDE⁹¹, representa el 3,2% de su gasto sanitario total. Según estos datos, España se situaría por debajo de este nivel, con un

El sistema sanitario es sólo un determinante, y no el más importante, del estado de salud



⁸⁸ y ⁸⁹ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

⁹⁰ Diario Médico 28/11/2011.

⁹¹ OECD Stat. Health Expenditure and Financing: Health expenditure by function.

España, en un nivel bajo de gasto orientado a prevención y salud pública

2,6% de su gasto sanitario total dedicado a servicios de prevención y salud pública.

En términos comparativos, el gasto en servicios de salud pública representó en 2009, un 1,7% del gasto sanitario público total, frente al 55,5% que supone la atención especializada (hospitalaria y ambulatoria), el 19,1% del gasto farmacéutico y el 15,4%, a la atención primaria (Figura 20).⁹²

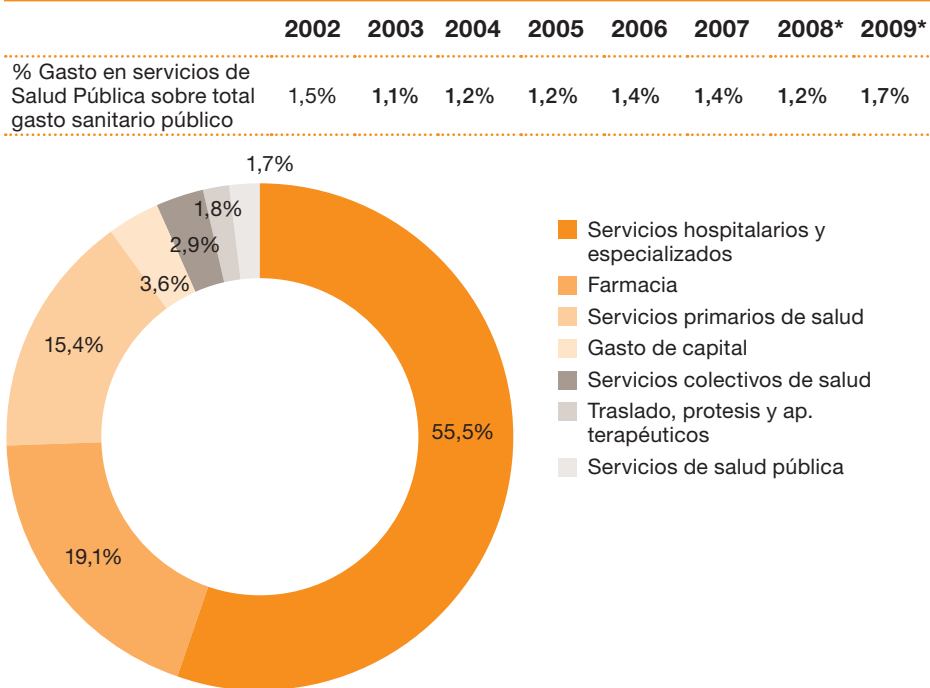
Estimaciones de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), sitúan el gasto en salud pública según presupuestos 2010 de las Administraciones Públicas Autonómicas en torno al 1,3%.⁹³

Sin embargo, el actual contexto de crisis económica y las crisis sanitarias de los últimos años han reactivado el

interés por la Salud Pública y las estrategias de prevención como palanca para conseguir aumentar el estado de salud de la población y contribuir a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

En EEUU se está empezando experimentar, especialmente en algunos estados del sur, una reducción de la esperanza de vida tras años de mejora. El impacto sobre la esperanza de vida de la población conseguida a través de estrategias de prevención es probablemente mucho mayor que cualquier estrategia puramente asistencial. Por tanto, ante una situación de reducción de esperanza de vida, causada fundamentalmente por factores como la obesidad o el tabaco, estas estrategias se hacen especialmente necesarias.

Figura 20. **Evolución del porcentaje de gasto sanitario público total dedicado a Salud Pública 2002-2009 y Clasificación funcional gasto público 2009.**



Fuente: Cuenta satélite del Gasto Sanitario Público. Serie 2002-2009. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). MSPSI. *Cifras provisionales

⁹² Estadísticas de gasto sanitario público 2002-2009.

⁹³ Salud pública y sistema sanitario. Informe SESPAS 2010.

Esfuerzos orientados a las dos principales amenazas: obesidad y tabaco

Los esfuerzos deben centrarse en las dos principales amenazas para la salud: el tabaco y la obesidad. Otros de los elementos en los que centrar estrategias de prevención son las estrategias de detección temprana de los cánceres más frecuentes, la realización de pruebas genéticas para la detección de predisposición a enfermedades y el cuidado de articulaciones y huesos, fundamentalmente a través del ejercicio. Ante el desarrollo y la previsible llegada en los próximos años de nuevas herramientas de medicina personalizada se podría empezar a hablar de **programas preventivos personalizados**, en los que se contemple tanto la historia familiar como los resultados obtenidos en pruebas genéticas, la dieta y otros hábitos de vida.⁹⁴

Los programas preventivos personalizados, la concreción de la medicina personalizada en la salud pública

El conocimiento sobre los factores que determinan la salud y el papel de los determinantes sociales han puesto de manifiesto la necesidad de diseñar estrategias que implique a todos los agentes relevantes en la generación de salud, lo que se ha concretado en el lema “**Salud en todas las políticas**”, que en muchas regiones del mundo inspira la acción intersectorial y transversal de las políticas de salud y la integración de políticas públicas y privadas de toda índole.⁹⁵

Los retos de la salud pública requieren cambios institucionales y organizativos

En las sociedades complejas, globalizadas y fragmentadas de hoy, la Salud Pública depende estrechamente de la cooperación entre las distintas unidades administrativas, políticas y económicas.⁹⁶ Para abordar este reto son necesarios cambios en modelos institucionales y organizativos, que debe involucrar a diferentes actores y construir alianzas entre diferentes agentes. Algunas experiencias en países de nuestro entorno pueden aportar claves para abordar estos retos. Por ejemplo, en Canadá se creó en 2004 la *Public Health Agency of Canada*, vinculada al sistema sanitario pero a la vez separada del mismo, que colabora con todos los niveles

de gobierno (provincial, territorial y municipal). Los distintos niveles trabajan de manera coordinada en el seguimiento y monitorización de amenazas, definición de aspectos regulatorios, aspectos de formación para la salud y el establecimiento de políticas de Salud Pública. Para el desarrollo de funciones asignadas a esta agencia se creó, un año después, la *Pan-Canadian Public Health Network*. La red está formada por seis grupos de expertos de diferente perfil cuya misión es preparar y desarrollar acuerdos intergubernamentales en salud pública.⁹⁷

Otro modelo de posible aplicación es el sistema sueco, modelo muy descentralizado con coordinación de diferentes actores, públicos y privados y organizado en once áreas de objetivos que cubren los determinantes de salud más importantes para la población sueca. En este caso juegan un papel destacado los municipios que cuentan con un consejo de salud pública y un coordinador en esta área. La Red de Ciudades saludables (creada en 2004) actúa como apoyo a los municipios en el desarrollo de políticas locales de salud pública.

Es preciso continuar impulsando estrategias y políticas intersectoriales de manera activa para avanzar en la implantación de la salud en todas las políticas. En España, un ejemplo de ello es la **Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención (NAOS)**. Se trata de una iniciativa impulsada desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física. La Estrategia

La Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención (NAOS), una iniciativa muy relevante

⁹⁴ 2030. The Future of Medicine. Avoiding Medical Meltdown. Oxford University Press. Richard Barker. 2010.

^{95 y 96} La Salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010. Gac. Sanit. 2010; 24 (Suppl 1):7-11.

⁹⁷ Salud en todas las políticas. El País. 24/06/2008.



NAOS ha servido como plataforma de todas las acciones que ayuden a la consecución de sus objetivos, integrando los esfuerzos y la participación más amplia posible de todos los componentes de la sociedad, Administraciones Públicas, expertos en el tema, empresas del sector privado, consumidores, y toda la población. De este modo, se ha conseguido llegar a influir en diferentes ámbitos como la familia, el entorno escolar, el mundo empresarial y el sistema sanitario.

La Estrategia de Salud Pública, prevista en la Ley de 2011

En esta misma dirección, la **Ley de Salud Pública**⁹⁸, aprobada en septiembre de 2011, plantea que las actuaciones dirigidas a la mejora de la salud deben ser un tema transversal incorporado en todas las políticas. Para ello, establece una **Estrategia de Salud Pública** que definirá las áreas de actuación sobre los factores condicionantes de la salud y que aprobará el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, así como los ámbitos de la Salud Pública en los que, por su especial incidencia en el conjunto de la población, sea especialmente relevante fomentar y promover la investigación.

Impulso a un Centro Estatal de Salud Pública

La ley prevé además la creación de un **Centro Estatal de Salud Pública**, encargado del asesoramiento técnico y la evaluación de intervenciones en salud pública en el ámbito de la Administración

General del Estado. Como órgano de coordinación, corresponderá al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la Comisión de Salud Pública, asegurar la cohesión y calidad en la gestión de los sistemas de vigilancia y en las políticas en este ámbito.

Será necesario además articular la coordinación entre los diferentes organismos con competencia en el ámbito de Salud Pública, teniendo en cuenta además las políticas y prioridades a nivel europeo y continuar avanzando en la línea de trabajo de las actuales Estrategias en Cardiopatía Isquémica o la Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud. El **Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)**, con funciones de Salud Pública en toda la UE y Estados miembros, y el Instituto de Salud Carlos III completan el panorama de agentes que deben desarrollar actuaciones coordinadas en este ámbito.

Y es el ámbito de la obesidad uno de los más acuciantes problemas de salud pública a nivel mundial. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado la obesidad como la **pandemia del siglo XXI**. En tres décadas –entre 1980 y 2008– la prevalencia de la obesidad se ha duplicado en el mundo y, en la actualidad, **más de una de cada 10**

La obesidad, la pandemia del siglo XXI

⁹⁸ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

personas la padece. En total, 502 millones de ciudadanos en el planeta (205 millones de hombres y 297 millones de mujeres) son obesos.⁹⁹

El sobrepeso, un problema relevante en nuestro país

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que el **65% de los españoles tiene sobrepeso** (dos de cada tres), mientras que en 1998 rondaba el 35%.¹⁰⁰ La obesidad, al igual que el colesterol o la hipertensión, ya no son únicamente problemas de Occidente o de las naciones ricas. Entre las naciones ricas, **EEUU tiene el mayor IMC (índice de masa corporal), indicador utilizado para el cálculo de la obesidad para ambos sexos.** Le sigue en este ranking Nueva Zelanda, mientras que en el lado opuesto, **Japón es el país con menor IMC.**¹⁰¹ Según muestra este mismo estudio, España presentaba en 2008 un IMC medio de 27,5 para los varones y de 26,3 para mujeres, por encima en ambos casos de la media mundial, que sitúa este índice en 23,8 para ellos y 24,1 para ellas.

La obesidad infantil, un problema especialmente preocupante en España

Y los datos son aún más preocupantes si hablamos de **obesidad infantil.** Según revela el estudio ALADINO (estudio realizado por la Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición, AESAN) y presentado en junio de 2011, aunque el exceso de peso en la población infantil española se ha estabilizado en los últimos diez años, **afecta al 45,2% de los niños y niñas con edades comprendidas desde los 6 hasta los 9 años (26,1% corresponde a sobrepeso y el 19,1% a obesidad).**

Según datos de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, solo un 25% de los estados pertenecientes a la Región europea de la OMS disponen de datos de prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, basados en mediciones objetivas. Para corregirlo, la OMS coordina una iniciativa para la vigilancia de la obesidad infantil en Europa (*WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI*), con la implicación de 17 países, que deben aplicar la misma metodología para

facilitar la comparabilidad de la información entre los diferentes países. Datos preliminares de este estudio, publicados en 2010, indicarían que de media el 24% de los niños entre 6 y 9 años en los países incluidos en el estudio tienen sobrepeso u obesidad.

Muestra de la prioridad que la Comisión Europea (CE) otorga a la salud pública es el hecho de que un 21% (unos 93 millones de euros) del actual proyecto de presupuesto para Sanidad de la CE para el período 2014-2020, se destinará a la promoción de hábitos saludables y a la lucha contra factores de riesgo para muchas enfermedades como el tabaco, el abuso del alcohol y la obesidad.¹⁰² Según datos de la Alianza europea por la salud pública (EPHA), el 77 % de las enfermedades se podría prevenir si se aplicaran todas las mejoras tecnológicas disponibles.

Algunos expertos están acuñando el término *new smoking* para referirse a la obesidad en relación a su importancia como factor de riesgo de padecer cáncer. Según el *National Cancer Institute* de Estados Unidos, padecer obesidad puede incrementar el riesgo de sufrir cáncer de colon, cáncer de mama postmenopáusico, de endometrio, de riñón y esófago y cuando se aparece a inactividad física, puede ser considerado responsable del 25-30% de los casos de estos tipos de cáncer. La obesidad se relaciona también con otros tipos de cáncer como el de hígado, vesícula biliar, páncreas y ovario. Según las mismas fuentes, el tabaco sería responsable del 37,5% de las muertes por cáncer en hombres y del 22,8% en mujeres, pero con impacto centrado fundamentalmente en cáncer de pulmón. Si no se considera los casos de cáncer de pulmón, el tabaco sería causante del 12% de las muertes por cáncer en hombres y el 6% en mujeres. Por tanto, excluyendo el importante impacto que el tabaco tiene sobre el cáncer de pulmón, la obesidad se perfila como un factor de riesgo de similares repercusiones que el tabaco y en un abanico mayor de tipos de cáncer.¹⁰³

La obesidad y su relación con el cáncer

⁹⁹ El mapa global de la obesidad. El Mundo. 04/02/2011.

¹⁰⁰ ABC. 13/12/2010.

¹⁰¹ Finucane et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. The Lancet, Volume 377, Issue 9765, Pages 557 - 567, 12 February 2011.

¹⁰² Expansión 9/11/2011.

¹⁰³ Los Angeles Times 07/03/2011.

España, aún por encima de la media europea en porcentaje de fumadores

En lo que respecta al tabaco, y pese a la reducción del número de fumadores experimentado en los últimos años, España se encuentra aún por encima de la media europea. Según datos del último Eurobarómetro (Tabla 17), el porcentaje de fumadores en España en 2009 se situaba en el 35% (frente al 34% de 2006), mientras que en la UE la tasa ha bajado del 32% al 29% con respecto a 2006. En los 30 países estudiados (los 27 de la UE, Turquía, Croacia y Macedonia),

los porcentajes varían del 42% de Grecia al 16% de Suecia. España, con el 35%, ocupa el sexto lugar de la lista. Por tanto, el mantenimiento de niveles relativamente elevados de tabaquismo combinado con alta prevalencia de obesidad apoya la necesidad de implantar medidas de salud pública específicas para el control de estos factores de riesgo en enfermedades como el cáncer o enfermedades cardiovasculares.¹⁰⁴

Tabla 17.
Porcentaje de fumadores* en países de la UE27, Turquía, Croacia y Macedonia. Evolución respecto a datos 2006.

	2.006	2.009	Diferencia 2006-2009	
Grecia	42%	42%	-	
Bulgaria	36%	39%	3	▲
Hungría	36%	38%	2	▲
Turquía		37%	na	
Macedonia		37%	na	
Letonia	36%	36%	-	
España	34%	35%	1	▲
Austria	31%	34%	3	▲
Francia	33%	33%	-	
Polonia	35%	33%	-2	▼
Croacia	33%	33%	-	
Estonia	33%	32%	-1	▼
Chipre	31%	32%	1	▲
Irlanda	29%	31%	2	▲
Bélgica	26%	30%	4	▲
Lituania	34%	30%	-4	▼
Rumania	31%	30%	-1	▼
EU	32%	29%	-3	▼
Dinamarca	32%	29%	-3	▼
Reino Unido	33%	28%	-5	▼
República Checa	29%	26%	-3	▼
Italia	31%	26%	-5	▼
Malta	25%	26%	1	▲
Eslovenia	25%	26%	1	▲
Alemania	30%	25%	-5	▼
Luxemburgo	26%	25%	-1	▼
Holanda	29%	24%	-5	▼
Portugal	24%	23%	-1	▼
Eslovaquia	26%	21%	-5	▼
Suecia	18%	16%	-2	▼

*Resultados correspondientes a la pregunta ¿En relación a cigarrillos, puros o pipa en qué categoría se incluiría usted fumador, exfumador, o nunca he fumado?

Fuente: Eurobarómetro. Tabaco. Mayo 2010.

¹⁰⁴ El País. 29/05/2010 sobre datos del Eurobarómetro 2010.



Implicaciones

- *Es en recursos hacia la Salud Pública, donde posiblemente haya que centrar los esfuerzos económicos en los próximos años.*
- *La línea general de trabajo está orientada a superar los meros esfuerzos en campañas generales para avanzar hacia los planes de prevención personales, en otras palabras, llevar los conceptos de medicina personalizada al ámbito de la salud pública.*
- *El desarrollo de la Ley de Salud Pública, el Centro Estatal de Salud Pública y de la Estrategia de Salud Pública serán claves para coordinar y articular la implantación de políticas de salud pública.*
- *La obesidad continuará siendo una de las principales áreas de actuación por su relevancia como factor de riesgo en múltiples enfermedades, en especial en determinados tipos de cáncer que han llevado a definir esta patología como el “new smoking”, en relación a su impacto sobre el cáncer y la potencial aplicación de iniciativas similares a las desarrolladas desde hace años en el ámbito del tabaquismo.*
- *Son necesarias estrategias de amplio alcance, transversales, con implicación de múltiples sectores. La aplicación de iniciativas similares a la estrategia NAOS permitiría dar pasos en esta dirección.*

10

Revisión de la cartera de servicios

En momentos de crisis se hace necesaria una revisión en profundidad de las actuaciones, que permita mejorar la gestión y lograr mayores niveles de eficiencia.

Entre las cuestiones a revisar se ha planteado la necesidad de reevaluar la actual cartera de servicios del SNS.

Desde el Gobierno se propone la elaboración de una cartera básica de servicios, en estrecha colaboración con las Comunidades Autónomas y a través de una Ley de Servicios Básicos.

Aunque hay que esperar al desarrollo de esta Ley para analizar su alcance, se propone, siguiendo el esquema de los Reales Decretos que actualmente regulan la cartera de servicios, introducir conceptos como un nuevo esquema para la futura Ley de Servicios Básicos. Este esquema debe incluir, además de las prestaciones sanitarias básicas facilitadas por el SNS y aquellas cuyo importe ha de reclamarse a terceros, prestaciones sanitarias que no forman parte de la cartera básica, pero que están sujetas a un seguro voluntario subvencionado, así como un listado de prestaciones que puedan ser establecidas como complementarias por las Comunidades Autónomas.

El momento actual requiere la revisión de la cartera del SNS

Los momentos de crisis económica y la necesidad de afrontar “recortes” requieren la revisión de las actuaciones, en busca de una mayor eficiencia y optimización de los recursos. Uno de los ámbitos que se somete a reevaluación es el de la cartera de servicios del sistema sanitario.

La actual cartera de servicios del SNS está regulada a través de dos Reales Decretos. El primero de ellos (**Real Decreto 63/1995, de 20 de enero**, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud) contemplaba prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad, la asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a terceros obligados al pago, y las prestaciones sanitarias no financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria.

La actual cartera de prestaciones, regulada por el RD 1030/2006

El **Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre** actualizó la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. En este caso se contemplaba,

además de una cartera de servicios comunes, una cartera de servicios complementaria establecida por las propias Comunidades Autónomas.

La cartera de servicios comunes establecida en esta norma pretendía garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. Los servicios incluidos en dicha cartera “no tenían la consideración de mínimos, sino de **básicos y comunes**; es decir, los fundamentales y necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud”.¹⁰⁵ Se pretendía, por tanto, establecer un paquete de servicios sanitarios común muy amplio para todos los ciudadanos, en condiciones de igualdad efectiva, con independencia de su lugar de residencia.

Se establecía, además, que las Comunidades Autónomas podrían elaborar sus propias carteras de servicios que, como mínimo, debían incluir la común del Sistema Nacional de Salud. Se contemplaba también la posibilidad de que los Servicios de Salud que no pudieran ofrecer determinadas

La actual cartera contempla dos categorías: servicios básicos y comunes, para todo el SNS, y una cartera de servicios complementaria, establecida por las Comunidades Autónomas



¹⁰⁵ Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. Textos legales 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.

El RD 1030/2006 recoge, por primera vez, las prestaciones en Salud Pública como propias del SNS

prestaciones establecieran mecanismos de coordinación con otros Servicios de Salud que las facilitaran.

Aunque el RD 1030/2006 supuso un avance en el grado de concreción de las prestaciones, el grado en el que se detallan las prestaciones es variable. Mientras se llega a un gran desarrollo en prestaciones como la ortoprotésica o la de productos dietéticos se proporciona una descripción más genérica en el caso de los servicios de atención especializada, para los que se señalan las exclusiones y se acotan indicaciones para clarificar si determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos se hallan incluidos o no entre las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Se recoge además por primera vez la Salud Pública entre las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (aunque no como nuevas prestaciones sino recogiendo aquellas que se venían prestando).

Sobre la base de la potestad recogida en el Real Decreto de que las Comunidades Autónomas podrían incorporar prestaciones complementarias, ha habido una auténtica proliferación de normativas comunitarias para ampliar la cartera común del SNS (recogida en la Tabla 18).

Para poder dar respuesta a los avances tecnológicos y las necesidades cambiantes de la población cubierta, se preveía la necesidad de actualización continua de la cartera de servicios comunes y se establecían las bases del procedimiento para actualizar su contenido. Se establecía un procedimiento de evaluación previa a la inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, que garantizara la seguridad, eficacia, eficiencia y también la sostenibilidad e impacto organizativo en el conjunto del sistema y de aplicación a las técnicas, tecnologías o procedimientos relevantes, definiendo las características que debían reunir estas técnicas/tecnologías y procedimientos para ser considerados como tales. Estas características son:

1. Representar una aportación sustancialmente novedosa a la prevención, al diagnóstico, a la terapéutica, a la rehabilitación, a la mejora de la esperanza de vida o a la eliminación del dolor y el sufrimiento.
2. Ser nuevas indicaciones de equipos o productos ya existentes.
3. Requerir para su aplicación nuevos equipos específicos.
4. Modificar de modo significativo las formas o sistemas organizativos de atención a los pacientes.
5. Afectar a amplios sectores de población o a grupos de riesgo.
6. Suponer un impacto económico significativo en el Sistema Nacional de Salud.
7. Suponer un riesgo para los usuarios o profesionales sanitarios o el medio ambiente.

Para incorporar nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera de servicios comunes o excluir los ya existentes, es necesaria su evaluación por el Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁰⁶ a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con otros órganos evaluadores propuestos por las Comunidades Autónomas.

Se define además la **Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación**, con representación de los responsables de la cartera de servicios en el Ministerio de Sanidad y Consumo, Comunidades Autónomas, Instituto de Gestión Sanitaria y Mutualidades de Funcionarios, así como otras unidades del Ministerio cuyas competencias tienen relación con las diferentes prestaciones ofertadas en la cartera de servicios. Dicha Comisión constituye el mecanismo para articular la participación de las

Se establece un procedimiento de actualización de la cartera del SNS

¹⁰⁶ Actualmente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tabla 18.

Servicios incorporados a la cartera básica de servicios por Comunidades Autónomas.

Comunidad Autónoma	Servicios incorporados a la cartera básica. Atención primaria	Servicios incorporados a la cartera básica. Atención hospitalaria
 Andalucía	Salud bucodental para niños hasta 16 años. Salud bucodental para deficientes mentales. Podología para diabéticos. Control retinopatía diabética. Tratamiento anticoagulante oral. Exámenes de salud a mayores de 65 años. Cirugía menor. Atención a cuidadoras de discapacitados. Gestión de casos enfermería. Fisioterapia en sala y a domicilio.	Ciertos medicamentos excluidos de la financiación del Real decreto 1663/1998 cuando hayan sido prescritos por facultativos adscritos al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Prestación ortoprotésica. Exención de aportación siempre que el precio de venta sea inferior igual al importe máximo que recoge el Catalogo General de Ortoprotésica. Cirugía de cambio de sexo. Disponibles los informes que justifican su necesidad y el importe de las actuaciones.
 Asturias	Servicio de atención a la obesidad infantil. Servicio de atención a trastornos por déficit de atención. Servicio a personas con dolor musculoesquelético. Servicio de atención a personas con asma bronquial en adultos. Servicio de atención a personas con cardiopatía isquémica. Servicio de atención a personas cuidadoras. Servicio de detección y atención a trastornos de ansiedad.	
 Aragón	Programa de salud bucodental para niños de 6 a 16 años desde 2005.	
 Baleares	Anticoagulación oral en AP. Intervención avanzada individual y grupal para la deshabituación tabáquica PADI (Programa de atención dental infantil)	Prestación de transporte regulada en el decreto 40/2004, de 23 de abril. Prestación en materia farmacéutica regulada en el Decreto 96/2008 de día 19 de septiembre en el cual se regula prescripción y dispensación en los centros asistenciales del servicio de Salud en las Illes Balears de los medicamentos de intercepción postcoital.
 Canarias	Ampliación de la cartera de atención a la salud bucodental Detección y abordaje de la violencia de género en el ámbito doméstico Continuidad de cuidados en atención domiciliaria	Prestación de oxígeno en el domicilio del paciente, la tramitación y abono de aparatos ortoprotésicos y silla de ruedas además de tramitación y abono de intervenciones, consultas y tratamientos en centros privados.
 Cantabria	No	
 Castilla-La Mancha	Salud bucodental Atención podológica Valoración oftalmológica	
 Castilla y León	Atención al cuidador Atención al adolescente Atención al niño con asma Atención al bebedor de riesgo Deshabituación tabáquica Atención a la demencia Atención a la violencia de género Actividades prevención adulto Ampliación cobertura odontológica Incontinencia urinaria en mujeres menopáusicas Consulta al joven en su ámbito Ecografías en atención primaria	
 Cataluña	Odontología desde el inicio de la reforma	Prestaciones ortoprotésicas Terapias respiratorias a domicilio Tratamientos con productos terapéuticos complejos Transporte sanitario
 Comunidad Valenciana	La cartera de servicios comunes y la de específicos de la comunidad está detalladas en la siguiente dirección de internet: www.san.gva.es/cas/ciud/homeciud	Prestaciones ortoprotésicas Oxigenoterapia a domicilio Tratamientos no sanitarios y dietas Reintegro de gastos por asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital atendida fuera del SNS
 Extremadura	Plan de atención dental infantil (PADlex) Plan de atención dental al discapacitado intelectual (PADDI) Plan de atención dental a las embarazadas	
 Galicia	Odontología (obturaciones y tartrectomía)	
 Madrid	La cartera de servicios de AP de la Comunidad de Madrid recoge todas las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social que recoge el RD 10030/2006 de 15 de septiembre que establece la cartera de servicios comunes del SNS en su anexo II	
 Navarra	PADI desde 6 a 18 años (programa de atención dental infantil) Fármacos para dehabituación tabáquica	
 La Rioja	Anticoagulación Telecardio Tabaco: prevención y tratamiento	

Fuente: Informe Desarrollo Autonómico, Competitividad y Cohesión Social en el Sistema Sanitario. Consejo Económico y Social (CES). Número 01/2010. A partir de datos del Ministerio de Sanidad y Política Social, Oferta de servicios de atención primaria, 2008 y elaboración propia.

administraciones implicadas en la protección de la salud en la definición y actualización de las prestaciones y la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Voluntad del Gobierno de actualizar la cartera de servicios, a través de una Ley

Sin embargo, parece existir una voluntad del Gobierno en reevaluar la actual cartera de servicios del SNS. De hecho, fue uno de los puntos anunciados por el nuevo Presidente del Gobierno en su discurso de investidura. En concreto, se propone la elaboración de una cartera básica de servicios en estrecha colaboración con las Comunidades Autónomas, a través de una **Ley de Servicios Básicos**. De concretarse, supondría un aumento de rango de la actual normativa de la cartera de servicios. En esta primera referencia a la nueva ley, se apuntó su vinculación a las disponibilidades financieras, anunciándose que “permitirá asegurar la financiación de los recursos necesarios para garantizar la prestación de estos servicios y que éstos sean asignados eficientemente” y que a su vez exigirá que las “administraciones distingan en sus presupuestos los gastos correspondientes a los servicios públicos básicos de aquellos que no lo son”.¹⁰⁷

El debate sobre las consecuencias del desarrollo de una Ley bajo estas premisas está abierto. Mientras desde algunos sectores se advierte de la posibilidad de que se produzcan “recortes” en las prestaciones, para otros supone una oportunidad para aclarar la actual cartera de servicios e introducir elementos de mayor equidad en el acceso.

Si bien es cierto que la cartera de servicios está definida en los mencionados Reales Decretos, las prestaciones están definidas de forma que permiten un amplio margen a los servicios de salud sobre la forma más eficaz de realizar la prestación, lo que en opinión de algunos expertos ha introducido diferencias considerables en el sistema de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y en la aplicación de

nuevas tecnologías entre Comunidades Autónomas o áreas de salud.

No se trataría de homogeneizar, sin dejar margen de decisión a la introducción de la ampliación de prestaciones, pero sí de garantizar el acceso equitativo a las prestaciones, ligados a procedimientos avalados por la evidencia científica, que hayan demostrado mayor eficiencia y eficacia. Por ello y tal como se anunció, esta medida debería adoptarse en el marco de un Pacto por la Sanidad, que permita poner de acuerdo a las Comunidades Autónomas y a la Administración Central. En este sentido, se considera clave la puesta en marcha de una agencia evaluadora independiente (tipo *National Institute for Health and Clinical Excellence* británico) que permita la incorporación o eliminación de prestaciones de la cartera de servicios o la toma de decisiones sobre financiación o inversión en recursos.¹⁰⁸ Algunas opiniones matizan que si lo que se propone es establecer unas prestaciones básicas y dotarlas de financiación adecuada supondría un cambio en el modelo de financiación autonómica vigente (en el que las Administraciones Autonómicas deben destinar el 80% de los recursos a sanidad, educación y servicios sociales) suponiendo una modificación del actual marco legal¹⁰⁹.

Combinando el esquema de los anteriores Reales Decretos se podría valorar que el nuevo para la futura Ley de Servicios Básicos incluyera:

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

La nueva cartera, muy relacionada con la Agencia de Evaluación

La nueva cartera, vinculada al Pacto por la Sanidad

Un posible planteamiento de esquema de prestaciones para la nueva Ley

¹⁰⁷ Discurso de Investidura (X Legislatura). Discurso de Mariano Rajoy en la sesión de investidura como presidente del Gobierno. 19/12/2011

¹⁰⁸ ¿Menos prestaciones sanitarias o más claras? El País. 28/12/2011.

¹⁰⁹ Ley orgánica 3/2009 de 18 de diciembre y Ley 22/2009 de 18 de diciembre por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas y de las ciudades con Estatuto de Autonomía.

Carácter novedoso de las prestaciones que no forman parte de la cartera básica, pero que pueden estar sujetas a un seguro voluntario subvencionado

El concepto de prestaciones sanitarias que no formen parte de la cartera básica, pero que pueden estar sujetas a un **seguro voluntario subvencionado**, es muy novedoso. Podrían incluirse en este concepto prestaciones como la salud buco-dental, para las que no parece previsible, ni siquiera razonable, su inclusión en el ámbito de las prestaciones básicas, pero en las que, sin embargo, el Estado no quiera mostrarse indiferente, como hasta ahora, sino colaborar en la mejora de este componente de la salud, subvencionando un seguro voluntario, con el fin de hacer más accesibles estas prestaciones a la población y favorecer su utilización. Otras prestaciones,

actualmente incluidas en la cartera de servicios comunes podrían ser objeto de su inclusión en esta categoría.

En lo que se refiere a los medicamentos, también podría aplicarse a los mismos la lógica de lo básico. Desde esta perspectiva podrían no tener el mismo tratamiento los medicamentos vitales o ligados a determinadas enfermedades (*lifesaving drugs*), que los llamados medicamentos del bienestar (*lifestyle drugs*). Cada día abundan más los segundos (impotencia masculina, medicación para dejar de fumar, etc.)¹¹⁰. Esta podría ser la perspectiva desde la que se revisara la lista de medicamentos financiados.

Revisión de la lista de medicamentos financiados

Implicaciones

- *La reevaluación de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud es uno de puntos de la agenda del actual gobierno.*
- *Está previsto definir una cartera básica de servicios en estrecha colaboración con las Comunidades Autónomas y a través de una Ley de Servicios Básicos.*
- *El desarrollo de la Ley de Servicios Básicos debería plantearse dentro de un marco de Pacto por la Sanidad que permita poner de acuerdo a las Comunidades Autónomas. En este sentido se considera clave la labor de una*

Agencia Evaluadora independiente que establezca aquellas prestaciones a financiar en base a criterios de evidencia científica, eficiencia y eficacia y sostenibilidad del sistema.

- *Se podría valorar que el nuevo esquema de la futura Ley de Servicios Básicos, además de las prestaciones sanitarias básicas, las reclamables a terceros y las complementarias que pueden establecer las Comunidades Autónomas, recogiera, por primera vez, prestaciones sanitarias que no forman parte de la cartera básica, pero que estuvieran sujetas a un seguro voluntario subvencionado.*

¹¹⁰ Stiglitz, Joseph E. Making Globalization Work, W.W. Norton & Co, 2007. Chapter 4: Patents, Profits, and People

Índice de figuras

Figura 1. Las 10 palancas de la productividad en sanidad.	8
Figura 2. Gasto sanitario público y PIB por persona.	15
Figura 3. Presupuesto sanitarios iniciales de las Comunidades Autónomas (millones de euros). Totales. 2007-2012.	18
Figura 4. Presupuesto sanitarios iniciales de las Comunidades Autónomas (millones de euros). 2012	19
Figura 5. Presupuesto sanitario total per cápita (euros). 2012	20
Figura 6. Evolución de la deuda total de las administraciones públicas en España (en millones de Euros) y ratio deuda/PIB.	33
Figura 7. Evolución de la deuda farmacéutica hospitalaria (millones de euros).	34
Figura 8. Evolución de la deuda con empresas de Tecnología Sanitaria de la Sanidad Pública (millones de euros)	35
Figura 9. Evolución de la deuda con empresas de Tecnología Sanitaria de la Sanidad Pública (millones de euros)	35
Figura 10. Evolución del período medio de pago a proveedores de medicamentos hospitalarios (días).	37
Figura 11. Evolución del período medio de pago a empresas de Tecnologías Sanitarias por parte de la Sanidad Pública (días).	37
Figura 12. Plazos medios de pago a proveedores sanitarios (días).	38
Figura 13. Nº de farmacias y estimación de previsión de impagos a farmacias por parte de las Comunidades Autónomas a finales de 2011 (millones de euros).	39
Figura 14. Diferentes modelos de prestación de servicios sanitarios	59
Figura 15. Concesiones administrativas que incluyen la gestión sanitaria	62
Figura 16. Cadenas de valor de los tres grandes tipos de empresas implicadas en el sector salud	69
Figura 17. Cadena de valor del sector sanitario.	70
Figura 18. Gasto per cápita medio anual de pacientes con diferente número de enfermedades crónicas	77
Figura 19. Segmentación de pacientes crónicos. Modelo pirámide de riesgo	79
Figura 20. Evolución del Porcentaje de Gasto Sanitario Público total dedicado a Salud Pública 2002-2009 y Clasificación funcional gasto público 2009.	86

Índice de tablas

Tabla 1. Tres fuerzas fundamentales están influyendo en el sector salud globalmente	6
Tabla 2. Resumen propuesta de reformas.	20
Tabla 3. Posibles elementos para una agenda nacional de cambio.	27
Tabla 4. Deuda sanitaria estimada de las Comunidades Autónomas en términos de porcentaje sobre deuda total y sobre presupuesto de sanidad.	36
Tabla 5. Posibles elementos de modernización sistema de gestión de personal	43
Tabla 6. Características generales de los modelos de pago por performance (P4P).	44
Tabla 7. Modelo retributivo de pago por desempeño del NHS	44
Tabla 8. Resumen de aspectos a considerar y recomendaciones para el diseño e implementación de Programas de Pago por Performance (P4P)	46
Tabla 9. Distintas formas analizadas de generación de ingresos	51
Tabla 10. Tipos de colaboración más frecuentes entre la sanidad pública y la privada	62
Tabla 11. Porcentaje de actividad concertada en centros privados.	63
Tabla 12. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas. Total consolidado. Capítulo VI (Inversiones) (miles de euros). Ejercicio económico 2009-2011	65
Tabla 13. Ejemplos de colaboración público-privada en el sector de la tecnología	66
Tabla 14. Balanza comercial farmacéutica total 2010 (millones de euros). Variación 2009-2010	77
Tabla 15. Balanza comercial de tecnología sanitaria 2008-2010 (millones de euros)	77
Tabla 16. Elementos emergentes hacia un nuevo modelo para el Sistema Sanitario Vasco	83
Tabla 17. Porcentaje de fumadores en países de la UE27, Turquía, Croacia y Macedonia. Evolución respecto a datos 2006.	92
Tabla 18. Servicios incorporados a la cartera básica de servicios por Comunidades Autónomas.	97

Anexos

Índice

Anexo 1. Innovaciones más importantes en salud reconocidas en 2011.....	102
Anexo 2. Acontecimientos más relevantes en salud 2011.....	103
Anexo 3. El sistema sanitario español en el contexto internacional	108
Anexo 4. Flujos financieros en el Sistema Nacional de Salud	113
Anexo 5. Presupuesto en salud 2012 por Comunidades Autónomas.....	114
Anexo 6. Principales indicadores del sector farmacéutico.....	116
Anexo 7. Sector de Biotecnología	119
Anexo 8. Oficinas de Farmacia	121
Anexo 9. Sector de Tecnologías Médicas	122
Anexo 10. Evolución del aseguramiento privado. 2011	123
Anexo 11. Hospitales, públicos y privados.....	125
Anexo 12. Concesiones hospitalarias que incluyen gestión sanitaria.....	127
Anexo 13. Institutos de Investigación Sanitaria acreditados	129
Anexo 14. Centros de excelencia Severo Ochoa acreditados en el ámbito de la biomedicina	129
Anexo 15. Colegios y asociaciones profesionales, asociaciones empresariales y patronales sanitarias	130
Anexo 16. Evolución capitalización bursátil empresas de salud 2011, IBEX.....	131
Anexo 17. Movimientos más relevantes M&A en España en sanidad	132

Anexo 1.

Innovaciones más importantes en salud reconocidas en 2011

The Economist premia cada año las principales innovaciones en ocho áreas de conocimiento. En 2011, tres de los ocho premios recayeron sobre innovaciones relacionadas con la sanidad.

Innovation Awards. The Economist 2011

- **Premio a la innovación en el área de las biociencias:**
Robert Langer, del *Massachusetts Institute of Technology*, por sus trabajos sobre **liberación controlada de medicamentos e ingeniería tisular**, avances de los que se han beneficiado decenas de millones de personas.
- **Premio a la innovación en el área de procesos de negocio:**
Devi Shetty, del *Narayana Hrudayalaya Hospital* de Bangalore, por la **reducción de los costes sanitarios al utilizar técnicas de producción en masa**. Su hospital realiza mayor número de operaciones de corazón y con una mortalidad menor que hospitales líderes en EEUU.
- **Premio a la innovación social y económica:**
Marc Koska, de *SafePoint Trust*, por el invento de la **jeringuilla auto desechable K1** que evita su reutilización, previniendo, por tanto, posibles contagios. Desde 2001, se estima que la K1 ha evitado 10 millones de infecciones y salvado más de 5 millones de vidas.

Anexo 2.

Acontecimientos más relevantes en salud 2011

Durante 2011 quedaron de manifiesto los problemas de financiación del sistema sanitario, con importante repercusión en los proveedores, acompañados de enérgicas medidas de contención del gasto, tanto por parte del Gobierno Central, como de las Comunidades Autónomas.

En el sector privado ha sido muy activa la compra/venta de compañías, probablemente en refuerzo de una mayor consolidación del sector.

Se realiza a continuación una recopilación mes a mes de los principales acontecimientos en salud ocurridos en 2011.

Enero 2011:

- 31 diciembre, 2010: **Ley 42/2010, de 30 de diciembre**, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, “de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco”.
- El grupo Hospiten, junto a Cartera Industrial Rea, adquieren la mayoría del capital del **Centro Oncológico MD Anderson International España**. Tras esta adquisición, la nueva estructura accionarial es la siguiente: Grupo Hospiten, 46,45%; Cartera Industrial Rea, 30,97%; e Inversiones Ibersuizas-Inveralia, mantendrán un 22,58%.
- Se hace pública la nota del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que confirma que el **gasto farmacéutico bajó un 2,36%** en 2010 en relación al 2009.

Febrero 2011:

- La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia pone en marcha la **Unidad de Aprovisionamiento Integral**.
- La Fundación Edad & Vida presenta un **informe sobre costes sanitarios** en las residencias.
- **Siemens, socio tecnológico** para la dotación de equipamiento de los dos nuevos hospitales de la Región de Murcia: el Hospital Santa Lucía, de Cartagena, y el Hospital Los Arcos, del Mar Menor.
- Ultimado el **traslado del Hospital La Fe**, de Valencia, al nuevo edificio.
- El Centro Oncológico MD Anderson y Siemens ponen en marcha el **proyecto Helios**, con el fin de integrar en una única plataforma todas las fuentes de información disponibles.

Marzo 2011:

- El Departamento de Salud de Cataluña presenta un **Plan de Acción Inmediato** para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público y mantener la calidad asistencial.

Abril 2011:

- El **IDIS alcanza los cuarenta miembros** y se consolida como un referente de la sanidad privada en España.
- **Sanitas Hospitales** recibe el premio **EFQM Excelencia 500+**.
- **Inaugurada Farmavenix**, la plataforma logística de COFARES, situada en la provincia de Guadalajara.

Mayo 2011:

- Actualizado el **convenio de la Consejería de Salud de Andalucía con los hospitales de la Orden de San Juan de Dios**: Jerez de la Frontera (Cádiz), Córdoba, Granada, Málaga y Sevilla.
- Grifols cede activos a una firma italiana para desbloquear la **compra de Talecris** en Estados Unidos.
- **Goodgrower** (ligada a la familia Gallardo) acuerda con Criteria CaixaCorp la compra del 80% de la **red hospitalaria de ADESLAS**, operación cerrada el 16 de diciembre de 2011.
- Los neurocientíficos Joseph Altman, Arturo Álvarez-Buylla y Giacomo Rizzolatti, galardonados con el **Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica 2011**.
- La Xunta de Galicia licita el **servicio logístico integral** del SERGAS por 98 millones de euros.

Junio 2011:

- Publicada (BOE, jueves, 2 junio) la **Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación**.
- Mutua Madrileña alcanza un acuerdo con “la Caixa” para la **adquisición del 50% de SegurCaixa-Adeslas**, la compañía de seguros No Vida del grupo Caixa, que incluye Adeslas. El control de la nueva SegurCaixa-Adeslas recaerá en la Mutua Madrileña.
- Tanto la patronal **Farmaindustria** como **FENIN** ponen de manifiesto la gran **deuda** que tienen las Administraciones Públicas con las empresas que representan (5.191,9 millones de euros en el caso de Farmaindustria y 4.300 millones en FENIN).
- **IPSEN cierra su planta de I+D** en Sant Feliu de Llobregat y prevé despedir a 109 trabajadores. La compañía concentrará en París la investigación que se realizaba en Cataluña.
- El Gobierno británico acepta el grueso de las **propuestas de los 46 expertos**, en respuesta a los planes iniciales del Gobierno para el National Health Service.
- L'Aliança, de Cataluña, firma el acuerdo del **contrato de venta** a CAPIO de la gestión del Hospital Universitari Sagrat Cor, de Barcelona, y de la Clínica del Vallés, de Sabadell.
- El **Consorcio del Hospital del Mar**, de Barcelona (formado al 60% por la Generalitat y el 40% del Ayuntamiento de Barcelona), anuncia un **ERE** para despedir a 194 empleados.
- Inaugurado el nuevo **Hospital Infanta Luisa**, en Sevilla, impulsado por un grupo empresarial andaluz sobre el antiguo Hospital Cruz Roja de Triana.
- **Sanitas compra la Clínica CIMA**, de Barcelona, por 21 millones de euros.
- El estudio Arco Mediterráneo gana el concurso para la construcción del **nuevo hospital NISA en Valencia**. Será el octavo hospital del grupo.
- Presentado el documento “**Sanidad privada, aportando valor: análisis de situación**”, del IDIS.

Julio 2011:

- El Wall Street Journal se hace eco del problema de la **deuda de la sanidad española**: “*Spain’s shortfall in health care causes alarm*” (5 de julio de 2011).
- El Gobierno de Berlusconi, en Italia, aprueba un **copago de 10 euros** por consulta desde enero de 2012.
- **El Grupo Hospital de Madrid** adquiere la **Clínica Belén**, destinada a la atención obstétrica, ginecológica y neonatal.
- Aprobado el **nuevo Código Deontológico** por la Organización Médica Colegial.
- Nace “**Madrid Centro Médico**”, para promocionar la sanidad madrileña a nivel internacional.
- Inaugurada la **ampliación del centro de producción** de Boehringer Ingelheim en Sant Cugat del Vallés.
- El Centro Médico Delfos, de Barcelona, presenta un **ERE** de 77 trabajadores.
- Consejo Interterritorial en el que se aprueban importantes **medidas de contención del gasto farmacéutico**, entre otras, la prescripción por principio activo.

Agosto 2011:

- Publicado (BOE, sábado, 20 agosto) el **Real Decreto Ley 9/2011**, “de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011”, que contiene **medidas extraordinarias sobre el gasto farmacéutico**. Dicho RDL hay que contemplarlo conjuntamente con los Reales Decretos Ley 4 y 8/2010, también de contención del gasto farmacéutico.
- Publicado (BOE, lunes, 29 de agosto) el **Real Decreto 1039/2011**, de 15 de julio, “por el que se establecen los criterios marco para garantizar un **tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud**”. Se establece un tiempo máximo de espera de **180 días** para cinco patologías: cirugía cardíaca valvular, cirugía cardíaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla.

Septiembre 2011:

- Importante conflicto por los **pagos a las farmacias** en la Comunidad de Castilla-La Mancha.
- El **Hospital Sant Pau**, de Barcelona, preparado para hacer un **ERE** que afectaría a 500 empleados.
- **Inaugurado** el nuevo **Hospital Público de Torrejón**, gestionado por Ribera Salud y ASISA.
- *The Economist* se hace eco de la espiral de **crecimiento del gasto sanitario** en España (*Fat-trimming needed, The Economist*, 17 de septiembre, 2011).
- El Ministerio de Ciencia e Innovación promueve una **alianza para impulsar la I+D+i** en el sector salud. FENIN, Farmaindustria, ASEBIO, Ferrer, Grifols, Pharmamar y Telefónica, entre los participantes.
- El **Cluster de Salud de Galicia** se constituye con el objetivo de convertir el sector en motor de empleo y fortalecimiento económico. Pescanova, Telefónica, Coremain, Povisa y Severiano Gestión, entre las empresas participantes.

Octubre 2011:

- Publicada (BOE, miércoles, 5 de octubre), la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**. En la misma, el sistema del mutualismo administrativo es considerado parte del Sistema Nacional de Salud.
- Comienzan las obras del nuevo **Hospital de Vigo**, que deberá estar finalizado en 2013, licitado mediante el sistema **PFI**.

- Se inaugura el **Laboratorio de Investigación en Imagen Cardiovascular del CNIC** (Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares).
- **Farmacias** de distintas Comunidades Autónomas (Castilla-La Mancha, Murcia, Baleares, La Rioja, Murcia,...) sufren notables **retrasos en los pagos** por parte de las Administraciones, según manifiesta FEFE (Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles).
- La Dirección General de Seguros, del Ministerio de Economía, abre el proceso restringido para la **venta de Agrupación Mútua**.
- Alentia Biotech, *joint venture* de Rovi y Ferrer, pone en marcha la **construcción de un centro de producción de vacunas** en Granada, para lo que firman un acuerdo de transferencia de tecnología con Novartis Vaccines & Diagnostics.
- Siemens inaugura una **fábrica de radiofármacos** en Arganda del Rey (Madrid).
- Nace una empresa para impulsar el turismo sanitario: **MedicalStaybcn** (Estancias médicas en Barcelona).

Noviembre 2011:

- Roche anuncia que su medicamento estrella, **Zelboraf**, se procesará en su fábrica de Madrid.
- **Capio** recibe en exclusiva la posibilidad de presentar una **oferta vinculante por Ribera Salud**. Si se llega a cerrar la compra, Capio-España se convertiría posiblemente en la mayor empresa concesionaria de servicios hospitalarios del mundo.
- Tras veinte años, **Sanitas** vuelve al sistema **MUFACE**, habiendo presentado una oferta.
- El Consejero de Salud de Cataluña anuncia un **nuevo recorte de los presupuestos** en sanidad para 2012.
- El Presidente de Cataluña, Artur Mas, anuncia el pago de un **ticket moderador**, consistente en un euro por receta.
- Se conmemora el **X aniversario de SIGRE**, entidad sin ánimo de lucro creada por el sector farmacéutico, para el reciclado de los envases y restos de medicamentos en nuestro país.
- **Bayer** potencia su producción en Madrid, al inaugurar un nuevo **Laboratorio de Microbiología**, dentro de Berlimed, fábrica global de alto rendimiento, cuyos productos se distribuyen a 70 países.
- La Generalitat de Cataluña presenta su **Plan de Salud 2011-2015**.
- FEFE (Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles) anuncia que la deuda afectará, al final de año, al 70% de las farmacias y se aproximará a los **2.000 millones de euros**.

Diciembre 2011:

- Adeslas renueva su imagen y pasa a llamarse “**Adeslas Segurcaixa**”.
- La Presidenta de Castilla-La Mancha anuncia la **gestión privada “modelo Alzira” en cuatro hospitales** de la Comunidad: Almansa, Manzanares, Villarrobledo y Tomelloso. Igualmente, se utilizará el sistema PFI para la construcción del hospital de Cuenca y para finalizar la ampliación de los de Guadalajara y Toledo.
- El **IDIS** presenta su informe “Propuestas de futuro”, un conjunto de propuestas dirigidas al conjunto del sector sanitario.
- El Primer Ministro británico anuncia un **Plan de apoyo a los nuevos fármacos y tecnologías médicas en el sector salud**, en su “*Life Science Strategy and review of innovation in the NHS*”, mediante el que se crea un fondo de 180 millones de libras para impulsar las innovaciones médicas en las grandes compañías británicas.

- Se abre el proceso de **venta de USP**, lo que ha despertado gran interés en el mercado.
- **Andalucía aprueba el Decreto-ley 3/2011**, de 13 de diciembre, “por el que se aprueban medidas urgentes sobre prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía”, que introduce, entre otras medidas, la novedad de las **subastas para los ciertos medicamentos a dispensar por las oficinas de farmacia**. Esto es un gran cambio, ya que hasta ahora, todos los concursos de medicamentos hacían referencia a los de dispensación hospitalaria.
- En el discurso de investidura del nuevo Presidente del Gobierno, del 20 de diciembre, se hace énfasis en dos políticas de largo alcance para sanidad: la necesidad de un **Pacto por la Sanidad** y la sustitución del actual Real Decreto de prestaciones por una **Ley de Servicios Básicos**.
- El **Real Decreto-ley 20/2011**, de 30 de diciembre, “de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público”, incide en algunas medidas que afectan a sanidad, siempre en la línea de contención del gasto:
 - **No incremento retributivo** en 2012 del personal de las Administraciones Públicas, que afecta a todo el personal sanitario dependiente de las Comunidades Autónomas.
 - Excepcionalmente, **tasa de reposición** del personal en sanidad no superior al **10%**.
 - Todos los empleados públicos tendrán una **jornada semanal** promedio de **37,5 horas**.

Anexo 3.

El sistema sanitario español en el contexto internacional

3.1.

Indicadores y resultados sanitarios en España en el contexto internacional. 2009. Tabla resumen

Medida	España	Media OCDE	Diferencia
Esperanza de vida al nacer (años). 2009	81,8	79,5	2,9%
Incidencia del cáncer, por 100.000h. 2008	241,4	260,9	-7,5%
% de Población > 15 años fumadora. 2009	26,2	22,1	4,1 pp
Médicos en activo por 1.000h. 2009	3,5	3,1	12,9%
Enfermeras en activo por 1.000h. 2009	4,9	8,4	-41,7%
Consultas externas per cápita. 2009	7,5	6,5	15,4%
Unidades de Resonancia Magnética x1.000.000h. 2009	10,0	12,2	-18,0%
Unidades de TC x1.000.000h. 2009	15,1	22,8	-33,8%
Gasto sanitario per cápita, 2009 (USD PPP)	3.067	3.233	-5,1%
Gasto farmacéutico per cápita, 2009 (USD PPP)	529	487	8,6%
Camas hospitalarias por cada 1.000h. 2009	3,2	4,9	-34,7%

Fuente: OECD Health Data 2011.

3.2.

Esperanza de vida al nacer (años). 2009

País	Valor
Japón	83,0
Suiza	82,3
Italia	81,8
España	81,8
Australia	81,6
Israel	81,6
Islandia	81,5
Suecia	81,4
Francia	81,0
Noruega	81,0
Nueva Zelanda	80,8
Canadá	80,7
Luxemburgo	80,7
Holanda	80,6
Austria	80,4
Reino Unido	80,4
Alemania	80,3
Grecia	80,3
Corea	80,3
Bélgica	80,0
Finlandia	80,0
Irlanda	80,0
Portugal	79,5
OCDE	79,5
Dinamarca	79,0
Eslovenia	79,0
Chile	78,4
Estados Unidos	78,2
República Checa	77,3
Polonia	75,8
Méjico	75,3
Estonia	75,0
Eslovaquia	75,0
Hungría	74,0
Turquía	73,8

Fuente: OECD Health Data 2011. Banco Mundial y fuentes nacionales para países no OCDE.

3.3.

Incidencia del cáncer, ratios estandarizados por edad por 100.000 habitantes. 2008

País	Valor
India	98,5
Méjico	128,4
Indonesia	143,5
Turquía	144,8
Grecia	162,0
Brasil	171,3
Chile	176,7
China	181,0
Rusia	200,5
Japón	201,1
Sudáfrica	202,0
Portugal	223,2
Polonia	225,1
Estonia	230,1
España	241,4
Finlandia	250,1
Austria	250,6
Suecia	259,7
Eslovaquia	260,6
OCDE	260,9
Corea	262,4
Eslovenia	264,8
Suiza	269,3
Reino Unido	269,4
Italia	274,3
Alemania	282,1
Luxemburgo	284,0
Hungría	286,6
Israel	288,3
República Checa	288,5
Holanda	289,9
Islandia	290,4
Canadá	296,6
Noruega	297,9
Estados Unidos	300,2
Francia	300,4
Nueva Zelanda	309,2
Bélgica	309,4
Australia	314,1
Irlanda	317,0
Dinamarca	321,1

Fuente: Ferlay et. al. (2010).

3.4.

Porcentaje de población mayor de 15 años que fuma a diario. 2009

País	Valor
India	10,7
Méjico	13,3
Sudáfrica	13,8
Suecia	14,3
Brasil	15,5
Islandia	15,8
Estados Unidos	16,1
Canadá	16,2
Australia	16,6
Nueva Zelanda	18,1
Finlandia	18,6
Portugal	18,6
Eslovenia	18,9
Dinamarca	19,0
Luxemburgo	19,0
Eslovaquia	19,4
Israel	20,3
Suiza	20,4
Bélgica	20,5
Noruega	21,0
Reino Unido	21,5
Alemania	21,9
OCDE	22,1
Holanda	22,6
Austria	23,2
Italia	23,3
China	24,1
Indonesia	24,2
República Checa	24,6
Japón	24,9
Corea	25,6
Estonia	26,2
Francia	26,2
España	26,2
Hungría	26,5
Polonia	27,0
Turquía	27,4
Irlanda	29,0
Chile	29,8
Rusia	33,8
Grecia	39,7

Fuente: OECD Health Data 2011; fuentes nacionales para países no OCDE.

3.5.
Médicos en activo por cada 1.000 habitantes. 2009

País	Valor
Grecia	6,1
Austria	4,7
Rusia	4,3
Noruega	4,0
Portugal	3,8
Suiza	3,8
Islandia	3,7
Suecia	3,7
República Checa	3,6
Alemania	3,6
España	3,5
Dinamarca	3,4
Israel	3,4
Italia	3,4
Estonia	3,3
Francia	3,3
Irlanda	3,1
OCDE	3,1
Australia	3,0
Hungría	3,0
Eslovaquia	3,0
Bélgica	2,9
Holanda	2,9
Finlandia	2,7
Luxemburgo	2,7
Reino Unido	2,7
Nueva Zelanda	2,6
Canada	2,4
Eslovenia	2,4
Estados Unidos	2,4
Japón	2,2
Polonia	2,2
Méjico	2,0
Corea	1,9
Brasil	1,8
Turquía	1,6
China	1,4
Chile	1,0
India	0,7
Sudáfrica	0,7
Indonesia	0,2

Fuente: OECD Health Data 2011; WHO-Europe para la Federación Rusa y fuentes nacionales para países no OCDE.

3.6.
Enfermeras en activo por cada 1.000 habitantes. 2009

País	Valor
Islandia	15,3
Suiza	15,2
Bélgica	14,8
Dinamarca	14,8
Noruega	14,2
Irlanda	12,7
Alemania	11,0
Suecia	11,0
Luxemburgo	10,9
Estados Unidos	10,8
Nueva Zelanda	10,5
Australia	10,2
Reino Unido	9,7
Finlandia	9,6
Japón	9,5
Canada	9,4
OCDE	8,4
Holanda	8,4
Francia	8,2
República Checa	8,1
Eslovenia	8,1
Rusia	8,1
Austria	7,6
Italia	6,4
Hungría	6,2
Estonia	6,1
Eslovaquia	6,0
Portugal	5,6
Polonia	5,2
España	4,9
Israel	4,5
Corea	4,5
Grecia	3,3
Méjico	2,5
Sudáfrica	2,2
Turquía	1,5
China	1,4
Indonesia	1,4
Brasil	0,9
India	0,9
Chile	0,5

Fuente: OECD Health Data 2011; WHO-Europe para la Federación Rusa y fuentes nacionales para países no OCDE.

3.7.
Consultas externas per cápita. 2009

País	Valor
Japón	13,2
Corea	13,0
Eslovaquia	12,1
Hungría	12,0
República Checa	11,2
Alemania	8,2
Bélgica	7,6
España	7,5
Turquía	7,3
Italia	7,0
Austria	6,9
Francia	6,9
Polonia	6,8
Islandia	6,6
Eslovenia	6,6
Australia	6,5
OCDE	6,5
Estonia	6,3
Luxemburgo	6,3
Israel	6,2
Holanda	5,7
Canada	5,5
Reino Unido	5,0
Dinamarca	4,6
Nueva Zelanda	4,3
Finlandia	4,2
Portugal	4,1
Grecia	4,0
Suiza	4,0
Estados Unidos	3,9
Irlanda	3,3
Méjico	2,9
Suecia	2,9
Chile	1,8

Fuente: OECD Health Data 2011.

3.8.
Camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes. 2009

País	Valor
Japón	13,7
Rusia	9,7
Corea	8,3
Alemania	8,2
República Checa	7,1
Hungría	7,1
Polonia	6,7
Francia	6,6
Bélgica	6,5
Finlandia	5,8
OCDE	4,9
Irlanda	4,8
Grecia	4,7
Austria	3,8
Italia	3,7
Dinamarca	3,5
Israel	3,5
Canadá	3,3
Noruega	3,3
Portugal	3,3
Reino Unido	3,3
España	3,2
Estados Unidos	3,1
Suecia	2,8
Turquía	2,5

Fuente: OECD Health Data 2011.

3.9.
Unidades de Resonancia Magnética (x 1.000.000 h). 2009

País	Valor
Japón	43,1
Estados Unidos	25,9
Islandia	21,9
Grecia	21,7
Italia	21,6
Corea	19,0
Austria	18,4
Finlandia	16,9
Dinamarca	15,4
Luxemburgo	14,2
OCDE	12,2
Irlanda	11,9
Holanda	11,0
Bélgica	10,7
España	10,0
Nueva Zelanda	9,7
Alemania	9,5
Portugal	8,9
Turquía	8,9
Canadá	8,0
Estonia	7,5
Francia	6,4
Eslovaquia	6,1
Australia	5,9
República Checa	5,7
Reino Unido	5,6
Eslovenia	4,5
Polonia	3,7
Hungría	2,8
Israel	1,9
Méjico	1,9

Fuente: OECD Health Data 2011.

3.10.
Unidades de TC (x 1.000.000 h). 2009

País	Valor
Japón	97,3
Australia	38,7
Corea	37,1
Islandia	34,5
Estados Unidos	34,3
Grecia	33,8
Suiza	32,8
Italia	31,7
Austria	29,3
Luxemburgo	26,3
Portugal	26,0
Dinamarca	23,7
OCDE	22,8
Finlandia	20,4
Alemania	17,2
Irlanda	15,3
España	15,1
Estonia	14,9
Nueva Zelanda	14,6
República Checa	14,1
Canadá	13,9
Bélgica	13,5
Eslovaquia	13,3
Polonia	12,4
Eslovenia	11,9
Turquía	11,6
Holanda	11,3
Francia	11,1
Israel	9,4
Reino Unido	7,4
Hungría	7,2
Méjico	4,3

Fuente: OECD Health Data 2011.

3.11.
Gasto sanitario per cápita. 2009
(USD PPP)

País	Valor
Estados Unidos	7.960
Noruega	5.352
Suiza	5.144
Holanda	4.914
Luxemburgo	4.808
Canada	4.363
Dinamarca	4.348
Austria	4.289
Alemania	4.218
Francia	3.978
Bélgica	3.946
Irlanda	3.781
Suecia	3.722
Islandia	3.538
Reino Unido	3.487
Australia	3.445
OCDE	3.233
Finlandia	3.226
Italia	3.137
España	3.067
Nueva Zelanda	2.983
Japón	2.878
Grecia	2.724
Eslovenia	2.579
Portugal	2.508
Israel	2.165
República Checa	2.108
Eslovaquia	2.084
Corea	1.879
Hungría	1.511
Polonia	1.394
Estonia	1.393
Chile	1.186
Rusia	1.036
Brasil	943
Méjico	918
Turquía	902
Sudáfrica	862
China	308
India	132
Indonesia	99

Fuente: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

3.12.
Gasto farmacéutico per cápita, 2009
(USD PPP)

País	Valor
Estados Unidos	947
Canada	692
Grecia	677
Irlanda	662
Bélgica	636
Alemania	627
Francia	626
Italia	572
Japón	556
Eslovaquia	554
España	529
Suiza	521
Austria	518
Portugal	518
Australia	503
Hungría	493
OCDE	487
Holanda	473
Islandia	460
Finlandia	452
Eslovenia	448
Suecia	437
Corea	397
Noruega	391
República Checa	389
Reino Unido	381
Luxemburgo	370
Estonia	319
Israel	316
Polonia	306
Dinamarca	289
Nueva Zelanda	265
Méjico	249

Fuente: OECD Health Data 2011.

3.13.
Porcentaje de gasto "out of the pocket"
sobre el total de gasto farmacéutico. 2009

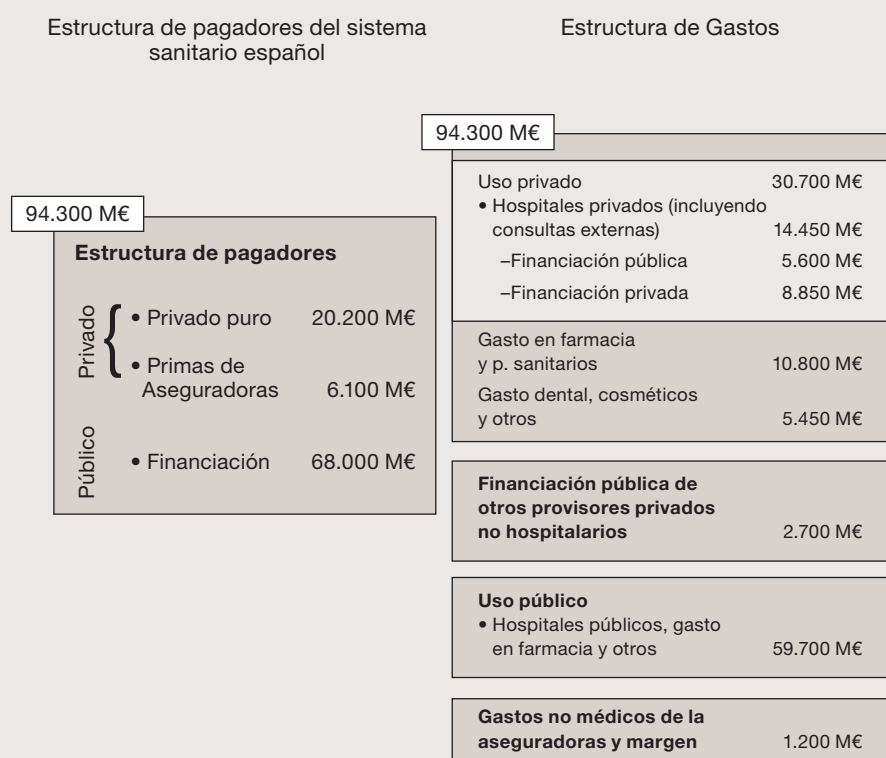
País	Valor
Polonia	60,8
Estonia	58,9
Australia	45,4
Noruega	43,0
Finlandia	42,6
Suecia	40,6
Portugal	40,5
Islandia	40,4
Bélgica	39,3
Hungría	38,5
Corea	36,2
Dinamarca	34,9
OCDE	32,8
República Checa	31,9
Eslovaquia	30,2
Austria	30,1
Nueva Zelanda	29,7
Estados Unidos	29,3
Suiza	28,5
Japón	27,1
Canada	25,8
España	25,5
Eslovenia	17,6
Francia	17,0
Alemania	15,5
Luxemburgo	13,0
Holanda	9,8

Fuente: OECD Health Data 2011.

Anexo 4.

Flujos financieros en el Sistema Nacional de Salud

Tabla 4.1.
Esquema de flujos financieros en el Sistema Nacional de Salud



Nota: Esquema ilustrativo.

Fuente: DBK 2010, ICEA 2010, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, análisis PwC.

Anexo 5.

Presupuesto en salud 2012 por Comunidades Autónomas

5.1.
Presupuestos sanitarios per cápita (euros) 2010-2012

Comunidad Autónoma	2010	% variación 10-11	2011	% variación 11-12	2012	% variación 10-12
Andalucía	1.180	-4,9%	1.122	-0,6%	1.115	-5,5%
Aragón	1.419	-3,9%	1.364	0,5%	1.372	-3,3%
Asturias	1.507	-0,7%	1.496	2,3%	1.531	1,6%
Baleares	1.066	-5,9%	1.003	6,3%	1.067	0,0%
Canarias	1.295	-12,3%	1.136	2,3%	1.162	-10,3%
Cantabria	1.347	-8,6%	1.232	-0,1%	1.230	-8,7%
Castilla y León	1.361	-0,9%	1.349	0,3%	1.353	-0,6%
Castilla-La Mancha	1.347	-4,7%	1.283		N.d.	N.d.
Cataluña	1.299	-0,5%	1.292	-0,8%	1.282	-1,3%
Comunidad Valenciana	1.123	-3,9%	1.079	-1,7%	1.061	-5,5%
Extremadura	1.510	-7,9%	1.391	-4,0%	1.335	-11,6%
Galicia	1.333	-5,0%	1.266	-0,3%	1.263	-5,3%
Madrid	1.108	-0,5%	1.103	0,1%	1.105	-0,3%
Murcia	1.334	0,9%	1.347	-9,4%	1.220	-8,6%
Navarra	1.543	-0,9%	1.529	-6,8%	1.425	-7,7%
País Vasco	1.623	-3,7%	1.564	-0,4%	1.558	-4,0%
La Rioja	1.444	-6,7%	1.347	-3,6%	1.298	-10,1%
Media	1.344	-4,1%	1.289	-6,0%	1.211	-5,1%

Fuente: Consejerías de Sanidad, INE 2011.

5.2.

Presupuestos sanitarios iniciales de las Comunidades Autónomas 2007-2012 (millones de euros)

Comunidad Autónoma	2007	2008	% variación 07-08	2009	% variación 08-09	2010	% variación 09-10	2011	% variación 10-11	2012	% variación 11-12
Andalucía	8.731	9.565	9,6%	9.827	2,7%	9.827	0,0%	9.379	-4,6%	9.394	0,2%
Aragón	1.636	1.747	6,8%	1.880	7,6%	1.908	1,5%	1.849	-3,1%	1.847	-0,1%
Asturias	1.339	1.368	2,2%	1.559	13,9%	1.640	5,2%	1.552	-5,4%	1.656	6,7%
Baleares	1.087	1.197	10,2%	1.258	5,0%	1.176	-6,5%	1.176	0,0%	1.188	0,9%
Canarias	2.522	2.804	11,1%	2.930	4,5%	2.857	-2,5%	2.541	-11,1%	2.471	-2,7%
Cantabria	721	755	4,6%	794	5,1%	796	0,3%	730	-8,3%	730	0,0%
Castilla y León	3.048	3.333	9,4%	3.409	2,3%	3.519	3,2%	3.462	-1,6%	3.462	0,0%
Castilla-La Mancha	2.406	2.634	9,5%	2.853	8,3%	2.919	2,3%	2.814	-3,6%	2.814	0,0%
Cataluña	8.684	9.160	5,5%	9.426	2,9%	9.888	4,9%	9.201	-7,0%	8.507	-7,5%
Comunidad Valenciana	5.090	5.456	7,2%	5.660	3,7%	5.720	1,1%	5.515	-3,6%	5.492	-0,4%
Extremadura	1.460	1.600	9,6%	1.718	7,4%	1.664	-3,1%	1.572	-5,5%	1.481	-5,8%
Galicia	3.388	3.639	7,4%	3.767	3,5%	3.728	-1,0%	3.547	-4,9%	3.531	-0,5%
Madrid	6.500	6.954	7,0%	7.122	2,4%	7.081	-0,6%	7.134	0,8%	7.168	0,5%
Murcia	1.571	1.766	12,4%	1.854	5,0%	1.985	7,1%	2.023	1,9%	1.856	-8,3%
Navarra	807	873	8,2%	907	3,9%	987	8,8%	972	-1,5%	915	-5,9%
País vasco	2.925	3.268	11,7%	3.546	8,5%	3.630	2,4%	3.506	-3,4%	3.396	-3,1%
La Rioja	467	441	-5,7%	453	2,7%	412	-9,0%	434	5,4%	419	-3,5%
Total	52.383	56.559	8,0%	58.961	4,2%	59.738	1,3%	57.408	-3,9%	56.324	-1,9%

Fuente: Consejerías de Sanidad, INE. 2007-2011 son datos de la Secretaría General del MSPSI. Los datos de 2012 son de diversas fuentes de información.

Nota: el presupuesto de Castilla-La Mancha no ha sido publicado y se ha mantenido el del anterior ejercicio.

Anexo 6. Principales indicadores del sector farmacéutico

6.1. Principales distribuidores

Datos	Cofares	Alliance healthcare	Hefame	Cecofar	Fedipharma
Facturación (millones de €)	2.667	1.499	1.285	919	756
Cuota de mercado (%)	23%	12%	10%	7%	6%

Fuente: Elaboración propia PwC.

Tabla 6.2.
Datos de mercado farmacéutico (2008)

País	Nº Laboratorios	Producción (millones €)	Empleo	Ventas int. (PVL) (millones de €)	Comercio exterior	
					Importaciones (millones de €)	Exportaciones (millones de €)
Alemania	304	27.105	105.843	26.523	32.524	46.723
Austria	121	2.082	10.534	2.921	4.266	4.970
Bélgica	146	5.518	29.600	4.189	29.744	33.552
Dinamarca	37	5.551	17.019	2.006	2.316	5.472
España	211	14.108	40.385	13.949	10.371	7.734
Finlandia	64	987	6.002	1.978	1.668	798
Francia	270	34.600	103.384	26.196	17.540	22.637
Grecia	66	825	13.500	5.573	3.653	863
Holanda	39	5.664	16.000	4.680	9.569	8.792
Irlanda	56	17.540	24.500	1.811	2.867	16.917
Italia	202	22.729	69.500	17.464	13.626	11.311
Portugal	136	2.054	10.244	3.660	1.997	406
Reino Unido	64	22.857	72.000	12.826	14.154	21.659
Suecia	65	6.372	15.725	3.172	2.879	6.220
TOTAL UE-15	1.781	167.992	534.236	126.948	147.174	188.054

Fuente: FARMAINDUSTRIA a partir de EFPIA, asociaciones de la industria farmacéutica de cada país, INE y Eurostat.

6.3.

Gasto en I+D total según la procedencia de los fondos (2008)

País	Gasto en I+D % s/PIB	% aportación sector privado	% aportación sector público	% aportación extranjero y otros
Japón*	3,44%	77,7%	15,6%	6,7%
EEUU	2,77%	67,3%	27,0%	5,7%
UE-27	2,01%	54,7%	33,9%	11,4%
España	1,35%	45,0%	45,6%	9,4%

(*) Los datos de Japón corresponden al ejercicio 2007 (último dato disponible a la fecha de la publicación).
Fuente: Memoria Farmaindustria 2010 Eurostat.

6.4.

Mercado interior de medicamentos (PVL, millones de €)

Año	Oficinas de farmacia	Hospitales	Total
2008	10.459	3.490	13.949
2009	10.852	3.892	14.744
2010	10.771	4.086	14.858

Fuente: FARMAINDUSTRIA.

6.5.

Mercado de especialidades farmacéuticas a través de oficinas de farmacia (PVL). 2010

Tipo	Unidades (miles)	% variación 09-10	Valores (miles de €)	% variación 09-10	PVL medio	% variación 09-10
Prescripción	1.199.535	0,8	10.421.105	-0,2	8,69	-1,0
EFP's	92.520	-5,7	350.336	1,0	3,79	7,2
	1.292.055	0,3	10.771.441	-0,2		-0,4

Fuente: FARMAINDUSTRIA.

6.6.

Comercio exterior farmacéutico total. 2010 (millones de €)

Tipo	Importación	% variación 09-10	Exportación	% variación 09-10	Saldo
Materias primas	409,83	-56,3	499,81	4,4	89,98
Productos farmacéuticos	11.074,02	-1,7	8.374,76	13,4	-2.699,26
Medicamentos	8.727,50	-3,1	7.172,10	13,5	-1.555,40
Total	11.483,85	-5,9	8.874,58	12,8	-2.609,27

Fuente: Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Estadísticas del Comercio Exterior de España.

6.7.

Evolución de la cuota de exportación de medicamentos sobre el total de exportaciones

2005	2006	2007	2008	2009	2010
3,5%	3,5%	3,9%	4,1%	4,9%	4,8%

Fuente: Secretaría de Estado de Comercio Exterior. MITYC.

6.8.

Distribución geográfica de las exportaciones de medicamentos y cuota sobre exportaciones totales (2009-2010)

	2009		2010	
	Exportaciones	Importaciones	Exportaciones	Importaciones
UE-27	60,7%	69,1%	59,4%	69,8%
Francia	11,7%	11,7%	11,7%	9,0%
Países Bajos	5,6%	4,8%	5,4%	6,2%
Alemania	12,8%	13,0%	11,0%	13,8%
Italia	8,8%	5,5%	8,8%	5,0%
Reino Unido	8,5%	10,2%	8,2%	11,4%
Irlanda	0,6%	11,0%	1,5%	7,5%
Resto de Europa	13,9%	6,4%	13,5%	6,6%
Suiza	11,6%	5,9%	11,1%	6,1%
Resto del mundo	25,4%	24,6%	27,2%	23,6%
EEUU	6,9%	20,6%	7,2%	18,5%
China	1,1%	1,1%	1,2%	1,4%
Japón	3,7%	1,1%	3,3%	0,9%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Estadísticas del Comercio Exterior de España.

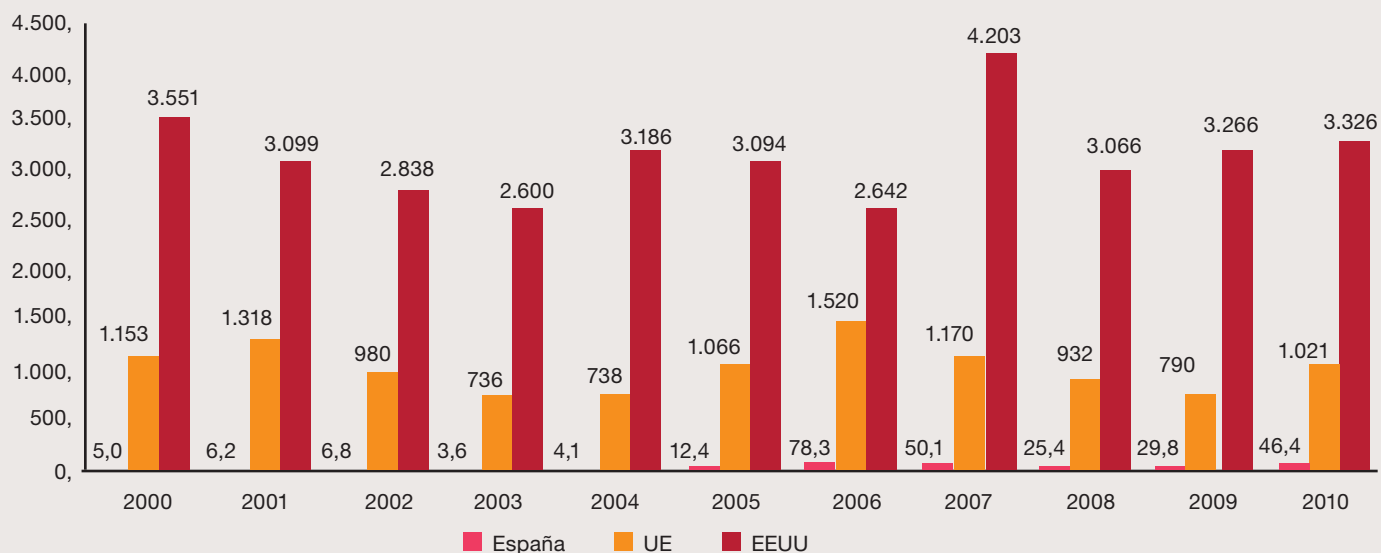
Anexo 7. Sector de Biotecnología

7.1.
Evolución de la subvención pública en I+D+i e infraestructuras en Biotecnología 2000-2010
(millones de euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
I+D	75,9	83,2	109,9	157,3	171,6	205,5	252,4	494,9	405,9	380,0	301,3
Innovación	4,7	7,7	9,6	12,6	19,3	11,4	57,2	58,3	71,7	111,0	106,4
Infraestructura	38,4	39,8	41,3	60,1	57,6	59,5	62,3	36,0	29,6	74,7	59,3

Fuente: Genoma España, Relevancia de la Biotecnología en España, 2011.

7.2.
Capital riesgo invertido en Biotecnología (2000-2010) (millones de euros)



Fuente: Genoma España, Relevancia de la Biotecnología en España, 2011.

7.3.

Efectos directos, indirectos e inducidos en el empleo de la Biotecnología Pública y las Empresas de Biotecnología (EB) en las Comunidades Autónomas. 2009

	Empleo directo	Salarios directos	Empleo indirecto	Salarios indirectos	Empleo inducido	Empleo total
Cataluña	5.485	193	2.271	67	2.232	9.989
Comunidad de Madrid	4.562	217	2.795	88	2.286	9.644
Andalucía	2.606	89	1.459	35	1.267	5.332
Comunidad Valenciana	1.817	58	865	23	836	3.518
Galicia	1.169	43	841	21	549	2.559
Castilla - La Mancha	1.050	21	295	8	323	1.668
País Vasco	791	25	494	15	365	1.651
Castilla y León	371	11	696	16	323	1.390
Región de Murcia	594	17	476	12	268	1.338
Aragón	571	11	211	6	196	978
Islas Canarias	560	10	178	4	190	928
Navarra	398	15	222	7	186	806
Principado de Asturias	358	9	164	5	132	653
Islas Baleares	321	9	87	2	103	511
Cantabria	258	8	93	3	109	461
Extremadura	33	1	50	1	63	146
La Rioja	27	2	44	1	50	121
Ceuta y Melilla	-	-	3	-	2	5
Total	20.971	739	11.246	313	9.481	41.697

Fuente: Genoma España, Relevancia de la Biotecnología en España, 2011.

Anexo 8. Oficinas de Farmacia

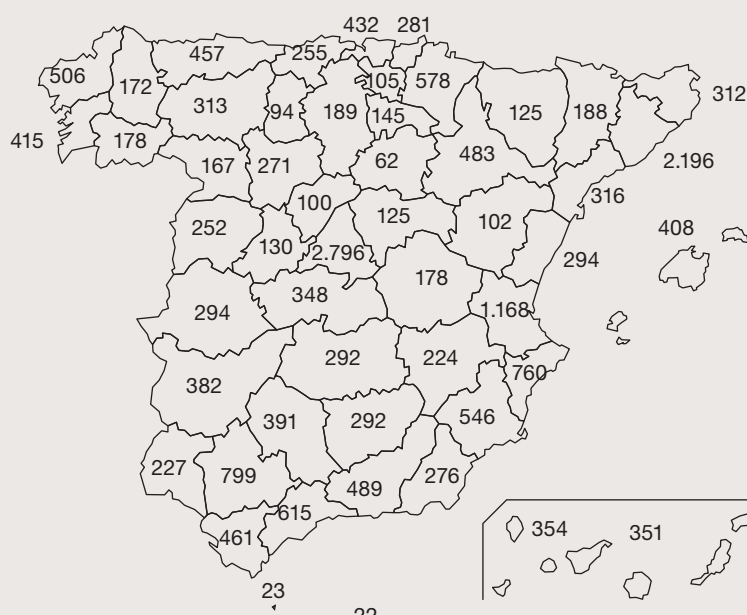
8.1. Número de habitantes por oficina de farmacia. 2009

País	Número
Dinamarca	16.957
Suecia	10.395
Países Bajos	8.832
Noruega	8.479
Austria	6.734
Finlandia	6.569
Luxemburgo	5.551
Reino Unido	4.732
Portugal	3.814
Alemania	3.814
Italia	3.376
Irlanda	2.876
Francia	2.824
España	2.209
Bélgica	2.045
Grecia	1.176

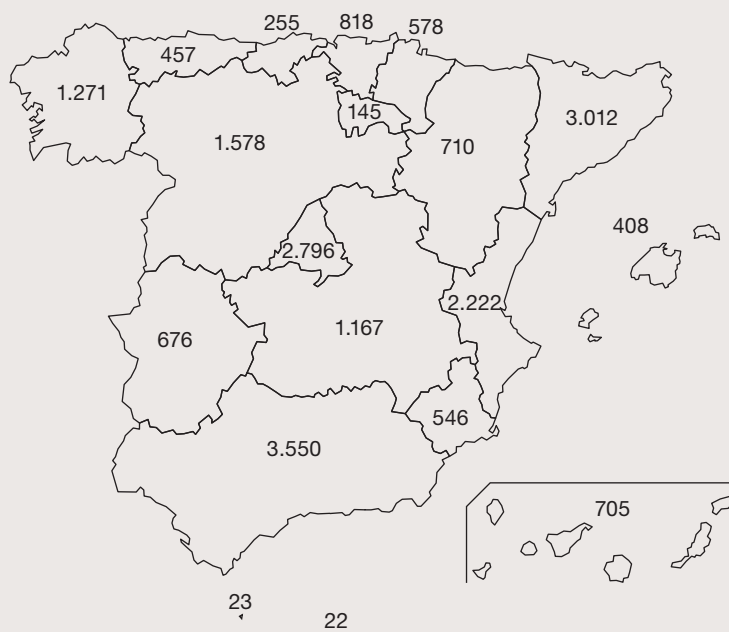
Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

8.2. Distribución de las oficinas de farmacia en España. 2007

Por Provincias



Por Comunidades Autónomas



Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Datos referidos a 31 de diciembre de 2007.

Anexo 9. Sector de Tecnologías Médicas

9.1.

Gasto total en salud y en Tecnología Sanitaria

Pais	Gasto en salud (billones de €)	% Gasto en salud / PIB	Gasto en tecnología sanitaria (billones de €)	% Gasto en tecnología sanitaria / Gasto en salud
Francia	172,6	10,5%	9,96	5,8%
Alemania	232,2	10,3%	20,00	8,6%
Irlanda	10,5	7,1%	0,38	3,7%
Italia	126,0	8,8%	7,01	5,6%
Holanda	44,7	8,9%	2,50	5,6%
Noruega	21,9	9,2%	1,00	4,6%
Portugal	13,5	10,1%	0,65	4,8%
Reino Unido	148,3	8,4%	6,70	4,5%
España	67,3	7,4%	5,50	8,2%
TOTAL	1.034,4	8,7%	63,62	6,3%
EEUU	1.440,5	15,3%	79,43	5,5%

Fuente: Fenin (España), Medical Technology Brief EUCOMED, 2007.

9.2.

Balanza comercial Tecnologías Médicas (millones de €). 2007

País	Exportaciones	Importaciones	Saldo neto
Alemania	13.994	9.200	4.794
Irlanda	6.607	1.552	5.055
Francia	6.105	6.689	(584)
Reino Unido	5.625	4.500	1.125
Italia	2.231	5.670	(3.439)
Dinamarca	1.669	818	851
Suecia	1.558	1.106	452
Austria	1.090	1.223	(133)
España	1.100	2.700	(1.600)
Finlandia	700	420	280
República Checa	377	467	(90)
Noruega	294	500	(206)
Polonia	225	580	(355)
Eslovaquia	79	162	(83)
Portugal	73	500	(427)

Fuente: Fenin (España), Medical Technology Brief EUCOMED, 2007.

9.3.

Número de empleados por país

País	Empleados
Alemania	110.000
Francia	40.000
Italia	29.815
Irlanda	26.000
España	25.400
Holanda	9.500
Portugal	3.200
Grecia	2.500
Noruega	500
Resto de Europa	187.645
Total	434.560

Fuente: Fenin (España). Medical technology brief EUCOMED, 2007

Anexo 10. Evolución del aseguramiento privado. 2011

10.1. Evolución del número de asegurados (2006-2010)

Modalidades	2006	2007	2008	% variación 07-08	2009	% variación 08-09	2010	% variación 09-10
Asistencia Sanitaria sin AAPP	5.273.686	5.660.567	6.130.385	8,3%	6.287.084	2,6%	6.681.144	6,3%
Administraciones Públicas	1.957.554	1.984.959	1.988.559	0,2%	1.990.591	0,1%	1.986.759	-0,2%
TOTAL ASISTENCIA SANITARIA	7.231.240	7.645.527	8.118.944	6,2%	8.277.675	2,0%	8.667.903	4,7%
Reembolso de Gastos	687.664	728.472	766.765	5,3%	769.288	0,3%	760.333	-1,2%
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	7.918.904	8.373.999	8.885.709	6,1%	9.046.963	1,8%	9.428.236	4,2%
Subsidios e Indemnizaciones	1.443.369	1.682.197	1.697.845	0,9%	1.658.387	-2,3%	1.680.956	1,4%
TOTAL SALUD	9.362.272	10.056.195	10.583.555	5,2%	10.705.349	1,2%	11.109.192	3,8%

Fuente: ICEA- Fecha actualización: 23/11/2011.

10.2. Evolución del número de asegurados (2010-2011)

Modalidades	1° Q 2010 (*)	1° Q 2011 (*)	Variación Interanual	2° Q 2010 (*)	2° Q 2011 (*)	Variación Interanual	3° Q 2010 (*)	3° Q 2011 (*)	Variación Interanual
Asistencia Sanitaria sin AAPP	6.004.735	5.972.852	-0,5%	6.017.517	6.088.512	1,2%	6.030.983	6.120.743	1,5%
Administraciones Públicas	1.984.841	1.978.828	-0,3%	1.982.298	1.971.885	-0,5%	1.980.694	1.970.045	-0,5%
TOTAL ASISTENCIA SANITARIA	7.989.577	7.951.680	-0,5%	7.999.815	8.060.397	0,8%	8.011.677	8.090.788	1,0%
Reembolso de Gastos	776.723	753.297	-3,0%	773.114	750.877	-2,9%	769.603	746.627	-3,0%
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	8.766.300	8.704.977	-0,7%	8.772.929	8.811.275	0,4%	8.781.281	8.837.415	0,6%
Subsidios e Indemnizaciones	1.691.504	1.693.386	0,1%	1.632.386	1.682.673	3,1%	1.636.421	1.635.791	0,0%
TOTAL SALUD	10.457.804	10.398.363	-0,6%	10.405.315	10.493.947	0,9%	10.417.702	10.473.206	0,5%

Fuente: ICEA- Fecha actualización: 23/11/2011

* No incluidos los asegurados pertenecientes a Federaciones, Clubs, Colegios y Similares. A partir de los datos del 1° trimestre 2011.

10.3.

Evolución del volumen de primas (cifras en euros)

Modalidades	2.007	2.008	Variación	2.009	Variación	2.010	Variación	3Q 2010	3Q 2011	Variación
Asistencia Sanitaria sin AAPP	3.306.886.086	3.570.251.325	8,0%	3.782.823.633	6,0%	3.939.673.794	4,1%	3.078.979.146	3.211.525.230	4,3%
Administraciones Públicas	1.225.104.960	1.302.693.254	6,3%	1.343.678.287	3,1%	1.414.096.881	5,2%	1.054.666.878	1.082.736.715	2,7%
TOTAL ASISTENCIA SANITARIA	4.531.991.046	4.872.944.579	7,5%	5.126.501.920	5,2%	5.353.770.675	4,4%	4.133.646.024	4.294.261.944	3,9%
Reembolso de Gastos	587.173.866	645.487.865	9,9%	670.790.906	3,9%	703.940.796	4,9%	445.492.040	455.422.416	2,2%
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	5.119.164.912	5.518.432.444	7,8%	5.797.292.826	5,1%	6.057.711.472	4,5%	4.579.138.064	4.749.684.360	3,7%
Subsidios e Indemnizaciones	284.274.715	282.389.953	-0,7%	271.019.592	-4,0%	267.092.810	-1,4%	177.663.403	177.616.966	0,0%
TOTAL SALUD	5.403.439.627	5.800.822.397	7,4%	6.068.312.418	4,6%	6.324.804.282	4,2%	4.756.801.468	4.927.301.326	3,6%

Fuente: ICEA- Fecha actualización: 23/11/2011.

Anexo 11. Hospitales públicos y privados

11.1. Distribución de hospitales por tipología

Tipología	Año 2009				Año 2010			
	Hospitales	Camas	%	Tamaño medio	Hospitales	Camas	%	Tamaño medio
Hospitales públicos	333	107.369	67%	322	337	107.875	67%	320
Hospitales privados	471	53.612	33%	114	466	53.404	33%	115
Total	804	160.981	100%	200	803	161.279	100%	201

Fuente: Catálogo nacional de hospitales 2010 y 2011.

11.2. Principales redes hospitalarias privadas. Centros y camas en España. 2011

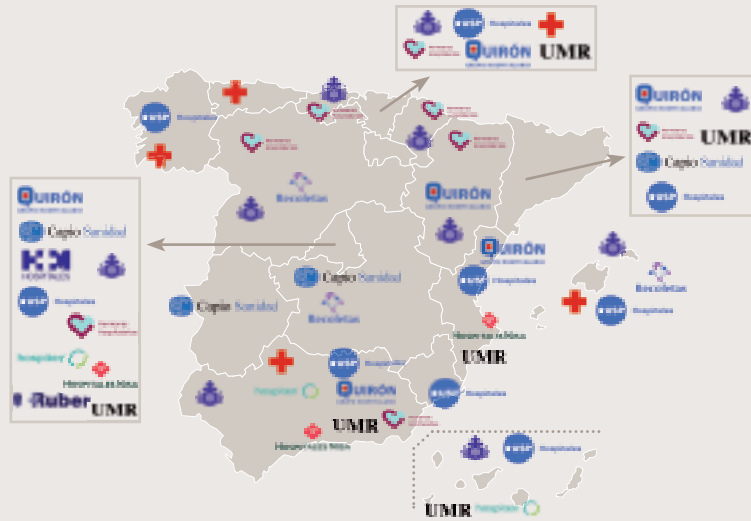
Centro	Camas	Centros	Tamaño medio (camas/centro)	Facturación (millones de euros)
Capio	1.405	11	128	445
USP	1.306	13	100	327
Grupo Pascual	1.286	6	214	121
Asisa	1.263	15	84	385
NISA	1.167	7	167	155
Adeslas	1.109	11	101	285
Alianza	1.039	6	173	139
Quirón	1.018	7	145	252
Hospiten	996	8	125	180
Hospitales de Madrid	600	5	120	174
Recoletas	505	8	63	87
Viamed	429	6	72	46
Ruber	334	2	167	83
Sanitas	294	3	98	165
IMQ	221	2	111	47
Red Asistencial Juaneda	214	3	71	61

Fuente: DBK Clínicas Privadas 2011.

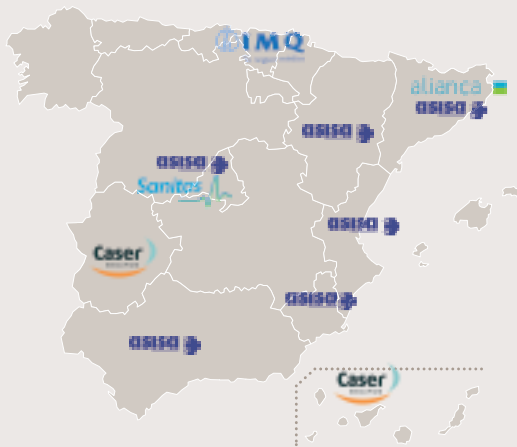
11.3.

Distribución geográfica de los hospitales de los principales grupos hospitalarios privados y de compañías aseguradoras

Hospitales de grupos hospitalarios privados



Hospitales de grupos aseguradores

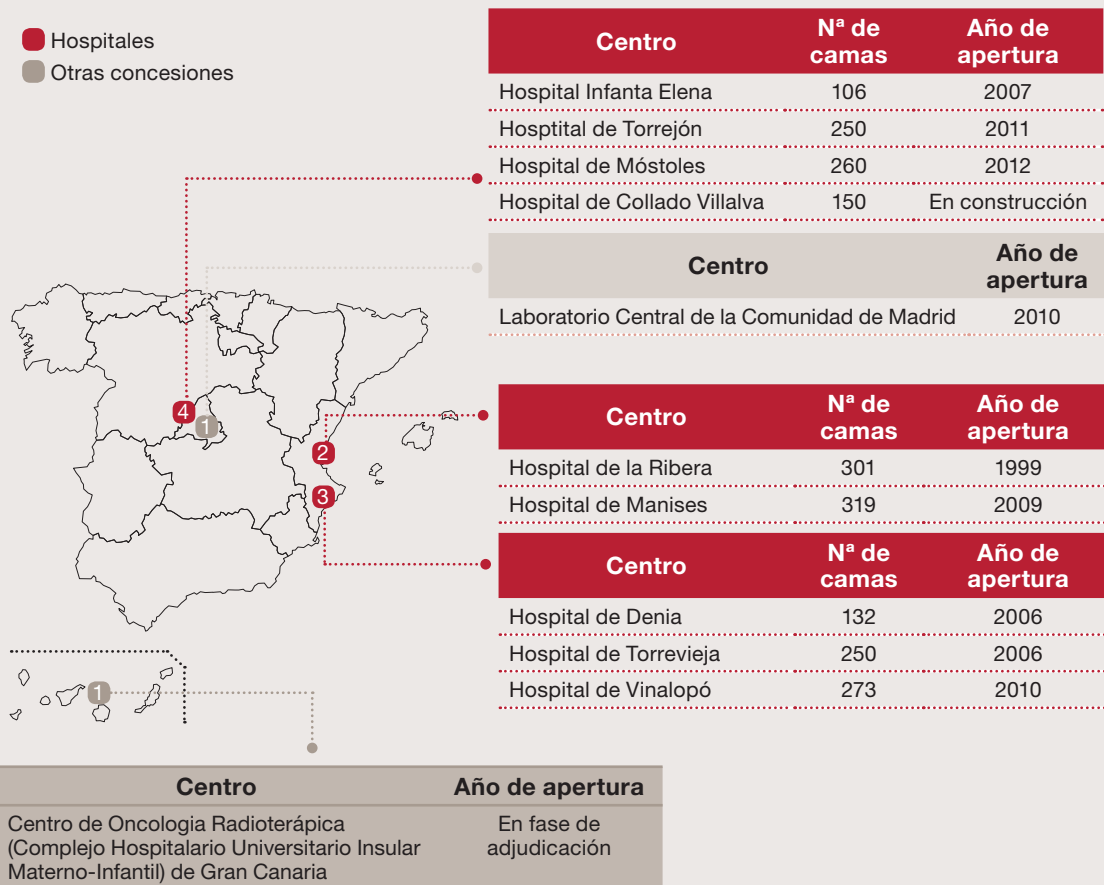


Fuente: Elaboración propia PwC. UMR: Antiguo grupo hospitalario Adeslas.

Anexo 12. Concesiones hospitalarias que incluyen gestión sanitaria

12.1.

Concesiones administrativas que incluyen la gestión sanitaria



Fuente: Elaboración propia PwC.

12.2.

Participaciones en la sociedad concesionaria de hospitales públicos con gestión sanitaria privada

Hospital	Localización	Participantes en la sociedad concesionaria	% participación
De la Ribera	Alzira (Valencia)	Adeslas	51
		Ribera Salud	45
		ACS	2
		Lubasa	2
Denia	Denia (Alicante)	DKV	65
		Ribera Salud	35
Torrevieja	Torrevieja (Alicante)	Ribera Salud	50
		Asisa	35
		Centro Médico Salus Baleares	10
		Cívica	5
Infanta Elena	Valdemoro (Madrid)	Capio Sanidad	100
Manises	Manises (Valencia)	Sanitas	60
		Ribera Salud	40
Vinalopó	Elche (Alicante)	Ribera Salud	60
		Asisa	40
Torrejón	Torrejón de Ardoz (Madrid)	Ribera Salud	60
		Asisa	25
		Concessia	10
		FCC	5
Móstoles	Móstoles (Madrid)	Capio Sanidad	100
Collado Villalba	Collado Villalba (Madrid)	Capio Sanidad	100

Fuente: DBK Clínicas Privadas 2011.

Anexo 13.

Institutos de Investigación Sanitaria acreditados

13.1.

Institutos de Investigación Sanitaria acreditados por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

Institutos de Investigación Sanitaria	Comunidad Autónoma
Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer (IDIBAPS)	Cataluña
Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL)	Cataluña
Instituto de Investigación Vall d'Hebron (VHIR)	Cataluña
Fundación Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud Germans Trias i Pujol	Cataluña
Instituto de Investigación biomédica Sant Pau (IIB-Sant Pau)	Cataluña
Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS-La Fe)	Valencia
Fundación Investigación Clínico de Valencia - Instituto de Investigación Sanitaria (INCLIVA)	Valencia
Instituto Biodonostia	País Vasco
Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS)	Galicia
Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdIPAZ)	Madrid
Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario de La Princesa (IIS-IP)	Madrid
Instituto de Investigación Sanitaria de la Fundación Jiménez Díaz (IIS-FJD)	Madrid
Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario Ramón y Cajal (IRYCIS)	Madrid
Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (I+12)	Madrid
Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS)	Andalucía
Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)	Andalucía

Fuente: Elaboración propia PwC.

Anexo 14.

Centros de excelencia Severo Ochoa acreditados en el ámbito de la biomedicina

14.1.

Centros de excelencia Severo Ochoa acreditados en el ámbito de la biomedicina

Centros de Excelencia Severo Ochoa acreditados MICINN	Comunidad Autónoma
Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC)	Madrid
Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)	Madrid
Institut de Recerca Biomèdica (IRB Barcelona)	Cataluña

Fuente: Elaboración propia PwC.

Anexo 15.

Colegios y asociaciones profesionales, asociaciones empresariales y patronales sanitarias

15.1.

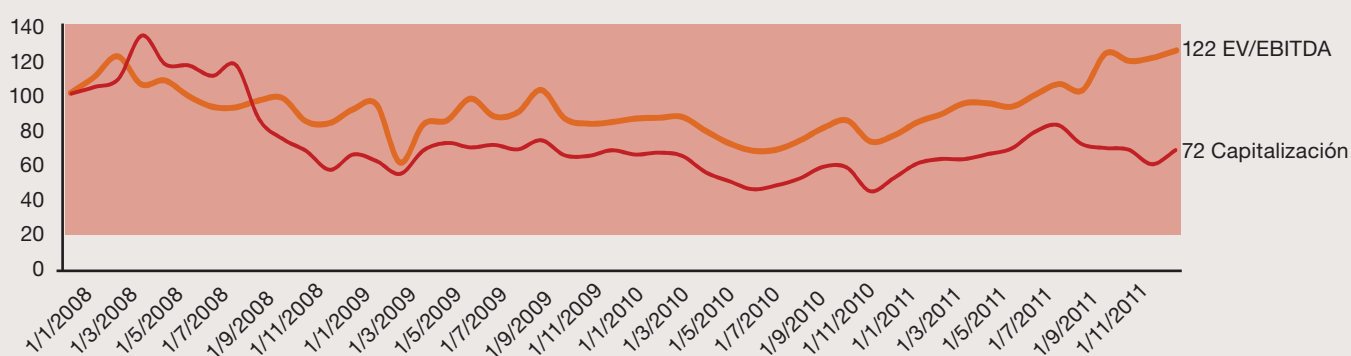
Principales asociaciones empresariales y patronales sanitarias

Farma	Asociación	Página web
	Farmaindustria	www.farmaindustria.es
	AESEG - Asociación Española de Medicamentos Genéricos	www.aeseg.es
	ANEPF - Asociación para el Autocuidado de la Salud	www.anepf.org
	ASEBIO - Asociación Española de Bioempresas	www.asebio.com
	FEDIFAR- Federación de Distribuidores Farmacéuticos	www.fedifar.net
Proveedores	Asociación	Página web
	Federación nacional de clínicas privadas	www.fnep.info/
	ACES - Associació Catalana d'Entitats de Salut	www.aces.es
	L'Unió Catalana d'Hospitals (UCH)	www.uch.cat
	Consorti de Salut i Social de Catalunya	www.consorti.org
Aseguradoras	Asociación	Página web
	UNESPA - La Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras	www.unespa.es
	AMAT - Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo	www.amat.es
Colegios profesionales	Asociación	Página web
	Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España	www.cgcom.es
	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos	www.portalfarma.com
	Consejo General de Enfermería de España	www.ocenf.org
	Organización Colegial Veterinaria Española	www.colvet.es
	Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España	www.consejodontistas.es
	Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas	www.consejo-fisioterapia.org
Tecnologías de la información	Asociación	Página web
	Ametic - Asociación de Empresas del Sector TIC, las Comunicaciones y los Contenidos Digitales	www.ametic.es
Tecnología médica	Asociación	Página web
	FENIN	www.fenin.es
Otros	Asociación	Página web
	IDIS - Insitituto para el desarrollo e integración de la Sanidad	www.fundacionidis.com
	Fundación edad y vida	www.edad-vida.org
	FIAB -Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas	www.fiab.es
	SEDISA -Sociedad Española Directivos Salud	www.sedisa.es

Fuente: Elaboración propia PwC, listados no exhaustivos.

Anexo 16. Evolución capitalización bursátil empresas de salud 2011, IBEX

16.1.
Evolución de índices de EV/EBITDA y capitalización de principales empresas* del sector en España. 2008-2011



*Grifols, Almirall, Rovi, Faes Farma, Clínica Babiera y Corp. Dermoestética.

Fuente: Bloomberg.

Anexo 17.

Movimientos más relevantes M&A en España en sanidad

17.1. Principales transacciones en hospitales, pharma y laboratorios

Fecha	Empresa	Sector	Comprador	País Comprador	%	EV (€m)	Ventas (€m)	EBITDA (€m)	EV / Ventas	EV / EBITDA
17/9/11	Clinica Virgen Blanca SA	Hospitales	CVSS	España	100	208	15	0,9	0	2,3
14/7/11	Clinica de Maternidad Nuestra Señora de Belén	Hospitales	Hospital de Madrid SA	España	100	160	7	0,4	0	4,2
22/6/11	CIMA	Hospitales	Sanitas SA	España	100	21	17	-0,1	1	-
16/12/11	UMR SL	Hospitales	Goodgrower SA	España	80	237	8	-5,0	29	-
17/5/11	Centre Sociosanitari Palau SL	Hospitales	Clinica Secretario Coloma SL	España	100	n.a.	10	0,5	n.a.	-
31/3/11	Capio Sanidad SL	Hospitales	CVC Capital Partners Ltd	UK	100	900	563	111,2	2	8,1
21/9/11	Uquifa	Pharma	Vivimed Labs Ltd	India	100	41	55	7,6	1	5,4
13/7/11	Medinsa	Pharma	Lindopharm GmbH	Alemania	100	n.a.	19	1,1	n.a.	-
N.d.	Laboratorios Ojer Pharma SL	Pharma	Caja Navarra	España	11	1	0	0,3	1	1,5
N.d.	Vitatene SA	Pharma	Koninklijke DSM NV	Holanda	100	n.a.	11	-0,6	n.a.	-
31/7/11	Balague Center SA	Laboratorios	Leandro Ibar Simo	España	100	-	27	2,1	n.a.	n.a.
14/2/11	Vida Plus 2007 SL	Laboratorios	Cord Blood America Inc	España	-	-	0	-	n.a.	n.a.
31/8/11	Grupo Diagnostico Recoletas SL	Laboratorios	Mercapital SL	España	21	-	4	0,1	n.a.	n.a.

Fuente: Elaboración propia PwC.

17.2.

Principales transacciones en equipamiento y material médico y productos biológicos

Fecha	Empresa	Sector	Comprador	País Comprador	%	EV (€m)	Ventas (€m)	EBITDA (€m)	EV / Ventas	EV / EBITDA
24/1/11	Ultrafilter SL	Equipamiento y material: Aparataje de laboratorio	Lauda Dr R Wobser GmbH & Co KG	España	100	-	9	-	n.a.	n.a.
21/7/11	Biokit SA	Equipamiento y material: Materias primas para in vitro	Werfen Life Group SA	España	15	-	62	35	n.a.	n.a.
23/5/11	Multiópticas Internacional SL	Equipamiento y material: Lentes e instrumental óptico	Luxottica Group SpA	Italia	57	175	68	4	3	46
25/1/11	Orliman SL	Equipamiento y material: Material ortopédico	The Riverside Co	EEUU	100	-	14	5	n.a.	n.a.
13/12/11	Archivel Farma SL	Productos biológicos	Grupo Teodoro Garcia Trabadelo	España	42	11	2	-	6	n.a.
N.d.	Plasmia Biotech SL	Productos biológicos	Bristol Laboratories Ltd	UK	6	6	1	-	n.a.	n.a.
18/7/11	Sagetis Biotech SL	Productos biológicos	Investor Group	España	minoría	-	-	-	n.a.	n.a.
N.d.	AzureBio SL	Productos biológicos	Fitalent	España	minoría	-	-	-	n.a.	n.a.
21/3/11	SOM Innovation Biotech SL	Productos biológicos	Innova31 SCR SA	España	19	-	-	-	n.a.	n.a.
N.d.	Cellerix SA	Productos biológicos	TiGenix NV	Bélgica	100	63	1	(10)	91	(7)
14/2/11	Transbiomed SL	Productos biológicos	Investor Group	España	minoría	-	-	-	n.a.	n.a.
24/1/11	One Way Liver Genomics SL	Productos biológicos	Investor Group	España	14	14	1	0	27	50
21/1/11	BlackBio SL	Productos biológicos	Investor Group	España	-	-	0	(0)	n.a.	n.a.

Fuente: Elaboración propia PwC.

17.3.

Principales transacciones en servicios sanitarios

Fecha	Empresa	Sector	Comprador	País Comprador	%	EV (€m)	Ventas (€m)	EBITDA (€m)	EV / Ventas	EV / EBITDA
16/12/11	Grupo IMO	Servicios sanitarios	Fondo Nazca III FCR	España	51	49	24	8	2	6
14/11/11	J Uriach y Cia SA-Primary Care	Servicios sanitarios	Galenica AG	España	50	-	70	(7)	n.a.	n.a.
15/10/11	STS Gestio SL	Servicios sanitarios	Ambuiberica SL	España	100	-	6	1	n.a.	n.a.
15/10/11	Ambulancias Reus SA	Servicios sanitarios: ambulancias	Ambuiberica SL	España	80	25	22	2	1	11
N.d.	Gerocentros del Mediterraneo	Servicios sanitarios: residencias	Investor Group	España	33	35	33	6	1	6
16/4/11	CRC Corporacio Sanitaria SA	Servicios sanitarios	N+1 Private Equity SL	España	27	56	-	-	n.a.	n.a.
29/3/11	Ambuiberica SL	Servicios sanitarios: ambulancias	ProA Capital de Inversiones	España	85	-	49	6	n.a.	n.a.
N.d.	TSC	Servicios sanitarios: ambulancias	Investindustrial SpA	Italia	100	77	62	13	1	6

Fuente: Elaboración propia PwC.

Contactos

Consultoría Sanidad y Farma

Ignacio Riesgo

Leader de Sanidad y Farma

Manuel Carrasco Mallén

Director de Sanidad y Farma

Leticia Rodríguez Vadillo

Directora de Sanidad y Farma, Centro

Rosana Codoñer

Directora Zona Levante

Maryam Luzárraga

Socia Zona Norte

Óscar Gil

Director de Sanidad y Farma, área de Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones

Tomás Montalbán Millán

Senior Manager de Sanidad y Farma

Borja Smith Aldecoa

Senior Manager de Sanidad y Farma. Cataluña

Dolores Mateos-Aparicio Colodrón

Senior Manager de Sanidad y Farma

Ramón Pérez Valero

Gerente de Sanidad y Farma

Borja Sangrador

Gerente de Sanidad y Farma

Susana Serrano

Gerente de Sanidad y Farma

Yanira Buil

Gerente de Sanidad y Farma

Transacciones

Francisco Javier Pérez Gómez

Director de Transactions

Patricio de Antonio

Socio de Financiación de Infraestructuras y CPPs

Íñigo Prior

Director de Financiación de Infraestructuras y CPPs

Germán Cueva

Socio de Estrategia, Transactions

José de Carvajal

Director de M&A

José Antonio Zarzalejos

Senior Manager de M&A

Auditoría

Luis Sánchez

Socio, responsable Assurance Farma

Francisco Javier Crespo Aller

Director Sanidad responsable Assurance Sanidad

Asesoramiento Fiscal y Legal

Rafael Rodríguez Alonso

Socio responsable de mercados de farma y de TLS Farma

Javier Gómez

Socio responsable TLS Sanidad

Luis Siles

Senior Manager TLS Sanidad

Industrias de Salud en PwC

Las Industrias de Salud de PwC prestan servicios como catalizador del cambio y como el asesor líder de las organizaciones a lo largo de todo el continuum asistencial, incluyendo prácticas dirigidas a pagadores, proveedores, implicados en ciencias de la salud, biotecnología/tecnología sanitaria, e industria farmacéutica en los ámbitos público, privado y académico. Aporta un valor diferencial colaborativo, multidisciplinar y multi-industria, ofreciendo PwC una visión global y unas capacidades en todas las industrias sanitarias para ayudar a solucionar el amplio abanico de problemas complejos emergentes a los que las organizaciones sanitarias tienen que hacer frente, liderar la transformación cultural y clínica, y crear un modelo asistencial moderno y sostenible, orientado a la calidad, centrado en el paciente y que posibilita la tecnología.

Nuestros clientes

Los clientes de las Industrias de Salud de PwC en España incluyen a las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, los principales hospitales públicos y privados; las mayores compañías farmacéuticas, las principales compañías aseguradoras e importantes empresas de tecnología sanitaria, entre otros.

Nuestros profesionales

PwC tiene una red de más de 4.000 profesionales en todo el mundo dedicados a las industrias de salud. Estos

profesionales incluyen un cuadro de médicos, enfermeras, antiguos proveedores sanitarios, y algunas de las mentes líderes en medicina, ciencia, tecnología de la información, operaciones, administración y política de salud. Estamos reconocidos como el proveedor de consultoría de negocio número uno del mundo y el número tres como proveedor de consultoría de negocio en EEUU por IDC. Forrester nombró a PwC líder de sus Servicios de Consultoría de Riesgos, Q2 2007 y Consultoría de Seguridad Q3 2007 Waves.

Nuestra investigación

El Health Research Institute (HRI) de PwC es un recurso sin precedentes para el *expertise* de la industria de salud. HRI ayuda a los responsables ejecutivos de la toma de decisiones y a los grupos de interés de todo el mundo a dirigir sus retos de negocio más apremiantes, a través de una inteligencia innovadora, perspectiva y análisis de los problemas que afectan a la industria sanitaria. PwC es una de las pocas compañías que cuentan con una unidad de investigación dedicada exclusivamente a la sanidad, que capitaliza una investigación basada en hechos y realiza un intercambio de conocimiento colaborativo dentro de su red profesional, incluyendo la experiencia diaria en la industria sanitaria.

Para mayor información sobre PwC en las industrias de salud, visítenos en www.pwc.com/healthindustries.



PwC ayuda a organizaciones y personas a crear el valor que están buscando. Somos una red de firmas presente en 158 países con cerca de 169.000 profesionales comprometidos en ofrecer servicios de calidad en auditoría, asesoramiento fiscal y legal y consultoría. Cuéntanos qué te preocupa y descubre cómo podemos ayudarte en www.pwc.com

© 2012 PricewaterhouseCoopers S.L. Todos los derechos reservados. "PwC" se refiere a PricewaterhouseCoopers S.L, firma miembro de PricewaterhouseCoopers International Limited; cada una de las cuales es una entidad legal separada e independiente.