



Financiación y sostenibilidad del sistema sanitario español



Propuesta

CESM

PROPUESTA DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Índice

Introducción

1. Respeto al modelo de financiación

- 1.1. Sanidad pública con financiación suficiente
- 1.2. Carácter finalista de los presupuestos destinados a Sanidad
- 1.3. Una financiación más justa

2. Respeto a la sostenibilidad

- 2.1. Pacto de Estado
- 2.2. Adecuar la responsabilidad del gasto a la responsabilidad de ingresos por parte de las CCAA
- 2.3. Moderar la demanda
- 2.4. Marginación de la Atención Primaria de Salud
- 2.5. Sobreutilización tecnológica.
- 2.6. Estrategia específica para la cronicidad
- 2.7. Gasto farmacéutico
- 2.8. Compras centralizadas
- 2.9. Transparencia en la gestión
- 2.10. Participación de los profesionales

INTRODUCCIÓN

El diseño de un adecuado modelo de financiación de las Comunidades Autónomas (CCAA) de régimen común es un asunto que ha generado grandes controversias desde que se inició el proceso de descentralización tras la entrada en vigor de la Constitución de 1978. Con el paso del tiempo y de las sucesivas reformas que ha sufrido el modelo tampoco se han resuelto de forma satisfactoria los problemas de equidad y eficiencia que se arrastra desde los orígenes.

Por otro parte, España tiene un gasto sanitario *per cápita* y también en relación con el PIB por debajo de la media de la UE15, UE27 y OCDE. Además, es uno de los países de la unión europea con menor porcentaje de participación pública (durante los últimos años ésta se ha venido reduciendo paulatinamente hasta suponer ahora en torno al 70% de la inversión total en sanidad). La infrafinanciación del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha conducido a que las comunidades autónomas, que hacen efectivo el derecho a la asistencia sanitaria de los españoles a través de los respectivos servicios autonómicos de salud, acumulen hoy un déficit que estimaciones prudentes sitúan en unos 20.000 millones de euros. Esto es resultado de la escasa dotación presupuestaria y también de un creciente gasto sanitario que tiene que ver con:

- Una mayor **expectativa de vida** y consiguiente envejecimiento de la población.
- **El encarecimiento** de la atención por las **innovaciones terapéuticas y diagnósticas**.
- **Ampliación del número y calidad de prestaciones**.
- **Aumento** de la **población protegida** por la llegada masiva de inmigrantes desde 2001 a 2010.
- **Crecimiento exponencial** en los últimos años de los gastos en **infraestructuras sanitarias** sin la exigible planificación ni evaluación previa de su necesidad y viabilidad futura.
- **Escaso desarrollo** de la **prevención y la promoción de la salud**, que se traduce en pobres resultados en cuanto a la modificación de hábitos y estilos de vida perjudiciales para las personas y también para las cuentas de la sanidad pública.

Todas esas variables, salvo la relativa a la inmigración, siguen presionando sobre la estructura económica de un sistema que, por cierto, podría arrojar índices aún peores que los actuales si no fuera porque esa progresiva demanda asistencial se está ofreciendo ahora con menos facultativos de los que había hace cuatro años. Puede decirse, sí, que **el esfuerzo de los profesionales y sus bajas retribuciones es lo que está logrando mantener la gran calidad que caracteriza a la asistencia sanitaria en España, lo cual resulta más meritorio aún si se tiene en cuenta los escasos o casi nulos recursos asignados a formación continuada e investigación.**

Para comprender mejor la situación financiera de la sanidad pública española en relación con la de otros países, la comparación debe hacerse teniendo en cuenta un factor esencial: el modelo de organización elegido. No es lógico comparar a España con Estados Unidos o Suiza, que tienen sistemas que pivotan sobre la oferta y la demanda privadas y que resultan ser notablemente más caros y menos justos. Por tanto, la comparación debe hacerse con países que aplican el modelo de cobertura universal y financiación mayoritariamente pública.

Entre los países europeos que responden a este modelo, y que son todos los de la UE-15, España está entre los que presentan una proporción claramente más baja de financiación pública, que, en relación con la inversión total en sanidad, ha venido disminuyendo desde el 78,7% en 1990 al 70% actual.

En porcentaje de PIB, la financiación pública supuso el 6,7%* en 2012, y las previsiones del Gobierno son que en 2014 haya finalizado en el 5,9%.

Si al presupuesto público de 2012 (que hoy puede ser sensiblemente menor) se suma la aportación privada, el porcentaje de PIB que nuestro país dedica a la Sanidad asciende al 9,3%, también por debajo de la media europea, que es del 9,6%. Ocho países europeos tienen un porcentaje superior al español.

De acuerdo con esas comparaciones, nuestro gasto sanitario total es algo bajo y su componente público ha quedado bastante retrasado.

* La cifra de 6,7% de gasto de PIB tiene como fuente el Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE y corresponde a 2012. Esta fecha es muy a tener en cuenta, ya que desde entonces el presupuesto público dedicado a sanidad no ha dejado de bajar, mientras que el PIB ha aumentado significativamente tras el nuevo sistema de contabilidad puesto en práctica desde el pasado mes de octubre. La conclusión es que la proporción de dinero público invertido en sanidad probablemente sea hoy muy inferior, como demuestra la previsión del Gobierno sobre el porcentaje de Gasto público destinado a Sanidad en 2014. Cabe señalar asimismo que en el plan presupuestario para 2015 que el Gobierno ha remitido a Bruselas, se fija el gasto sanitario de las administraciones públicas en el 5,7%.

Como antes se ha apuntado, esto resulta contradictorio con el envejecimiento experimentado y con el aumento demográfico aportado por la inmigración en los años últimos, de modo que no es sorprendente que se produzcan tensiones en el sistema sanitario, manifestadas en las crecientes listas de espera y el abultado déficit acumulado por la CCAA.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) concluye que el sistema de financiación autonómica es insuficiente para garantizar el adecuado funcionamiento de los servicios sanitarios y, consecuentemente, la exigible calidad que demandan los ciudadanos y queremos ofrecer los médicos.

El debate para llegar a un nuevo modelo de financiación está abierto desde que a primeros de este año el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas puso sobre la mesa la necesidad de reestructurar los actuales parámetros. Para ello, ha constituido un grupo de trabajo con las comunidades autónomas que será el encargado de elevar su análisis al Comité Técnico Permanente de Evaluación para, una vez consensuado, indicar a Hacienda el camino a seguir en la reforma del sistema.

PROPUESTA

Pues bien, CESHM, entidad sindical de los médicos españoles, no quiere pasar por alto esta ocasión para realizar sus propias propuestas sobre cómo debería ser el nuevo modelo de financiación. Nuestro criterio es que ha de basarse en unas premisas que hemos agrupado en dos grandes apartados: respecto a la financiación y respecto al gasto.

1.- RESPECTO A LA FINANCIACIÓN

1.1.- SANIDAD PÚBLICA CON FINANCIACIÓN SUFICIENTE.

Ya hemos señalado que el porcentaje de PIB que nuestro país dedica a la Sanidad pública ascendió en 2012 al 6,7%, por debajo de la media europea,

que fue del 7,4%, pero es que además, según las previsiones de la OCDE, resulta que España seguirá en el vagón de cola del gasto sanitario en relación con el producto interior bruto (PIB) nacional de las economías de los países más industrializados del mundo de aquí al año 2030, lo que convierte a la sanidad pública española en una de las que menos invierte en esta materia a pesar de los recursos que despliega en su desarrollo y de las condiciones en que lo hace, con acceso casi universal y financiación vía impuestos, en comparación con las potencias mundiales que encabezan tal listado, caso de Estados Unidos, Noruega, Suiza o Países Bajos. Así, el dinero empleado en atención sanitaria se llevará el 10,3% del producto interior bruto (PIB) español en los próximos quince años, y el cuidado de las enfermedades crónicas el 0,4 por ciento, todo ello en el mejor escenario factible de políticas de contención y de ahorro por parte de las autoridades públicas, según se deduce del informe de primavera recién publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que cita, a su vez, un documento elaborado por la Comisión Europea. Todo ello sin olvidar que, como ya se ha apuntado, la infrafinanciación sanitaria es secular en el Estado, muy anterior a la crisis que no hace más que agravar una situación de recursos limitados e insuficientes sobre los cuales se obtiene un elevado rendimiento en términos de salud y esperanza de vida, gracias al ingente esfuerzo de los profesionales.

Según la última edición del Sistema de Cuentas de Salud de 2012, editada el pasado agosto por el Ministerio de Sanidad, la inversión pública cayó ese año a 68.600 millones de euros, cuando en 2009 había ascendido a 75.355, es decir, casi un 9% menos. Por el contrario, el dinero de las familias dedicado a la factura sanitaria (vía seguros colectivos o sanidad privada) aumentó ese año con respecto al anterior un 11,5%.

Vemos, por tanto que el gasto sanitario en España no es sólo bajo en comparación con los países de nuestro nivel socioeconómico, sino que además ha tendido a reducirse porcentualmente (y de manera acusada), desde 2010, descargando sobre los ciudadanos el esfuerzo que el Estado se niega a hacer.

Esta situación debe revertirse para que no genere desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios. Proponemos, en concreto, que la aportación pública suba, en términos de PIB, del 6,7% que se dedicó en 2012 al 7,5% como mínimo.

Sumado a los recursos privados, que previsiblemente se estabilizará en torno al 30% de la inversión total, esto permitiría que la financiación de la sanidad española sea equiparable a la de los países con los que habitualmente nos comparamos.

1.2.- CARÁCTER FINALISTA DE LOS PRESUPUESTOS DESTINADOS A SANIDAD.

Los presupuestos destinados a la sanidad han de tener un carácter finalista, garantizando que tanto los ingresos potenciales generados, como los ahorros que se generen por una mejor gestión de los recursos sanitarios, se han de destinar exclusivamente y en su totalidad a financiar la sanidad pública.

El actual modelo de financiación de las CCAA (en vigor desde 2009) permite a éstas decidir la proporción que dedican a Sanidad sin garantizar ninguna cantidad mínima, lo que contribuye a explicar la gran disparidad en el gasto público según comunidad autónoma (hasta 555 € por habitante y año de diferencia en los presupuestos de las CCAA en 2011).

El criterio de CESM es que el nuevo modelo en estudio establezca el carácter finalista de la aportación presupuestaria que hace el Estado a las CCAA para atender la salud de sus ciudadanos, pues en modo alguno está justificado –como hoy ocurre- desviar recursos y sufragar otros servicios mucho menos necesarios desde el punto de vista humano.

La discrecionalidad en este punto (por decirlo en los términos más suaves que se nos ocurren) es patente. Según el último informe de Hacienda, Canarias y Asturias dedican el 38% de sus fondos a Sanidad, mientras que, en el otro extremo, Navarra apenas tienen que destinar el 23,2% de sus ingresos para asegurar un gasto sanitario *per cápita* superior a la media española (1.425 euros frente 1225, respectivamente, en 2012).

1.3.- UNA FINANCIACIÓN MÁS JUSTA.

El reparto de la *tarta* presupuestaria estatal debe hacerse, básicamente, teniendo en cuenta el número de habitantes de cada comunidad autónoma, con una variación de hasta el 5% en función de circunstancias como la dispersión geográfica de la población, su grado de envejecimiento (asociado directamente a una mayor demanda de atención sanitaria) o el mayor coste que entraña la insularidad.

Esos objetivos son fácilmente cuantificables y ya se contemplaban en el modelo seguido entre 2002 y 2009. Cosa distinta es que las variables a que atienden no se actualizaran de año en año y que las CCAA, descontentas, aprobaran un cambio que a la postre ha demostrado estar sujeto a consideraciones menos concretas y en buena medida aleatorias.

Se trata, pues, de recuperar tales planteamientos, o lo que es lo mismo: de corregir las descompensaciones a que conduce el actual modelo de reparto, en el que tiene un peso significativo el componente abstracto (y por tanto poco cuantificable) de financiación *por territorios*.

Concretamente, hoy se da el caso, claramente injusto, de CCAA que reciben hasta 700 euros menos por persona y año que la media nacional, cuando la obligación de todas ellas es prestar idénticos servicios de calidad a todos los ciudadanos residentes en España y con derecho a la sanidad pública.

Por otra parte, el Estado debe encontrar un sistema ágil para resolver las liquidaciones interautonómicas generadas por la derivación de pacientes en los niveles terciarios, la atención de pacientes de las zonas limítrofes y el impacto de la asistencia a turistas.

En resumen: el nuevo modelo ha de ser más justo y equitativo y menos opaco y discriminatorio. La financiación corresponde al Estado y el reparto debe hacerse en igualdad de condiciones a todas las CCAA siguiendo los criterios arriba mencionados y con independencia de su nivel de renta.

2.- RESPECTO A LA SOSTENIBILIDAD

Además de incrementar la financiación pública y repartirla con criterios más equitativos, la sostenibilidad del SNS español requiere gastar mejor, racionalizar la organización de la asistencia e introducir nuevos mecanismos de regulación de la demanda. Sólo la combinación de ambas medidas –más dinero y sabiduría a la hora de administrarlo- permitirá que la sanidad pública siga siendo viable.

En ello contamos con la ventaja de que el modelo de cobertura pública en el que se encuadra nuestro SNS (similar al británico, el canadiense o el italiano) controla mejor el coste total porque tiene más regulado el acceso (lo que origina listas de espera e incomodidad a los pacientes) y el coste de los factores que producen la asistencia, lo que de origen, por cierto, a profesionales frecuentemente mal retribuidos. De hecho, España ha utilizado la retribución de los profesionales manteniendo unos niveles salariales notablemente bajos en comparación con los de la UE-15. Estamos convencidos de que la mejora de la retribución tendrá efectos sobre la motivación del personal e invertirá el actual flujo migratorio de profesionales sanitarios perfectamente formados que se desplazan a otros sistemas nacionales de salud ante la falta de oportunidades y la precariedad que les ofrece su propio sistema.

Como decíamos, los *sistemas nacionales de salud* (frente a los que descansan en la iniciativa privada, como es el caso de EEUU o Suiza, o los públicos pero de carácter *mutualista*, tal que el alemán o francés) racionan unos recursos siempre escasos pero perfectamente susceptibles de optimizarse a condición de que se sigan criterios profesionales y no se pierda en burocracia o fines aún menos justificables (populismo, rentabilidad electoral o política...) el buen hacer que requiere su compleja administración.

En este punto, la crítica en España está fundamentada. Cada comunidad autónoma ha venido actuando de forma descentralizada para ofrecer a sus ciudadanos sin duda la mejor Sanidad posible, aunque pensando muchas veces en la rentabilidad política de ello y sin tener en cuenta el gasto y la mejor gestión de los recursos asignados.

El SNS, sí, tiene aspectos de ineficiencia que son bien conocidos y que deben de abordarse de manera inmediata para mejorar su situación financiera y asegurar su sostenibilidad.

2.1.- PACTO DE ESTADO.

En este sentido, haremos referencia a continuación a aquellos campos de actuación que consideramos más prioritarios, comenzando por el que nos parece más prioritario: un pacto de Estado que garantice la coordinación y sostenibilidad del SNS.

El objetivo es sacar la sanidad de la batalla partidista para afrontar sus fundamentos presupuestarios desde posiciones próximas al sentido común de los ciudadanos, que lo único que desean es tener el mejor servicio posible a un coste que no les exija grandes sacrificios económicos ni a ellos como individuos ni a la sociedad en su conjunto. Esta perspectiva exige que los políticos dejen de intentar desgastarse un día sí y el otro también con polémicas estériles en los medios de comunicación, y se centren en buscar un consenso sobre bases racionales y de política a largo plazo, y esto además entendemos que debe hacerse en un doble sentido:

- En primer lugar **se hace necesario un Pacto de Estado por la Sanidad con las CCAA y los Partidos Políticos. El pacto entre Partidos Políticos se justifica** por las características del bien protegido en el art. 43 de la Constitución de 1978 en el que se

reconoce el derecho a la protección de la salud y se encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Además, en el artículo 41, de indudable conexión temática con el artículo comentado, la Constitución establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad. A su vez, el artículo 38.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social incluye dentro de la acción protectora del ámbito de la Seguridad Social *"la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo"*. De esta manera es inadmisibles que, una vez ganadas las elecciones, cualquier partido en el Gobierno establezca "rupturas" o menoscabos en las políticas sanitarias

- En relación con el **Pacto Estado-CCAA**, el título VIII del texto constitucional diseña una nueva organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la sanidad exterior, la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, **todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad**. En este sentido y valorando la documentación estudiada se pone de relieve la insatisfacción de los Presidentes de las CCAA, al margen de su adscripción política, con el actual modelo de financiación. Los que más aportan a los fondos de garantía por "perder" esa recaudación tributaria de su CA, los que recaudan poco porque quieren que el Estado les "inyecte" más recursos. Pero es que además según el Tribunal de Cuentas las comunidades no sólo presupuestan de forma insuficiente, sino que además recurren de forma periódica a generar gasto que excede lo consignado en los presupuestos. Esta forma de presupuestar ocasionó un problema de tesorería "de tal magnitud" que a finales de 2011 el Gobierno central tuvo que poner en marcha el mecanismo extraordinario de pago a proveedores. Recordemos que en los años 2010-2011 todas las CCAA terminaron con déficit y que en algunas su endeudamiento pasó de 70.000 millones de euros a 1 de enero de 2010 a 119.000 millones a finales de 2011.

El Tribunal de Cuentas cuestionó además determinados mecanismos de contratación de las autonomías, en concreto la “tendencia cada vez más generalizada” a la utilización de encomiendas de gestión a entidades instrumentales para la prestación de servicios que normalmente se llevaban a cabo mediante contratos públicos. El auditor apunta que las empresas públicas a las que se realizan las encomiendas carecen de medios para realizarlas, de modo que terminan por contratar con terceros y se limitan a hacer actuaciones de carácter jurídico, como la contratación. Para el Tribunal de Cuentas, con esa práctica se produce una degradación de los requisitos exigibles para la prestación de servicios públicos.

2.2.- ADECUAR LA RESPONSABILIDAD DEL GASTO A LA RESPONSABILIDAD DE INGRESOS POR PARTE DE LAS CCAA.

Una vez revisadas las decisiones en cuanto a tributos por parte de las CCAA apreciamos una disparidad en cuanto a los gravámenes que aplican a los diferentes impuestos, siendo decisión de las autonomías el gravamen que aplican con la consiguiente repercusión en lo recaudado. En este sentido, las CCAA deben hacer un ejercicio de responsabilidad y ajustar adecuadamente los ingresos y los gastos aunque tengan que adoptar decisiones impopulares en algunos casos subiendo los gravámenes en determinados impuestos.

2.3.- MODERAR LA DEMANDA.

En todo el mundo es norma que, en paralelo al progreso en los niveles de vida, se intensifica el uso de los servicios sanitarios y se refuerza la exigencia de que éstos sean rápidos y se lleven a cabo en las condiciones de calidad (*extra-asistencia*) que les gustaría a los ciudadanos. La cuestión es qué hacer frente a ello.

El acceso por parte de los ciudadanos a la oferta sanitaria se regula en los sistemas sanitarios *de mercado* (Estados Unidos, Suiza) a través del precio, y en los *mutualistas* (Francia, Alemania) mediante gastos reembolsados parcialmente y con posterioridad. Pero, ¿qué se puede hacer al respecto en los sistemas como el nuestro? Sólo hay dos instrumentos: ejercer controles administrativos y/o establecer copagos, aunque esta última alternativa choca

frontalmente con la *gratuidad* que parece inherente a los modelos SNS y también –por qué no decirlo- con la tentación de utilizar la sanidad como arma arrojada en la arena política.

Respecto a la *gratuidad universal* de nuestro modelo, cabe añadir que el principio de todo gratuito para todo el mundo no es necesariamente sinónimo de progreso. En cambio sí que son elementos consustanciales de una política social de progreso la equidad en el acceso, la igualdad de oportunidades y la calidad de los servicios públicos, que pueden verse amenazados con la infrafinanciación. La necesidad de la mejora de la financiación sanitaria es incuestionable. La procedencia de los recursos para dicha mejora es una decisión política que no nos corresponde como profesionales. No obstante, antes que admitir que la sostenibilidad del sistema siga sustentándose en el progresivo empeoramiento de la calidad asistencial y en los recortes salariales de los profesionales, deben valorarse alternativas como la coparticipación de los ciudadanos. Dicho esto, cabe añadir que el copago siempre es un tema espinoso y que no es a CESM a quien le compete pronunciarse al respecto.

Por otro lado, La contención de la demanda en sistemas como el nuestro puede conseguirse reduciendo prestaciones poco útiles o no indispensables, o lo que es lo mismo: ofertando una **cartera básica de servicios** que, debidamente actualizada, garantice el cuidado de la salud en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos y excluya aquellas prestaciones que no respondan a criterios de coste-efectividad y trascendencia social.

La descompensación entre oferta y demanda tiene su reflejo en las listas de espera, que en España cada vez son más abultadas y mayores. Y ocurre que a medida que mejora el nivel de renta y de información, eso se acepta peor por los ciudadanos, que se quejan de ello y dan lugar a reacciones políticas que a menudo van más lejos de lo prudente, como es prometer plazos de demora no muy superiores a los de aseguradoras privadas, habitaciones hospitalarias individuales para todos o nuevos centros e instalaciones sin un previo estudio que aconseje su necesidad real.

2.4.- MARGINACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Aunque es la entrada al sistema y más del 85% de la demanda sanitaria podría resolverse en su seno, resulta que la Atención Primaria recibe sólo el 14-15% del presupuesto del SNS, mientras que a los servicios hospitalarios y especializados se dedica el 60-61%.

El primer eslabón asistencial es, sí, la clave de la accesibilidad y la eficiencia de nuestro sistema sanitario, pero pese a ello sigue sufriendo un proceso progresivo de marginación que inevitable y paradójicamente se traduce en mayores costes, dado que las mismas intervenciones resultan más gravosas cuando se llevan a cabo en el área especializada.

En consecuencia, CESM propone que la Atención Primaria reciba como mínimo un 25% de presupuesto sanitario público.

Además de la mayor dotación presupuestaria, la potenciación de la Atención Primaria como instrumento esencial para mejorar la sostenibilidad del SNS requiere poner en práctica las siguientes medidas:

- a) Incrementar las plantillas para cumplir los ratios óptimos asistenciales.
- b) Proveer al sector de los medios técnicos necesarios para la realización de pruebas diagnósticas y actuaciones terapéuticas que eviten o moderen la derivación de pacientes al nivel hospitalario.
- c) Creación de la figura de “administrativo-auxiliar clínico” para liberar al médico de la excesiva carga burocrática de las consultas y estar así en condiciones de dedicar más tiempo a la atención profesional que requiere el paciente.
- d) Garantizar la asistencia a todos los ciudadanos en todas las CCAA independientemente de su lugar de origen o residencia, lo que requiere el mejor sistema posible de acceso digital a los servicios y prestaciones de salud y a la información clínica de los pacientes mediante una Tarjeta Sanitaria común, historia digital y receta electrónica.

2.5.- SOBREUTILIZACIÓN TECNOLÓGICA.

Existe la percepción bastante generalizada de que en España tiende a hacerse un uso excesivo de recursos tecnológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos.

Si esto es así, como parece ser, el control de tal sobreutilización permitiría un ahorro muy notable.

Las tres vías principales para conseguirlo son:

- a) Potenciar la Atención Primaria y la medicina basada en la evidencia,

b) Abordar la muy deficiente coordinación entre los niveles de Atención Primaria y Especializada.

c) Crear una agencia operativa de evaluación tecnológica encargada de realizar análisis de coste-eficiencia y coste-beneficio de las innovaciones técnicas, así como de elaborar informes con recomendaciones de desinversión, identificando aquellos recursos que no aportan valor y deben ser por tanto retirados. El criterio de dicha agencia debe ser el patrón para planificar y llevar a cabo cualquier actuación en este campo.

2.6.- ESTRATEGIA ESPECÍFICA PARA LA CRONICIDAD.

Existe suficiente evidencia científica de que una mejor gestión de los procesos crónicos permitiría optimizar los recursos de la sanidad pública, ya que las estimaciones apuntan a que alrededor del 75% del gasto sanitario del SNS es generado por este tipo de pacientes. De hecho, los crónicos copan el 80% de las consultas en atención primaria, en la medida que más del 70% de los mayores de 65 años tienen problemas de salud de esta índole que requieren cuidados continuados.

Así las cosas, parece muy conveniente que el sistema sanitario español, hasta ahora muy centrado en la atención y tratamiento de pacientes agudos, evolucione para dar una respuesta eficaz a esta situación sin que suponga menoscabo o marginación alguna en cuanto a la calidad de atención que reciben estos pacientes.

La realidad hoy es que la insuficiencia de recursos sociales para la atención a la dependencia (escasez de camas de media estancia y de atención sociosanitaria) y la práctica inexistencia de coordinación para el abordaje integral y eficiente de los pacientes crónicos y dependientes, desemboca en un mayor gasto sanitario al atender a estas personas con recursos destinados al tratamiento de agudos, cuyo coste es sustancialmente superior.

También parece oportuna una mayor conexión posible entre Atención Primaria y especializada en este contexto, así como entre el sistema sanitario y los servicios sociales.

2.7.- GASTO FARMACEÚTICO

Aunque en algunas CCAA se ha ido corrigiendo, el gasto farmacéutico en general en España es muy elevado, muy superior al de los países de la UE y OCDE. Nuestro país consume por encima del 20% de su presupuesto sanitario en medicamentos, mientras en Dinamarca o Suecia, por citar dos países con *sistemas nacionales de salud*, el porcentaje es sensiblemente inferior.

Siendo pues la prestación farmacéutica uno de los factores de gasto más importantes del presupuesto sanitario, se hace necesario alcanzar un nuevo pacto entre la Administración y los agentes implicados, dado que el actual ha permanecido inalterable desde hace años y presenta muchas deficiencias, además de generar beneficios desproporcionados a las empresas distribuidoras y oficinas de farmacia.

A su vez, hay que liberar también a los profesionales de una presión inspectora que resulta nociva en la medida que atenta contra el criterio facultativo a la hora de tratar a los pacientes.

2.8.- COMPRAS CENTRALIZADAS.

La creación de una agencia pública de compras para tecnología y consumibles permitiría beneficiarse de la economía de escala y ahorrar por tanto un buen porcentaje del gasto actual.

2.9.- TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN.

El personal de gestión debe someterse a las mismas medidas de reestructuración, control y evaluación a las que han sido sometidos los profesionales en los últimos ejercicios. Concretamente, hay que evaluar y reducir la estructura gerencial y de mandos, cuya evidente hipertrofia deviene claramente contraria a la necesaria eficiencia del sistema.

Más en general, hay que avanzar en el establecimiento de mecanismos de evaluación, control y rendición de cuentas que fomenten la transparencia de nuestro SNS, con el objetivo de favorecer las prácticas honestas en la gestión de los recursos sanitarios públicos.

Por lo demás, sin un buen sistema de datos que permita hacer comparaciones, por ejemplo, de los costes quirúrgicos entre un centro y otro, o del grado de satisfacción de los pacientes, es absurdo plantear (como se ha hecho

recientemente) el debate sobre si la gestión de la sanidad privada es mejor que la pública.

La colaboración con el sector privado la entendemos en el contexto establecido en la Ley General de Sanidad de 1986 según el cual, la sanidad privada tiene un rol complementario en el Sistema Nacional de Salud y hasta que se desarrollen las infraestructuras necesarias en el sector público.

Las iniciativas de colaboración público/privada, conocidas como el *modelo Alzira* y sus variantes, son en realidad una subcontratación parcial de aseguramiento sanitario público a empresas mercantiles. No estamos pues ante la mera gestión o provisión privada de servicios sanitarios, sino ante una situación en la que el empresario concesionario gestiona la caja sanitaria pública de poblaciones enteras. **Esta privatización del aseguramiento es incompatible con el modelo sanitario del SNS, ya que supone la introducción de intereses mercantiles y plantea conflictos de interés lesivos para las poblaciones concesionadas, y conlleva graves problemas de equidad, transparencia en la gestión y control público.**

La colaboración con las empresas sanitarias privadas únicamente debe ser entendida como una contratación de servicios, nunca como la concesión de la gestión de recursos públicos.

2.10.- PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES.

No menos del 80% del gasto está relacionado directa o indirectamente con las decisiones asistenciales que tomamos a diario los médicos, pero sucede que nos movemos en un ámbito burocratizado que no estimula, o bien entorpece, la optimización de dicho gasto en términos económicos.

Parece claro que la responsabilidad libremente asumida de los profesionales sanitarios en la gestión directa de la actividad clínica debe ser potenciada, estimulada, reconocida y compensada adecuadamente, como parece haber entendido el Ministerio de Sanidad tras el acuerdo que ha llegado al respecto con el Foro de la Profesión Médica. Ello se traducirá sin duda en una mejora de la calidad y sostenibilidad del SNS.